

Arne Holm

En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid.

Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor
kommunenes arbeid for personer med psykiske
vansker



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

En verdig bosituasjon innen
psykisk helsearbeid

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2009:4	Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning
NIBR-rapport 2009:24	Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse
NIBR_rapport 2009:25	Omsorgsboliger for psykisk syke. Evaluering av Husbankens arbeid
NIBR-rapport 2008:32	Psykisk sykes levekår

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Arne Holm

En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid

NIBR-rapport 2012:2

Tittel: **En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid.**
Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker

Forfatter: Arne Holm

NIBR-rapport: 2012:2

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-923-5

Prosjektnummer: 2843
Prosjektnavn: En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid.

Oppdragsgiver: Extrastiftelsen, Helse og rehabilitering, med Mental helse som søkerorganisasjon.

Prosjektleder: Arne Holm
Referat: Prosjektet har sin bakgrunn i Opptappingsplanen for psykisk helse som løp frem til 2008 og gjør opp status for og drøfter situasjonen i kommunene i forhold til bolig, tjenester, kapasitet og kompetanse to år etter planens avslutning. I prosjektet ses det først på kommunenes ulike valg av boløsninger for personer med psykiske vansker, deretter tjenesteoppfølgingen. Det tredje temaet er hvilke utfordringer kommunene møter med hensyn til nødvendig kapasitet og kompetanse i oppfølgingen av denne gruppen.

Sammendrag: Norsk og engelsk
Dato: februar 2012
Antall sider: 153
Pris: 250
Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>
Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2011

Forord

Denne rapporten er finansiert av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering, med Mental Helse som søkerorganisasjon.

Arne Holm har vært prosjektleder og både gjennomført gjort studien og skrevet rapporten.

Arbeidet startet opp primo 2010 med casestudier i 6 kommuner. Deretter, i 2011, ble det gjennomført to surveyer i et begrenset utvalg kommuner. Surveyene var rettet mot henholdsvis ansvarlige for henholdsvis bosetting og tjenesteytingen i kommunene.

Vi takker ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering og Mental Helse for å ha hatt tro på prosjektet og ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering for å ha gitt det finansiell støtte.

En takk går også til de kommunalt ansatte som har gitt av sin tid for å svare på spørsmål og dele sine erfaringer med dette arbeidet.

Kontaktperson i Mental Helse har vært Grace Beathe Mathisen, som med stor ryddighet og vennlighet har fulgt opp prosjektet.

Rapporten har et fylldig sammendrag, som følger strukturen i rapporten.

Oslo, februar 2012.

Trine M. Myrvold
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	5
Figuroversikt	7
Sammendrag	8
Summary	14
1 Bakgrunn for prosjektet og målsetting	20
1.1 Bakgrunn	20
1.2 Problemstillinger	22
1.3 Bolig i et levekårsperspektiv	23
1.4 Levekår og bolig blant personer med psykiske vansker	25
1.5 Noen viktige begreper	27
1.6 Denne rapporten	28
2 Organisering av tjenesteområdet og eksisterende kunnskap på feltet	30
2.1 Organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunene	30
2.2 Hovedfunn fra tidligere studier	35
2.2.1 Kort om storbysatsingen for psykisk helse	35
2.2.2 Boliger for personer med psykiske vansker	36
2.2.3 Tjenesteoppfølging	39
2.2.4 Kapasitet og kompetanse	40
2.2.5 Samlet vurdering av kunnskapsstatus	41
3 Design og metode	43
3.1 Hoveddesign	43
3.2 Casestudien	44
3.2.1 Valg av case	44
3.2.2 Dokumentstudier	45
3.2.3 Intervjustudiene	45
3.3 Nettbasert survey	46

3.3.1	Utvalget av kommuner for surveyen.....	46
3.3.2	Respondenter i kommunene	47
3.3.3	Svarprosent og frafall.....	47
4	Boalternativer innenfor kommunenes arbeid med psykisk helse.....	50
4.1	Boligpolitiske strategier	50
4.2	Boalternativer; hvor bor personer med psykiske vansker?	51
4.3	Etablering av boalternativer i kommunene	55
4.4	Bosatte gruppers situasjon og behov	58
4.5	Reguleringer av atferd i boligene	60
4.6	Erfaringer med de ulike boalternativene	61
4.7	Utfordringer i bosettingsarbeidet.....	67
4.8	Bolig på vei mot selvstendighet. Avsluttende kommentarer.....	71
5	Tjenesteoppfølging innenfor kommunenes arbeid med psykisk helse	73
5.1	Fra institusjon til selvstendig bolig, en overgangsfase.....	73
5.2	Hva slags tjenester gis?	76
5.3	Tjenesteoppfølging i forhold til ulike grupper.....	79
5.4	Utfordringer.....	83
5.5	Tjenesteoppfølging som del av bosettingsarbeidet, oppsummerende kommentarer.....	89
6	Kapasitet og kompetanse innenfor kommunenes arbeid med psykisk helse	91
6.1	Kapasitetssituasjonen i kommunene med hensyn til bolig og tjenester.....	91
6.2	Kapasitet innenfor ulike kompetansefelt.....	96
6.3	Hvor innhenter kommunene kompetanse der de selv er utilstrekkelig?.....	104
6.4	Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid	109
6.5	Nærmere om samarbeid med andrelinjetjenesten	111
6.6	Rekrutteringsprosesser i kommunene, tverrfaglighet som ny strategi	116
6.7	Kompetanseoppbygging i kommunene.....	121
6.8	Kort om utdanningssystemet innenfor relevante profesjoner	123
6.9	Utfordringer.....	125

7	Kommunal bosetting og oppfølging av personer med psykiske vansker. Hvor lang har vi kommet?	128
7.1	Oppsummerende refleksjoner.....	128
7.2	Status for bosettingsmodellen.....	130
7.3	Utfordringer videre	133
	Litteratur	135
Vedlegg 1	Spørreskjema til boligsansvarlig i kommunene.....	138
Vedlegg 2	Spørreskjema til tjenesteansvarlig i kommunene.....	145

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Svar fordelt på kommunestørrelse og svarprosent i surveyen til de boligansvarlige i kommunene.	48
Tabell 3.2	Svar fordelt på kommunestørrelse og svarprosent i surveyen til de tjenesteansvarlige i kommunene.....	48
Tabell 5.1	Hvor høy andel av personer med psykiske vansker bosatt av kommunene, følges anslagsvis opp med ulike tjenester, slik de tjenesteansvarlige i kommunene ser det. Alle tall i hele antall.....	76
Tabell 5.2	Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av hvilke former for tjenesteoppfølging som fungerer best i forhold til ulike grupper. Alle tall i hele tall.....	80
Tabell 5.3	Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av i hvilken grad en oppnår positive rehabiliterende effekter i forhold til ulike grupper. Alle tall i hele tall.....	82
Tabell 6.1	Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av i hvor stor grad kapasiteten innenfor ulike tjenester i kommunen er tilstrekkelig i forhold til å dekke behovet for personer med psykiske vansker. Alle tall i hele tall.	94
Tabell 6.2	Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av i hvilken grad kommunen har et udekket behov for tjenester i forhold til ulike grupper med personer med psykiske vansker. Alle tall i hele tall.....	96
Tabell 6.3	Vurdering blant de tjenesteansvarlige i kommunene av dekningen av ulike kompetansefelt i forhold til det å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker. Spørsmålet var: I hvilken grad anser kommunen seg dekket innenfor følgende kompetansefelt, i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker. Sett kryss.	98

Tabell 6.4	Vurdering blant de boligansvarlige i kommunene av dekning av ulike kompetansefelt i forhold til bosetting av personer med psykiske vansker. Spørsmålet var: I hvilken grad anser kommunen seg dekket innenfor følgende kompetansefelt, i forhold til bosetting av personer med psykiske vansker. Sett kryss.	102
Tabell 6.5	Innhenting av nødvendig kompetanse blant de kommunalt boligansvarlige der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse. Spørsmålet var: Der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse, hvor innhenter en den nødvendige kompetansen? Sett kryss.	105
Tabell 6.6	Innhenting av nødvendig kompetanse blant de kommunalt tjenesteansvarlige der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse. Spørsmålet var: Der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse, hvor innhenter en den nødvendige kompetansen? Sett kryss.	106
Tabell 6.7	Oppfatning av grunner til udekkede kompetansebehov i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker blant tjensteansvarlige i kommunene. Spørsmålet var: I den grad kommunene anser å ha udekkede kompetansebehov i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker, hva er grunnene til dette?.....	108

Figuroversikt

Figur 1.1	Maslows behovspyramide.....	24
-----------	-----------------------------	----

Sammendrag

Arne Holm

En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid

Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker

NIBR-rapport: 2012:2

Bakgrunn og problemstillinger

Opptrappingsplanen for psykisk helse har gitt kommunene ansvar for å bosette og tjenesteoppfølge personer med psykiske vansker. Sentrale institusjoner ble nedbygd til fordel for bosetting i kommunene. Dette representerte en stor utfordring for mange kommuner, både i forhold til å skaffe tilstrekkelig med boliger, bygge ut egnede tjenester og ikke minst ha både kapasitet og kompetanse til å følge opp disse oppgavene.

Opptrappingsplanen var i utgangspunktet ment å virke i en åtteårsperiode, fra 1999 til 2006, men ble forlenget med to år til 2008. Denne studien vil fokusere på status i etterkant av Opptrappingsplanen, på et tidspunkt hvor forventningene til at arbeidet i kommunene i forhold til psykisk vanskeligstilte skulle ha stabilisert seg, etter en lærings-, oppbyggings- og stabiliseringsfase.

Studien tar utgangspunkt i tre hovedproblemstillinger:

1. Hvilke boalternativer har kommunene utviklet for personer med psykiske vansker?
2. Hvilken tjenesteoppfølging har kommunene etablert for denne gruppen?
3. Hvilke utfordringer møter kommunene i forhold til nødvendig kapasitet og kompetanse i arbeidet med å bosette og følge opp personer med psykiske vansker. I dette er tilgang til spesialkompetanse viktig, med både kontakt med

primærhelsetjenestene og andrelinjetjenesten.

Dette innebærer at vi i studien knytter kommunenes boligpolitiske arbeid for personer med psykiske vansker, herunder tjenesteutviklingen, opp mot spørsmålet om kommunenes kapasitet. Dette gjelder både i forhold til økonomi og ikke minst hva gjelder kompetanse.

Metode

Studien bygger på seks casestudier og to surveyer, en til boligansvarlige i et utvalg på 75 kommuner og en til tjenesteansvarlig i de samme kommunene. Kommunenes organisering varierer imidlertid en del. Det vil derfor variere hvem som har besvart surveyene.

Bosetting

Kommunene har i hovedsak bygget ut et bredt spekter av botilbud for personer med psykiske vansker. Dette varierer fra samlokaliserte, selvstendige boenheter til bofelleskap, bosentra og i noen kommuner, psykiogeriatriske avdelinger og boliger i tilknytning til rehabilitering. Bredden i tilbudet vil henge sammen med størrelsen på kommunen. Jo større kommune, jo større er boligbehovet og jo mer differensiert ser tilbudet ut til å være.

Slik det kommer til uttrykk i surveyen er det særlig de spredte kommunale boligene i alminnelige borettslag og sameier, samt ulike former for bofelleskap som dominerer tilbudet til personer med psykiske vansker. I utgangspunktet er boligløsningene ment midlertidige, på veien mot selvhjulpenhet. Så langt er erfaringene imidlertid at svært få har flyttet ut av boligene og inn i egne selvstendige boliger. Behovene for boliger øker i de fleste av casekommunene sterkere enn veksten i antallet boliger. Det oppstår derfor køer på boliger.

Så langt har det vært et fokus på å bygge ut antallet boliger i kommunene. Nå tar flere til orde for et behov for å differensiere boligmassen. Samtidig er det også behov, slik mange informanter ser det, for i sterkere grad å selvstendiggjøre beboerne. En informant ser særlig et problem i forhold til at beboere blir tilvendt en tilstedeværelse, gjennom en bemannet personalbase, som undergraver intensjonene om større selvstendighet for beboerne.

Langvarige opphold på institusjon viser seg i enkelte tilfeller å redusere den enkeltes muligheter til å håndtere et selvstendig boforhold. I tillegg kommer at særlig mange unge, men også voksne, har begrensede rutiner når det kommer til grensesetting og ikke minst i forhold til det å bo i et selvstendig boforhold. Dette vil i mange tilfeller være rusrelatert, men ikke nødvendigvis.

Tjenesteoppbygging

Overgangen fra institusjon til selvstendig bosetting går i stor grad veien om en god tjenestetilpasning. Uten en velfungerende oppfølging, vil det være vanskelig for mange å bo selvstendig, uansett boform. Samtidig kan også selve boformen generere behov, men da andre behov enn de den enkelte hadde når vedkommende eventuelt bodde på institusjon. Dette gjør det både vanskelig å forutse de behov som vil kunne oppstå i en selvstendig bosituasjon, samtidig som tjenestebehovet kan speile bosituasjonen.

Særlig har vi sett at det i bofellesskap kan genereres behov som har med selve boformen å gjøre og som i noen tilfeller kan gjøre oppfølgingen mer krevende enn den ville vært under andre, mer selvstendige, boformer. Dette innebærer uforutsigbarhet i forhold til hva som er det beste boalternativet, samtidig som det viser at det kan være behov for stor fleksibilitet både hva angår boformer og tjenestetilbud i kommunene.

Studien avdekker at mange av de som bosettes med psykiske vansker har et stort oppfølgingsbehov. I surveyen svarer et flertall av kommunene at opptil 24 prosent av personer med psykiske vansker bosatt i deres kommune, følges opp med heldøgns ettersyn, mens noen kommuner svarer at det gjelder mellom 25 og 49 prosent. Dette er en stor ressursmessig belastning for kommunene, først og fremst i forhold til å skaffe tilstrekkelig personale.

Behovet for oppfølging fra psykiatrisk sykepleier synes også stort, når over halvparten av informantene svarer at 3 av 4 eller flere har behov for oppfølging fra psykiatrisk sykepleier. Nå sier imidlertid ikke denne analysen noe om hvor omfattende denne oppfølgingen vil være. Noen kommuner kan også mer rutinemessig sette de fleste av de personene de bosetter i kontakt med eller under oppfølging av psykiatrisk sykepleier, for nettopp å sikre at en faglig

vurdering legges til grunn for det tjenestetilbudet som etableres. Således kan vi her, for noen kommuners vedkommende, bare ha fanget opp en mer rutinemessig og kvalitetssikrende oppfølging fra kommunenes side.

Mange tjenesteanvarlige opplever imidlertid store begrensninger i rammebetingelsene for den kommunale oppfølgingen versus de oppfølgingsmuligheter en hadde innenfor en institusjon. Dette ligger først og fremst i den frivilligheten som er fundamentet for kommunenes oppfølging. Selv om de færreste motsetter seg kommunenes opplegg er det noen som gjør det, og dette er ofte de som har størst behov for tjenestene. Dette vil kunne forsinke og vanskeliggjøre den rehabiliterende effekten som en mer selvstendig bosetting er ment å kunne ha.

En særlig krevende gruppe å følge opp har vist seg å være personer med rus og psykiatri i kombinasjon. Dette er både en av de gruppene der det er størst behov for heldøgns oppfølging, men som en samtidig i minst grad oppnår positive rehabiliterende effekter for. Dette vil være en særlig ressurskrevende gruppe for kommunene å håndtere.

Kapasitet og kompetanse

Generelt varierer kapasitetssituasjonen i kommunene med hensyn til bolig avhengig av problemstatus. Dette handler både om at noen kommuner har tilgang til for få boliger, men også at de ikke opplever å ha boliger som egner seg for de med de største omsorgsbehovene. Særlig synes det å være et behov for spredte boliger. Også når det gjelder rehabiliteringsboliger for psykiatri, inkludert rusproblematikk, svarer de fleste at kapasiteten i liten grad er dekket i forhold til behovet. Også når det gjelder de ulike formene for bofellesskap, enten dette gjelder med døgnet- eller dagtjenester, svarer en relativt høy andel av de som har svart her at kapasiteten i liten grad er dekket i forhold til behovet. Når det gjelder hvilke grupper kommunen har behov for bolig til, svarer et flertall at det er et stort behov for flere boliger til personer med en kombinasjon av psykiatri og rus. Også blant personer med diagnoser som psykozer, schizofreni, ADHD, autisme, asperger og likende er det et stort behov for flere boliger.

Studien avdekker også visse kapasitetsproblemer hva gjelder tjenesteoppfølging. To av fem kommuner svarer i surveyen at de i

mindre grad har tilstrekkelig kapasitet til å dekke behovet for heldøgns omsorg for personer med psykiske vansker. Gitt at kommunene gir heldøgns omsorg til opptil om lag en av fire av de personene med psykiske vansker som de bosetter, synes det å være et kapasitetsproblem knyttet til dette nivået på tjenesteyting. Heller ikke innenfor hjemmetjenester synes kapasiteten å være tilstrekkelig til å dekke behovet.

Kapasiteten synes å være bedre når det gjelder oppfølging fra psykiatrisk sykepleier. To av fem svarer at de i stor grad er dekket opp kapasitetsmessig i forhold til behovet.

Det å forutse behovet for tjenester synes som en stor utfordring for mange kommuner. Dette handler både om usikkerhet knyttet til å forutsi behovet for boliger og tjenester generelt, men også knyttet til tjenestebehovet for personer som allerede er registrert med et behov. De psykiatriske sykehusene eller andrelinjetjenesten generelt kan ha observert og gjort seg opp en mening om behovssituasjonen, og hvilke tiltak som bør settes i verk for å avhjelpe dette, men så kan sykdomsbildet endre seg og behovet gi seg et helt annet utslag når vedkommende bosettes i en selvstendig bolig. Dette gjør det vanskelig for kommunene å forutse hvilke behov og hvilke utfordringer de møter innenfor tjenesteoppfølgingen.

Kompetansemessig opplever også kommunene mange begrensninger i sin evne til å møte behovene fra mange med psykiske vansker. Mange kommuner svarer ”både og” på spørsmålet om de er dekket opp kompetansemessig på sentrale fagfelt som sykepleie, sykepleie med spesialutdanning i psykiatri, legefaglig kompetanse og kompetanse på diagnoser som psykopati, schizofreni, ADHD, autisme asperger og likende. På områder som ergoterapi og fysioterapi svarer en høy andel at de i liten grad er dekket kompetansemessig.

I noen tilfeller er selve situasjonen så vidt utfordrende at den er vanskelig for kommunen å håndtere. Dette kan for eksempel være knyttet til urolige beboere eller beboere som ruser seg. Dette kan skape mye uro både for den enkelte, men også for andre i den grad vedkommende bor i et bofellesskap. Også svært syke personer, i noen tilfeller potensielt farlige personer, setter kommunenes kapasitet og kompetanse på en hard prøve. Ofte er dette imidlertid

situasjoner som er så unike at det ikke er lett for kommunene å forberede seg på dem.

Mange kommuner henvender seg ofte til DPS og andrelinjetjenesten, der de selv opplever manglende kompetanse. Samarbeidet med andrelinjetjenesten har imidlertid et potensiale for forbedring, i følge informantene i denne studien. Fra kommunenes side henger dette blant annet sammen med det som oppleves som manglende forståelse for kommunenes arbeidsbetingelser.

Summary

Arne Holm

Dignified housing in mental health work

On housing, services and capacity in the work of local authorities for people with mental health problems

NIBR Report: 2012:2

Background, research questions

The national action plan for mental health gave local authorities responsibility to provide housing and aftercare for people with mental health problems. Central institutions were closed in preference for resettlement in the community. The plan was a significant challenge for many local authorities who needed to find sufficient housing, expand the necessary services and, not least, build capacity and expertise to deal with the new situation.

The action plan was intended originally to last eight years, from 1999 to 2006; it was extended however by two years, and continued until 2008. This study explores post-action plan status, i.e. when one would expect the efforts of local authorities for vulnerable people with mental health issues to have stabilised after a period of learning, capacity building and stabilisation.

The study has three principal research questions as its point of departure.

1. What are the housing options local authorities have put in place for people with mental health problems?
2. Which aftercare services have local authorities put in place for this group?
3. What characterises the challenges facing local authorities in relation to necessary capacity and expertise in their efforts to provide housing and aftercare for people with mental health

problems? Availability of specialist expertise is important here in contact with both the primary and secondary care services.

To answer these questions, the study examines the work of local authorities to provide housing for people with mental health problems, and expand services. This is done with an eye to the problem of capacity, financing and, not least, availability of expertise.

Method

The study undertook six case studies and two surveys, one of officials responsible for housing in a sample of 75 local authorities, and one of officials in charge of services in the same municipalities. Inasmuch as local authorities organise these services rather differently, which officials respond to the surveys also varies.

Housing

Local authorities provide a wide range of housing options for people with mental health issues. They vary from co-located, independent units to shared housing, housing clusters and, in some municipalities, psychogeriatric wards and housing in connection with rehabilitation services. The range of options depends on the size of the municipality: the bigger the municipality, the wider and more differentiated the range of options appears to be.

On the evidence of the survey, the dominant housing option for people with mental health problems appears to be dispersed council accommodation in ordinary housing coops and co-tenancies, along with various types of shared housing. In principal, housing options are considered a temporary measure, a step along the path to independent living and self-reliance. As yet, however, very few tenants have moved out of the units and into their own, independent homes. In most of the case study municipalities, the demand for housing units is rising faster than supply can keep up with, resulting in long queues of people waiting for accommodation.

So far, local authorities have concentrated on increasing the number of housing units in the municipality. Increasingly, however, there are calls to differentiate the housing stock better.

At the same time, there is also a need, in the opinion of many informants, to do more to help residents cope on their own. One informant indicated a particular problem where residents have got used to having service personnel on call, somewhat in breach of the plan's purpose to promote the independence of the residents.

Prolonged residence in an institution seems, in certain cases, to reduce the individual's ability to cope with independent living. In addition, many young people, but also adults, are not used to setting limits, not least in respect of living independently. In many cases, but not all, a drug problem will be involved.

Expanding service capacity

The transition from institution to independent living is facilitated very largely by a successful adaptation of services. Without a well-functioning aftercare service, many will find it hard to cope with living independently, irrespective of the type of housing. At the same time, the type of housing can itself create needs – other needs though than those the individual had living in the institution. It is therefore difficult to predict the needs of an individual living in an independent housing environment, at the same time as service requirements can reflect the housing situation.

We have noticed in particular how shared living can create needs which have to do with the form of housing, and which in some cases can make aftercare more demanding than under other, more independent housing solutions. The situation is unpredictable when it comes to identifying the best housing option, while there can be at the same time a need for greater flexibility both in respect of housing options and service provision in the municipalities.

The study found that many of the people with mental health problems whom the local authorities have housed have significant aftercare needs. A majority of local authorities state in the survey that they provide care care on a twenty-four-hour basis to as many as 24 per cent of people with mental health problems living in their municipality. Other local authorities report figures ranging between 25 and 49 per cent. This puts a significant strain on municipal resources, mainly in relation to obtaining personnel in sufficient numbers.

There also appears to be a significant need for psychiatric nursing as well: over half of the informants say that three-quarters of the residents require the attention of a psychiatric nurse. Now this analysis does not indicate how extensive this care will be. Some municipalities may also as a matter of routine put persons they have housed in contact with or under the care of a psychiatric nurse, precisely for the purpose of ensuring that a professional assessment informs the creation of care and management services. In this sense, then, in the case of some municipalities, we might only have detected local authorities' provision of routine care and quality assurance.

Many of the responsible officials point to significant shortcomings in the general premises for municipal aftercare, compared with aftercare options available to an institution. The crux lies in the discretionary or voluntary nature of local authorities' aftercare service provision. While only a minority resist the municipalities' service provision, some do, and it is mostly those who need the services the most. Such resistance is likely to delay and reduce the rehabilitation outcomes a more independent living arrangement is intended to encourage.

A particularly demanding group in terms of aftercare is persons with a combination of addiction and mental health problems. This is one of the groups with the highest need for twenty-four hour supervision, but where at the same time successful rehabilitation is hardest to achieve. It is a particularly resource-hungry group for local authorities to deal with.

Capacity and expertise

Variation in the housing capacity of local authorities varies in line with problem status. The issue is twofold in that some local authorities have too few housing units, but some of the available housing is not considered to be suitable for those with the greatest care requirements. There appears to be a particular need for dispersed units. And with regard to rehabilitation accommodation for psychiatric patients, including people with drug and alcohol abuse problems, most respondents admit that availability falls short of needs. And in relation to the various forms of shared housing where twenty-four hour or daytime services are provided, we are told by a relatively high proportion of our respondents that capacity falls short of what is needed here too. Asked to indicate

which group is most affected by the housing shortfall, a majority of survey participants mention the group with combined addiction and mental health problems. There is, moreover, an urgent need for more housing for individuals diagnosed with psychosis, schizophrenia, ADHD, autism, Asperger's syndrome and similar disorders.

The study found capacity problems in the provision of aftercare services. Two in five local authorities lack the capacity to provide twenty-four hour care services for people with mental health issues. Inasmuch as local authorities provide twenty-four hour care to about a quarter of the people with mental health problems living in housing provided by the council, the capacity shortfall problem appears to lie at this level of service delivery. But capacity in homecare services as well appears to fall short of what is needed.

There is, it seems, better capacity in aftercare provided by psychiatric nurses. Two in five local authorities say capacity is largely commensurate with requirements.

Many local authorities find predicting the need for services something of a challenge. It is difficult to forecast the need for housing and services in general, and, not least, the need for services of people whose needs are already known. While the individual's psychiatric hospital or secondary care services may have observed the problems and formed an opinion of that person's needs and how to address them, by the time the person is settled in an independent unit, their clinical status may have changed radically and, in consequence, the nature of their needs. This makes it all the harder for local authorities to predict the aftercare needs and challenges they may have to address.

In terms of expertise, local authorities cite numerous shortfalls in their ability to meet the needs of many individuals with mental health problems. Many local authorities answer "yes and no" when asked whether they have adequate expertise in key areas like nursing, specialist psychiatric nursing, medicine, and other areas such as psychopathy, schizophrenia, ADHD, autism, Asperger's syndrome and the like. In areas such as ergonomics and physiotherapy, a high percentage of local authorities report expertise shortfalls.

In some cases, the nature of situation itself makes it is difficult for local authorities to cope. Tenants can become agitated, for instance, or abuse alcohol or drugs. These problems can cause a great deal of trouble not only for the individual concerned, but also for others living in the same shared housing environment, for instance. In cases of people who are seriously ill and on occasion dangerous individuals, the capacity and expertise of local authorities are severely tested. This is especially the case when the situation is so unique, local authorities can hardly be expected to have the apparatus and procedures in place to deal with it anyway.

Many local authorities are in frequent contact the local psychiatry centres and secondary care services, especially in areas in which they themselves lack sufficient expertise. Relations with the secondary care services could, however, be better, according to participants in this study. There is a connection here, say local authorities, with what is felt to be a lack of understanding on the part of the secondary care services of the framework within which local authorities have to work.

1 Bakgrunn for prosjektet og målsetting

Denne studien tar for seg bolig- og tjenesteoppfølgingen i kommunene av personer med psykiske vansker i kjølvannet av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette omfatter også kapasitets- og kompetansesituasjonen i dette arbeidet lokalt. Prosjektet er finansiert av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering, med Mental Helse som søkerorganisasjon.

1.1 Bakgrunn

Med Opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunene fått et langt større ansvar i forhold til å sikre psykisk sykes levekår, herunder en forsvarlig bosituasjon. Kommunene har da også jobbet målrettet for å oppfylle intensjonene i planen og bosettingen av personer i kommunene med bakgrunn i institusjonsopphold nærmer seg en avslutning i mange av landets kommuner. Dette arbeidet har vært finansiert med øremerkede midler overført via Opptrappingsplanen, en ordning som løp frem til 2008. Etter det har kommunene fått selvstendig budsjettansvar for det psykiske helsearbeidet. Det innvarsler en ny tid, hvor arbeidet med psykisk vanskeligstilte skal prioriteres opp mot andre kommunale tjenester.

Den nedbyggingen av institusjonene som lå i Opptrappingsplanen innebar et stort behov for bosetting lokalt, både midlertidig og på mer permanent basis. På kort sikt fikk kommunene tildels store og tunge oppfølgingsoppgaver, utfordringer som kunne være komplekse og omfatte alt fra de praktiske sidene med å bosette personer som hadde vært på institusjon over lengre tid, til å gi disse et kompetent oppfølgingstilbud. Dette stilte krav ikke bare til

fysisk struktur, med anskaffelse av boliger, men også til ressurs- og kapasitetssituasjonen innenfor tjenesteapparatet, med blant annet personell og kompetanse.

Bedring av levekår for personer med alvorlige psykiske lidelser, gjennom normalisering, var et viktig mål i Opptrappingsplanen. I dette ligger det en intensjon om å styrke alle deler av det psykiske helsearbeidet, slik at grunnleggende menneskelig behov ivaretas. Dette handler blant annet om å legge til rette for en verdig bosituasjon. Til dette vil det i de fleste tilfellene også høre en adekvat tjenesteoppbygging. For mange vil ikke boligen i seg selv være tilstrekkelig, det er også nødvendig med oppfølging, medisinsk som praktisk, for å etablere stabile og trygge, selvstendige boforhold for personer med psykiske vansker. En verdig bolig vil derfor også inkludere spørsmålet om tilstrekkelig bistand og tjenester.

Oppfølgingstjenestene er i hovedsak kommunenes ansvar å fremskaffe. Dette innebærer i realiteten at Opptrappingsplanen har bidratt til en økning av det kommunale ansvaret for personer med psykiske vansker. Dette vil fordre en vekst i både antallet egnede boliger og i tjenestetilbudet, blant annet i form av antall relevante stillinger.

I år 2011 er arbeidet kommet over i en annen fase, hvor mye av grunnlaget for kommunenes selvstendige ansvar for denne brukergruppen forutsettes lagt. Utfordringene er knyttet til oppfølgingen videre, i det det psykiske helsearbeidet må prioriteres opp mot de andre tjenesteområdene kommunene har ansvaret for.

Opptrappingsplanen var i utgangspunktet ment å virke i en åtteårsperiode, fra 1999 til 2006, men ble forlenget med to år til 2008. Denne studien vil fokusere på status i etterkant av Opptrappingsplanen, på et tidspunkt hvor arbeidet i kommunene kan forventes å ha stabilisert seg, etter en lærings- og oppbyggingsfase.

Et viktig fundament for politikken rettet mot psykisk vanskeligstilte er økt vekt på desentralisering. Den enkelte skal bo mest mulig hjemme, i sitt lokalmiljø. Store institusjoner er valgt bort til fordel for et desentralisert tilbud i form av omsorgsboliger i kommunene.

Slikt sett er den politikk som har vært ført på dette området i tråd med internasjonale trender, med vekt på en mest mulig normalisert tilværelse for mennesker med ulike former for funksjonsnedsettinger. Noe av ideene bak denne strategien er at bosetting i lokalmiljøet styrker de sosiale båndene med venner og familie samt at en i større grad kan nyte godt av og ta del i lokale tjenester og tilbud.

Dette forutsetter at kommunene både har økonomisk evne og kompetanse til å styrke tilbudet lokalt på en måte som sikrer den enkelte gode levekår. Sentralt her er bolig, med tilhørende tjenester, samt at kommunene har den nødvendige kapasitet og kompetanse til å drive dette arbeidet fremover.

1.2 Problemstillinger

Hovedproblemstillingene i denne studien er tredelt.

1. Hvilke boalternativer har kommunene utviklet for personer med psykiske vansker?
2. Hvilken tjenesteoppfølging har kommunene etablert for denne gruppen?
3. Hvilke utfordringer møter kommunene i forhold til nødvendig kapasitet og kompetanse i arbeidet med å bosette og følge opp personer med psykiske vansker. I dette er tilgang til spesialkompetanse viktig, med både kontakt med primærhelsetjenestene og andrelinjetjenesten.

Vi vil ta utgangspunkt i kommunenes ansvar for å bosette personer med psykiske vansker. Det er et viktig siktemål med prosjektet å drøfte boliger og tjenester, kapasitet og kompetanse i sammenheng for å fokusere på helheten i kommunenes arbeid innenfor dette området. Vi ser et behov for å knytte kommunenes boligpolitiske arbeid for personer med psykiske vansker, herunder tjenesteutviklingen, opp mot spørsmålet om kommunenes kapasitet. Dette gjelder både i forhold til økonomi og ikke minst hva gjelder kompetanse.

I prosjektet vil vi også se på kapasitet og dekningsgrader i forhold til ulike typer boliger og tjenester. Hvilke grupper har kommunene

egnede boliger og tjenester til og i forhold til hvilke grupper er kapasiteten utilstrekkelig?

1.3 Bolig i et levekårsperspektiv

Det overordnede målet til Opptrappingsplanen for psykisk syke om å bidra til å bedre levekårene for brukerne, har vært en rød tråd gjennom mange av de evalueringer som er foretatt av Opptrappingsplanen (jamfør blant annet Myrvold, Berglund og Helgesen 2008).

Levekår er vanskelig å definere. Mange forhold vil kunne påvirke hvordan vi opplever vår situasjon eller våre liv på et gitt tidspunkt. Vi kan dels se vår situasjon i et absolutt perspektiv. Dette baserer seg på en ide om at det lar seg etablere objektive kriterier for hva som er *gode* levekår. Egenskaper ved boligen som størrelse, beliggenhet etc. vil kunne være relevant her. En tilleggsdimensjon vil være å se levekår i et relativt perspektiv, hvor en sammenlikner levekår mellom ulike grupper, for eksempel basert på materielle størrelser. For det tredje kan en også inkludere de mer ikke-materielle sidene ved folk situasjon i en vurdering av levekår. Dette kan for eksempel være sosiale dimensjoner, mulighetene til å gi dagene et innhold, muligheter for å realisere ulike sider ved livet etc.

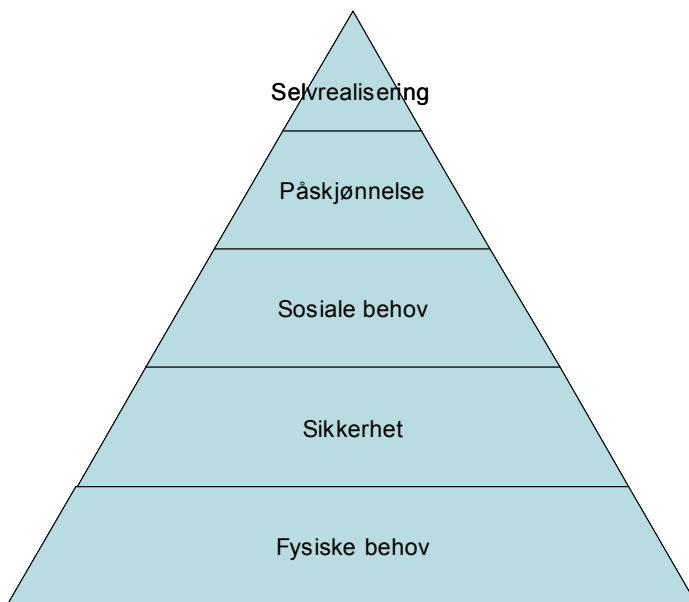
Gitt at levekår kan forstås og tolkes langs flere dimensjoner er det ingen normert måte å forstå dette begrepet på. I offentlige utredninger eller Stortingsmeldinger ser en ofte på en samlet indeks for levekår utviklet av Statistisk Sentralbyrå. Denne levekårsindeksen inkluderer bolig i tillegg til en rekke andre forhold som helse, økonomi, arbeidsmarked, bomiljø, sosiale relasjoner, fritidsaktiviteter og arbeidsmiljø (jamfør Myrvold, Berglund og Helgesen 2008:29). Indekser kan imidlertid også virke tilslørende, i det de ikke gir noe tydelig bilde av hva det er som slår ut på indeksen. Man får et helhetlig bilde av folks levekår, mer enn en forståelse av enkeltforhold.

I denne rapporten vil vi se på bosituasjonen for personer med psykiske vansker, herunder behovsdekningen i form av tjenesteyting. Dette handler først og fremst om dekking av grunnleggende behov som praktisk hjelp, hjelp til helsefaglig

oppfølging, med videre. Dette innebærer at vi velger å fokusere på mer grunnleggende dimensjoner ved levekårene for psykisk syke. Som illustrasjon på menneskelige behov og som ramme for forståelse av hvilke sider ved situasjonen til den psykisk syke vi fokuserer på, vil vi kort se på den såkalte *Maslows behovspyramide*.¹

I følge den russisk-amerikanske psykologen Abraham Maslow har alle mennesker et sett av grunnleggende behov. Disse har Maslow visualisert i form av en pyramide, gjengitt i Figur 1.1.

Figur 1.1 *Maslows behovspyramide.*



Slik figuren er definert her, vil de tre nederste nivåene utgjøre de såkalte mangelbehov. Disse vil oppstå når en person mangler noe. Dette vil fungere som drivkrefter for å få dekket behovene. Vekstbehovene er de to øverste nivåene. Disse vil være nær sagt umettelige, i motsetning til mangelbehovene, som kan sies å være mettelige.

¹ Maslow 1954/1987:56-61.

I en bosituasjon vil de fysiske behovene handle om de mer basale behovene menneskene har for ro, stabilitet, hvile og beskyttelse, i tillegg til de mer sosiale behovene en bolig dekker som ramme rundt et menneskes liv. Herunder kommer også behovene for oppfølgingstjenester, som gjør det mulig for den enkelte å opprettholde et selvstendig boforhold. Det være seg helsefaglig oppfølging og ikke minst muligheter for praktiske tjenester knyttet til gjøremål en selv ikke behersker, på kort eller lengre sikt. Bolig vil også fungere som ramme rundt dekning av de mer fysiske behovene knyttet til tilstrekkelig mat og drikke etc. Over de fysiske behovene klassifiserer Maslow behovene for sikkerhet og trygghet. Deretter kommer de sosiale behovene, som fellesskap, kjærlighet og vennskap. Dette handler om følelse av tilhørighet og aksept i sine nære omgivelser, det være seg blant familie, venner, naboer eller kollegaer. Dette vil vi imidlertid ikke diskutere i denne studien.

En annen side av dette er også det rehabiliterende aspektet ved oppfølgingen. Dette innebærer at behovene for oppfølgende bolig tjenester vil kunne endre seg underveis, blant annet som resultat av vellykket rehabilitering og behandling. Dette innebærer at de behov som må dekkes via den psykiske helsetjenesten i kommunene ikke vil være konstant over tid for den enkelte bruker.

Behovet for påskjønnelse peker utover mangelbehovene og handler om aktelse fra andre, selvrespekt, selvtillit, status og verdighet. På det øverste nivået vil en også få dekket behovene for å virkeliggjøre sine mål. Det handler om å realisere og videreutvikle egne evner, samt å søke etter opplevelser som beriker livet.

1.4 Levekår og bolig blant personer med psykiske vansker

Studier har vist at personer med psykiske vansker gjennomgående har svakere levekår enn psykisk friske. Helse- og levekårsundersøkelser fra 1998, 2002 og 2005 viser at personer med psykisk sykdom scorer lavere enn psykisk friske på indikatorer som ekteskap og samboerskap, sysselsetting, helse, høy utdanning og høy inntekt, samtidig som de ligger høyere på negative faktorer som somatisk sykdom, lav utdanning og lav inntekt. Dette kommer frem i en studie av Myrvold, Berglund og Helgesen fra

2008. Så langt disse dataene kan sies å dokumentere, er det små endringer for de fleste levekårsindikatorerne blant psykisk syke mellom 1998 og 2005.

Myrvold, Berglund og Helgesen fra 2008 finner at levekårene til psykisk syke varierer avhengig av ulike forhold. Særlig fremheves det hvorvidt de psykisk syke lever i intakte parforhold, om de har etablert seg med bolig før de ble syke og sist med ikke minst, hvorvidt de har alvorlige rusproblemer i tillegg til det psykiske problemet. Hovedinntrykket er ellers at det ikke har funnet sted vesentlig bedringer i levekårene for psykisk syke i løpet av Opptrappingsplanen frem til og med 2005. Fremdeles gjenstår mye arbeid, selv om mange jo er hjulpet av reformen. Riktignok skjer det en økning i andelen psykisk syke med høyere utdanning i denne perioden, men økningen viser seg å være svakere enn for psykisk friske personer.

Et viktig fokus innenfor Opptrappingsplanen har nettopp vært å bidra til at psykisk syke fikk større sosial kontakt og en mer meningsfull hverdag. Her har kommunen aktivisert virkemidler som støttekontakt, dagsentre og tilrettelagte kultur- og fritidstiltak (Myrvold m.fl. 2008:18). Mye av rasjonaliteten knyttet til å bosette personer med psykiske vansker i hjemkommunene er også å bidra til økt sosialt kontakt, med familie, venner og nærmiljø. Myrvold med flere finner da også i sin studie at det har funnet sted en bedring i de sykes kontakt med nær familie, om enn i mindre grad i de største kommunene. Blant de psykisk syke som har kontakt med andre, er mye av denne kontakten også etablert gjennom tilrettelagte kommunale tilbud med andre i samme situasjon,

Bostandarden for alvorlig psykisk syke bedres i løpet av en femårsperiode i studien av Myrvold med flere (2008), selv om det er store variasjoner i psykisk sykes økonomiske situasjon. Særlig enslige og unge som ikke er etablert på boligmarkedet har vansker. Dette er interessant, gitt det arbeidet som fant sted innenfor rammene av Opptrappingsplanen for å overlate ansvaret for bolig og tjenesteoppfølging til kommune. Særlig i større kommuner er kommuneansatte av den oppfatning at bostandarden er forbedret. Disse kommunene har på den ene siden større muligheter til å ha et differensiert botilbud. Samtidig er det også disse kommunene som opplever det største presset innenfor psykisk helsevern, med mange personer med dobbeltdiagnoser knyttet til rus og psykiatri.

Det er også lettere å få psykisk syke i arbeid eller utdanning i større kommuner, da disse kommunene vil ha et mer differensiert arbeids- og utdanningstilbud.² Uansett finner Myrvold med flere at blant de alvorlig psykisk syke er sysselsettingen lav. Dette kan ha sammenheng med at tilretteleggingen for denne gruppen i arbeidslivet er svak.

Et av målene ved Opptrappingsplanen var knyttet til bolig. Personer med psykiske vansker skulle i størst mulig grad bo i *ordinære* boliger, eventuelt med kommunal hjelp til praktiske eller helsefaglig oppgaver. For å ivareta disse oppgavene er kommunene tildelt midler til å bygge og tilpasse boliger for denne gruppen. På tidspunktet for Opptrappingsplanens avslutning har allikevel mange kommuner vansker med å bosette psykisk syke, (jmf. Myrvold m.fl. 2008). Dette gjelder særlig personer med psykiske vansker i kombinasjon med rus. Dette kan ha sammenheng med at mange, særlig mindre, kommuner sitter med en ensartet boligmasse. I større kommuner vil utfordringene ofte være mer knyttet til et presset boligmarkedet, hvor høye priser gjør det vanskelig for unge med psykiske vansker å komme seg inn på boligmarkedet. Et aktuelt virkemiddel vil da kunne være tildeling av kommunal bolig, men dette skaper igjen et press på de kommunale boligene.

1.5 Noen viktige begreper

Et viktig begrep for å forstå kommunenes finansielle forutsetninger for å bygge opp både boliger og tjenesteapparatet under Opptrappingsplanen er *tilskuddsordningen*. Under Opptrappingsplanen for psykisk helse var det en tilskuddsordning for bygging av omsorgsboliger. Selve oppstartstilskuddet var på 175 000 kroner og kompensasjonstilskuddet var på 565 000 kroner. Dette ga et maksimalbeløp på kroner 740 000 pr boenhet³.

² Her synes et nært samarbeid mellom NAV-Arbeid og kommunene å være en fordel. Myrvold med flere finner at et nært samarbeid mellom NAV og kommunen virker positivt inn på mulighetene or å få personer med psykiske vansker ut i arbeid (Myrvold m.fl. 2008).

³ Satsene ble endret til 800 000,- kroner for en omsorgsbolig i løpet av Opptrappingsperioden

Kommunene kunne også velge å bruke en del av tilskuddet til å finansiere tjenester til andre formål innenfor psykisk helse (Dyb og Myrvold 2009:29).

Et annet viktig begrep er *omsorgsbolig*. Dette begrepet går igjen i mye av kommunenes prioriteringsarbeid. Men hva skiller en omsorgsbolig fra andre boliger? Begrepet *omsorgsbolig* er nært knyttet til Husbankens virkemiddelbruk. Omsorgsbolig som begrep er ikke entydig definert og det brukes tildels forskjellig.

I St. melding nr. 50 (1996-97) ”Handlingsplan for eldreomsorgen” heter det at en omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset rullestolbrukere og andre med særskilte behov. Boligen må være tilrettelagt slik at det kan utføres pleieoppgaver i boligen og kommunen må ha heldøgns hjemmetjeneste. Det er ikke omsorgstjenester tilknyttet boligen, men beboerne skal få tildelt pleie- og omsorgstjenester på linje med andre hjemmeboende. Omsorgsboliger må ikke forveksles med lovregulerte botilbud som sykehjem eller bolig med heldøgns omsorg etter Lov om helsetjenesten i kommunene § 1 – 3 eller institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester etter Lov om sosiale tjenester § 4 - 2d (aldershjem).

Husbanken bruker begrepet mer i retning av botilbud utenom institusjon, men fysisk tilrettelagt slik at beboere med behov skal kunne få heldøgns pleie og omsorg etter lov om sosiale tjenester. Omsorgsbolig kan være selvstendige boliger eller ulike former for bokollektiv og bofellesskap. Det er uansett kommunen som må fatte vedtak om heldøgns pleie- og omsorgstjenester.

Personer i omsorgsbolig kan i dag få bostøtte. Kommunene kan legge bostøtten inn i husleien og dermed sikre bedre økonomi i omsorgsboligbyggingen via høyere husleie.

1.6 Denne rapporten

En viktig betingelse i utviklingen av gode boliger og tjenester for personer med psykiske vansker antar vi vil være knyttet til den kommunale organiseringen av området. Vi vil derfor i neste kapittel se nærmere på noen få hovedprinsipper innenfor dette området. Deretter vil vi kort se på noen hovedfunn innenfor tidligere studier som har fokusert på kommunenes arbeid med å

skaffe bolig og boligtilpassede tjenester for personer med psykisk vanskelighetstilte.

I kapittel 3 gir vi en kort metodisk orientering som bakgrunn for den videre analysen.

Analysedelen er tredelt, hvor vi først ser på kommunenes arbeid med å skaffe boliger til personer med psykiske vansker. Deretter ser vi på tjenesteoppfølging av denne gruppen, med særlig vekt på tjenester som kvalifiserer i forhold til å bo selvstendig og ikke minst å bli boende i egen bolig. I kapittel 6 ser vi så på kapasitet og kompetanseutvikling i dette arbeidet rundt i kommunene.

Analysen summeres opp og konkluderes i kapittel 7.

2 Organisering av tjenesteområdet og eksisterende kunnskap på feltet

Dette kapitlet er todelt. Først ser vi kort på noen hovedprinsipper for kommunenes organisering av arbeidet med psykisk vanskeligstilte, særlig i forhold til fremskaffelse av bolig og tjenester. Deretter ser vi på noen hovedfunn i tidligere studier på området. Dette er viktig som referanseramme for de problemstillingene som drøftes i denne studien.

2.1 Organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunene

Hvordan kommunene organiserer tjenesteoppfølgingen av personer med psykiske vansker er ikke uten betydning for hvordan og hvilke tjenester som blir produsert.

Organisatorisk er ikke lenger kommunene styrt gjennom hierarkiske prosesser der kommunene bare iverksetter den statlige politikken (Tranvik og Fimreite 2006). Opptrappingsplanen for psykisk helse er et eksempel på en reform som faktisk tillegger kommunene flere selvstendige oppgaver. Dette innebærer at kommunenes politisk sammensatte organer ikke bare blir delaktige, men også ansvarlige i de prosesser der rammene og prioriteringene innenfor det psykiske helsearbeidet i kommunene gjøres.

I utgangspunktet var den opprinnelige ideen at det psykiske helsearbeidet skulle integreres i de eksisterende delene av det kommunale helsearbeidet, selv om Opptrappingsplanen sier mindre om organisering.

Få kommuner etablerte imidlertid en integrert modell for organisering av det psykiske helsearbeidet, men valgte i stede å basere seg på mer eller mindre etablerte selvstendige tjenesteenheter som yter brukerne tjenester (Myrvold og Helgesen 2009, Myrvold 2004 og St.prp.nr. 63 (1997-98)).

Opptrappingsplanen innebar at kommunene skulle yte tjenester på nye måter til nye brukergrupper. Mange av brukerne er yngre personer, med behov som ofte krever en samordning mellom forskjellige tjenester innenfor det kommunale tjenesteapparatet eller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Lokale variasjoner i både behov og organisasjonskultur vil påvirke hvordan den enkelte kommune velger å organisere sitt psykiske helsearbeid.

I veilederen som ble utgitt av Helsedirektoratet i desember 2005, ble det ikke gitt noen anbefaling om organisasjonsmodell. Det ble i stedet vektlagt en del prinsipper og krav for det psykiske helsearbeidet som skal ivaretas uansett organisasjonsmodell (Sosial- og helsedirektoratet 2005:7).

Noen av kravene er:

- Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
- Et godt fagmiljø.
- At brukeren behandles med respekt.
- Kontinuitet for brukeren.
- At det psykiske helsearbeidet blir tydelig i den kommunale organisasjonen.
- Et tilstrekkelig tjenestetilbud.

Det kommunale arbeidet for å skaffe personer med psykiske vansker boliger og tjenester finner sted innenfor en større kommunal organisasjon. Kommunene har stor frihet med hensyn til organisering av sin virksomhet. Plasseringen av det psykiske helsearbeidet innenfor denne organisasjonen, hvordan det prioriteres i forhold til andre politikkområder, organisasjonsledelse og ikke minst hvilke andre tjenester det psykiske helsearbeidet er

samorganisert med, vil kunne være av betydning for hvordan oppgavene løses.⁴

Dette resonnementet bygger på teorier innenfor organisasjonsteorien fremholdt allerede på 1930-tallet, med Luther Gulick's *Notes on the theory of organization. With special reference to government* som et sentralt arbeid i debatten om hvordan organisering påvirker saksbehandlingen.⁵ Dette er tatt videre av blant annet Egeberg her hjemme, i hans arbeid fra 1984, hvor et av argumentene er at formell organisasjonsstruktur betinger organisasjoners atferd.⁶ Et hovedpoeng her er at oppgaver i større grad koordineres og ses i sammenheng innenfor organisasjonsheter, mens avveininger i mindre grad skjer på tvers av organisasjonsstrukturen. Dette innebærer at hva som organiseres sammen, innenfor samme enhet, i et slikt teoretisk resonnement, vil kunne ha betydning for hvilke forhold som avveies mot hverandre. Innenfor det psykiske helsearbeidet kan en anta at i den grad både ansvaret for boligutbygging og oppfølgingstjenester lokaliseres i samme organisasjonshet i kommunene, vil det være lettere å se de to områdene i sammenheng. Det samme gjelder der en velger å samlokalisere de ulike sidene ved det psykiske helsearbeidet, noe som vil lette kommunikasjonen og mulighetene for koordinering.

Samtidig kan det også være mange argumenter for å lokalisere for eksempel ansvaret for boligbygging og oppfølgingstjenester i ulike enheter. Dette kan bidra til å synliggjøre prioriteringer og med det også behovet for ressurser, ved at prioriteringer løftes et trinn opp og ressursbruken tydeliggjøres.

Dette innebærer at motivasjonen bak ulike organisasjonsmodeller kan variere. Det blir til syvende og sist opp til kommunene å avgjøre valg av organisasjonsmodell, forutsatt at en holder seg innenfor de rammer lovverket setter for kommunal organisering.

Med utgangspunkt i Gulicks arbeid, kan vi skille mellom tre hovedprinsipper for spesialisering som vil være spesielt relevant for kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet⁷:

⁴ Jamfør studien av Myrvold og Helgesen 2009, kapittel 3.

⁵ Se også Myrvold og Helgesen 2009:63.

⁶ Egeberg 1984.

⁷ Myrvold og Helgesen 2009:64.

- Spesialisering etter formål eller funksjon
- Spesialisering etter geografisk nedslagsfelt
- Spesialisering etter klientell

En spesialisering etter formål eller funksjon innebærer en standardisering av tiltak uavhengig av geografi. En spesialisering basert på geografi kan på den andre siden bidra til geografiske forskjeller, men samtidig en tydeligere tilpasning til lokale forskjeller og variasjoner. En spesialisering etter klientell vil til forskjell fra de to andre, innebære at tjenester utvikles mot avgrensede klientgrupper.

Sentralt i diskusjonen av organisasjonsmodeller innenfor kommunenes helsetjenester for psykisk vanskeligstilte er den såkalte *bestiller-utfører* modellen som har utspring i en New Public Management tradisjon. Denne baserer seg på markedslogikk innenfor tilveiebringelse av offentlige varer og tjenester og retter seg mot organiseringen av kommunale enheter. Sentralt er skillet mellom myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon. Ansvar for disse to oppgavene legges til to ulike enheter i organisasjonen, henholdsvis en bestillerenhet og en utfører enhet. Dette innebærer i praksis at avgjørelsen om å skaffe til veie og prioritere goder og tjenester, ikke ligger hos tjenesteutførerne, men hos en bestillerenhet.

Modellen kan praktiseres på ulike nivåer i en kommunal organisasjon, både ved at politiske organer bestiller goder eller tjenester av den kommunale administrasjonen eller ved bestilling og oppfølging av enkeltvedtak. I denne studien av tjenester blir det i stor grad det siste som vil være aktuelt.

Bestilleren av tjenesten har også ansvaret for å utføre kontroll og tilsyn ved implementeringen. Utfører enhetens oppgave er å produsere tjenesten.

Sentralt i en *bestiller-utfører* modell er at brukerne selv, gjennom tilbakemeldinger til tjenesteyterne, skal kunne påvirke de tjenestene de selv er brukere av, både i forhold til selve utformingen og gjennom en aktiv kvalitetskontroll. Dette er også ment å gjelde i forhold til tjenesteyting blant personer med psykiske vansker. I denne studien fokuserer vi ikke på brukernes tilbakemeldinger til tjenesteyterne, men vil trekke inn sider ved tilretteleggingen av

tjenestene som er ment å øke brukernes nytte av tjenestene, for eksempel ved tilpasning av vaktordningene på bofelleskapene i henhold til hva som er beboernes behov.

Relasjonen mellom brukere og tjenesteytere blir særlig viktig når det kommer til brukere med psykiske vansker. Her vil etablering av tillitt og stabile rammer rundt den enkeltes bo- og livssituasjon kunne antas å være særlig viktig, kanskje viktigere enn ved somatisk sykdom.

Viktig i den lokale strukturen innenfor tjenesteområdet er organiseringen av, formen på og hyppigheten av kontakten mellom kommunale primærhelsetjenester og andrelinjetjenesten. Ved Opptrappingsplanen ble de sentrale institusjonene bygget ned og beboerne bosatt i kommunene. Samtidig er de psykiatriske sykehusene opprettholdt, for å ivareta akuttopp-gaver. I dag vil disse fungere som kompetansesentre, som gir bistand til kommunene både om oppfølging av personer kommunene allerede er kjent med, men også med råd og vink for nye personer som skal bosettes.

Samarbeidsrelasjonene mellom kommunene og andrelinjetjenesten, i form av for eksempel de psykiatriske sykehusene, vil variere. Mange av de personene kommunene skal skaffe bolig til og ikke minst betjene med tjenester, har et sykehusopphold bak seg. Det er da naturlig at det følger med en sakkyndig vurdering fra sykehuset som kommunene må ta utgangspunkt i når de etablerer bolig og tjenester for vedkommende. Kommunene vil også ha kontakt med andrelinjetjenester i tilfeller der den enkelte blir så syk at sykehusinnleggelse vurderes.

Samarbeidsrelasjonene har både en kompetansefaglig side og en kapasitetsmessig. På den ene siden er det snakk om ha slags kompetanse både kommunene og andrelinjetjenesten har til å vurdere en enkeltperson og ikke minst hvordan kompetansen på de to nivåene lar seg forene i et samarbeid til den enkeltes beste. Dertil hører også en utfordring med hensyn til kapasitet. Hvilken kapasitet har andrelinjetjenesten til å følge opp og vurdere en gitt person, og ikke minst, hvilken kapasitet har kommunene til å følge opp de anbefalinger som andrelinjetjenesten kommer med.

2.2 Hovedfunn fra tidligere studier

2.2.1 Kort om storbysatsingen for psykisk helse

De store byene har særlig utfordringer med å følge opp personer med psykiske vansker. Dette ble erkjent av bevilgende myndigheter som i statsbudsjettet for 2005 satte av 50 millioner kroner av midlene innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse til de fire største byene, Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Hensikten var å styrke innsatsen for de som ikke nås av hjelpeapparatet. Det ble også tatt et initiativ i stortingsproposisjonen til en hurtigarbeidende prosjektgruppe som skulle utarbeide et grunnlag for å velge tiltak og fordele økonomiske midler i storbysatsingen. Denne prosjektgruppen anbefalte at tiltakene i storbyene burde sikre en identifisering av de med behov for hjelp og en videreformidling inn i hjelpeapparatet. Videre ble det også anbefalt en helhetlig og koordinert oppfølging av brukerne. Denne skulle inkludere en klar ansvars plassering, rutiner for bredt samarbeid og samhandling, samt bruk av individuell plan (Myrvold, Helgesen og Knudtzon 2009). Storbysatsingen ble evaluert av Norsk institutt for by- og regionforskning, ved Myrvold, Helgesen og Knudtzon. Denne evalueringen var i hovedsak en evaluering av i hvilken grad de målene Stortinget satt for Storbysatsingen ble oppnådd, herunder i hvilken grad tiltakene som ble etablert under storbysatsingen bidro til et tilstrekkelig tilbud overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Studien finner blant annet for de dårligste brukerne, det vil si hvor både psykiatri og rus er en del av problemet, er det vanskelig å få hjelpeapparatet til å ta ansvar. Dette forverres i tilfeller med en ustabil bosituasjon. I forhold til kompetanse finner Myrvold med flere en rimelig balanse mellom pleiefaglig og sosialfaglig kompetanse. Likeledes beskriver studien hvordan det i tilknytning til Storbysatsingen er bygget opp mye kunnskap i kommunene om psykisk helse. Dette gjelder spesielt på området psykisk helse og rus i kombinasjon.

Myrvold med flere (2009) intervjuet flere i forbindelse med sin evaluering brukere og disse er stort sett fornøyde med den hjelpen de får. Dette gjelder også de pårørende, selv om noen er av den

oppfatning at rammene for brukernes livsførsel burde vært noe strengere.

I forhold til bosituasjonen finner evalueringen at langvarige og stabile boforhold bedrer mulighetene for en helhetlig oppfølging. Dette gjelder også for de svakeste brukerne. Dette er svært relevante funn for denne foreliggende studien.

Hovedproblemstillingene i den foreliggende studien berører tre sider ved kommunenes arbeid med psykiske vanskeligstilte; boliger, tjenester samt kapasitet og kompetanse. Vi vil se kort på noen hovedfunn i utvalgte relevante studier.

2.2.2 Boliger for personer med psykiske vansker

Et hovedtema i en studie av Dyb og Myrvold fra 2009 var knyttet til omsorgsboliger for psykisk syke. Her vises det innledningvis til at verken omsorgsboligsatsingen eller boligbehovene blant personer med psykiske vansker er gitt stor plass i de offentlige dokumentene i tilknytning til Opptappingsplanen. Dyb og Myrvold finner imidlertid at blant kommunene i deres studie har nær tre av fire bygd omsorgsboliger med midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse. De fleste kommunene av disse har hatt kontakt med Husbanken. I studien fremkommer det imidlertid visse geografiske variasjoner. Således er det færre av kommunene i region Nord blant Husbankens regioner som har bygget slike boliger, sammenliknet med andre regioner. Det er også flere blant de større kommunene som har bygget omsorgsboliger for de psykisk syke innenfor Opptappingsplanen enn det er blant de mindre kommunene. Det er også interessant at det fremkommer i studien at flere kommuner med stram økonomi enn med romsligere økonomi, som har bygget omsorgsboliger.

På spørsmål til kommuner som ikke har bygget omsorgsboliger for personer med psykiske vansker, svarer mange at de ikke har bygget fordi de har tilstrekkelig med boliger. Manglende midler til drifting av boligene er også en viktig grunn til ikke å bygge serviceboliger.

Når det gjelder øvrige boliger bygget i regi av Opptappingsplanen, finner Dyb og Myrvold at et stort flertall av boligene er bygget som bofellesskap. En betydelig andel av boligene er i tillegg samlokaliserte uten fellesareal, mens spredte boliger i den ordinære

bebyggelsen er mindre utbredt. Igjen er det en sammenheng med kommunestørrelse. Jo større kommunen er, jo mer er kommunen tilbøyelig til å bygge omsorgsboliger i bofellesskap.

Samlokalisering benyttes også i flere kommuner. I studien fermkommer det at mellom en tredjedel og en fjerdedel av kommunene har valgt å lokalisere boligene for psykisk syke sammen med boliger for eldre, psykisk utviklingshemmede og eller rusavhengige. Jo mindre kommunen er, jo sterkere er tendensen til å lokalisere boliger for psykisk syke sammen med boliger for eldre og eller boliger for psykisk utviklingshemmede, i følge studien til Dyb og Myrvold fra 2009.

Bolig- og tjenestebehovet til personer med psykiske lidelser var ellers gjenstand for en egen vurdering i 2006 (Dyb 2006). Denne tallfester behovet blant kommunene for boliger rettet mot personer med psykiske vansker og oppsummerte at kommunene hadde et behov for 3 500 nye boliger for denne gruppen i perioden 2005 til 2008. Dette tallet baserte seg på en kombinasjon av antallet personer hjelpeapparatet konkret visste hadde behov for bolig og personer som ville få et boligbehov. Innenfor den siste gruppen fant en blant annet ungdom med store vansker, men som ennå ikke var i en alder hvor de kunne få egen bolig. Dette vil utgjøre en potensiell viktig gruppe i bosettingsarbeidet.

Det er også gjort noen direkte tellinger av behovet for kommunale utleieboliger. Hansen, Stang og Nordvik vurderte i 1997 behov og etterspørsel etter kommunale utleieboliger, herunder også organisering og forvaltning av boliger. I denne undersøkelsen ble behovet for kommunale boliger på landsbasis anslått til å være tre ganger så høyt som det faktiske antallet kommunale boliger på det tidspunkt undersøkelsen ble gjennomført. Denne studien ble gjentatt i 2000 av Hansen og Brattbakk (Hansen og Brattbakk 2002). Denne viste at bare 16 prosent av kommunene oppgav å ha et boligtilbud som sto i forhold til søkningen i alle boligtyper. 37 prosent av kommunene hadde planer om å øke tilbudet av kommunale boliger.

Studier av botilbudet for personer med psykiske vansker trekker ofte inn kombinasjonen psykiske vansker og rusproblematikk. Kunnskapen om boligtilbudet for personer med psykiske vansker er derfor i stor grad fremkommet i sammenheng med studier av boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. En gruppe som har

vært prioritert er de bostedsløse, og i forbindelse med forskning på botilbud for denne gruppen er det også hentet inn mye kunnskap med relevans for personer med psykiske vansker.

I sluttevalueringen fra Prosjekt bostedsløse (Dyb 2005) oppsummerer Dyb tjeneste- og boligløsninger i forhold til følgende fire hovedkategorier:

- Spredte boliger/leiligheter og rekkehus
- Samlokaliserte boliger uten personalareal
- Samlokaliserte boliger med personalareal
- Sykehjem (institusjon, ikke bolig) (Dyb 2005:56).

Den boløsninger som i størst utstrekning ble valgt for bostedsløse i de syv kommunene som var med i prosjektet (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Tromsø) var samlokaliserte boliger med personalareal. Dette gjaldt i alt 44 prosent, av de alt i alt 368 boenhetene som ble utviklet i disse syv kommunene under prosjektet.

Hovedkriteriene Dyb legger til grunn for sin klassifisering av boliger er for det første plasseringen av boligene i forhold til hverandre, det vil si om boligene er enkeltstående eller samlokaliserte og for det andre organiseringen av oppfølging og tjenesteyting.

De store kartleggingene som har vært gjort av bostedsløse viser nettopp at det blant de bostedsløse er en høy andel personer enten med psykiske vansker alene, men særlig psykiske vansker i kombinasjon med rusproblematikk, jmfør Ulfrstad 1997, Hansen, Holm og Østerby 2003 samt Hansen, Dyb og Østerby 2006.

Disse kartleggingene vise at andelen med synlig psykisk sykdom, som er klassifiseringskriteriet, har økt blant de bostedsløse fra 24 prosent i 1996, til 32 prosent i 2003 og videre til 38 prosent i 2005. Studiene viste dessuten at bostedsløshet, knyttet til psykiatri, ikke bare var et storbyproblem, men at det også i stor grad hadde relevans for de små og mellomstore kommunene. En studie fra 2007 retter spesielt oppmerksomheten mot disse gruppene, og ser på botilbud og oppfølging blant bostedsløse i disse kommunene, deriblant personer med psykiske vansker (Holm og Nørve 2007).

I en studie av subsidiemodellen innenfor boligtilskuddet viser imidlertid Barlindhaug og Medby (2007) at kommunene først og fremst bygger for de gruppene som allerede har tjenester eller der det er budsjettmidler til å opprette tjenester. Dette har gitt som resultat at mange kommuner nøler med å bygge nye psykiatriboliger som blir stående tomme på grunn av mangel på tjenester. Tjenestebudsjettene legger derfor en klar begrensning på kommunene når de skal utnytte sin kapasitet til å bygge nye boliger.

I studien til Holm og Nørve fra 2007 går det frem at i mange kommuner er det ikke tilgangen på boliger som er problemet. Snarere er utfordringen at det for mange med behov for et tilrettelagt tilbud, blant annet personer med psykiske vansker, er selve boligen bare en del av tilretteleggingen. Dette er ofte grupper med behov for en kombinasjon av helsetjenester og ulike boligrelaterte tjenester. For at det skal være mulig å etablere slike tilbud, må det stilles midler til rådighet på tjenestebudsjettene.

2.2.3 Tjenesteoppfølging

Tjenesteoppfølgingen av personer med psykiske vansker i en bosituasjon er sammensatt og strekker seg fra heldøgnsomsorg, omsorg på dagtid til mer sporadisk oppfølging. Tjenesteoppfølgingen vil ofte være svært sammensatt, fra det tungt helse- og behandlingsrelaterte til den mer praktiske oppfølgingen.

I Dybs kartlegging fra 2006, av bolig- og tjenestebehovet for personer med psykiske lidelser var behovet for tjenester vagt definert i kommunene. Kartleggingen viser imidlertid til at noen kommuner har tallfestet dette behovet spesielt.

En studie av Ytrehus og Skog Hansen fra 2005, basert blant annet på intervjuer blant beboere, viste hvor viktige tjenestene var for at personer med psykiske vansker skulle kunne bo. *Alle* skulle bo, men mulighetene til det var avhengig av hvilke tjenester kommunen la til rette for.

Også organiseringen av tjenestene har stått sentralt i flere studier. Myrvold har blant annet sett på kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet og arbeidet med et helhetlig tilbud for personer med psykiske vansker (Myrvold 2004). En noe nyere

studie retter søkelyset mot tilgjengelighet og samarbeid, samt bevegelsen mot mer fleksible tjenester i kjølvannet av Opptrappingsplanen (Kristoffersen 2007). Selv om denne studien retter seg mer eksplisitt mot Barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet, er den også interessant i forhold til forståelse av egnede booppfølgingstjenester innenfor det psykiske arbeidet generelt.

Et interessant aspekt er knyttet til spørsmålet om brukervedvirkning, og betydningen av dette for å utvikle gode løsninger knyttet til oppfølging og tjenester. Brukervedvirkning knyttet til psykisk helse er tema for en studie av Sverdrup, Kristoffersen og Myrvold fra 2007. Studien viser at i møte med hjelpeapparatet har de fleste ventet lenge for å få hjelp. Dette gjelder både ungdom og voksne. Brukerne fra de to casekommunene i Nord-Norge får jevnt over også et betydelig smalere hjelpetilbud enn brukerne fra de to østlandskommunene. Mange av brukerne føler at det ikke er noen som tar ansvar for dem i behandlingsapparatet. En del brukere har erfaring med stor utskiftning av behandlere over tid.

En studie som eksplisitt tok utgangspunkt i kommunenes arbeid i forhold til å oppfylle Opptrappingsplanens intensjoner er gjort av Holm (2006). Denne studien drøfter utfordringer kommunene sto overfor i forhold til å utvikle et helhetlig botilbud, basert både på boliger og tjenester, i den første tiden etter etableringen av Opptrappingsplanen. Mange kommuner opplevde et stort behov for tett tjenesteoppfølging, særlig for de vanskeligst stilte. Etablering av for eksempel faste team som arbeidet i forhold til et bofellesskap viste seg å ha gode resultater. Likeledes var en annen hovederfaring fra dette arbeidet at det var svært viktig å etablere supplerende tjenester og oppfølging utenfor boligen. Dette ledet kommunene til å organisere og prioritere ulike aktivitets- og sysselsettingstiltak for denne gruppen.

2.2.4 Kapasitet og kompetanse

Spørsmålet om kapasitet kan både rette seg mot den budsjettmessige situasjonen og mulighetene for å utvikle tilstrekkelige tjenester, ansette nok personale med videre, men kan også rette seg mot kommunenes muligheter for å få tilgang til nødvendig kompetanse fra i særlig grad andrelinjetjenesten.

Studien til Holm fra 2006 viste at å besitte tilstrekkelig kompetanse ikke var uproblematisk under Opptappingsplanens tidlige periode. Kommunene opplevde at det var en stor utfordring å overta et så vidt og komplekst ansvar på kort tid, og hadde i liten grad sett seg i stand til å bygge ut sitt tjenesteapparat like hurtig som det ble bygd ned sentralt. Dette var ikke bare et økonomisk spørsmål, men et spørsmål om kompetanseoppbygging og tilgang på kvalifisert personell.

Studien viste at kommunene opplevde et stort behov for bedre kontakt med andrelinjetjenesten, både i form av dialog knyttet til enkeltpersoner, som varsling om utskrivelse etc, og i forhold til veiledning og kompetanseoppbygging i kommunene generelt. God kontakt mellom kommunene og andrelinjetjenesten synes å være en helt sentral forutsetning for kompetanseoppbygging lokalt. Dette gjelder også i forhold til rehabilitering og forebygging av akutte kriser. Her er det et stort behov for videre kunnskap om kommunenes strategier i forhold til kompetanseoppbygging og ikke minst når det gjelder relasjonene vis a vis andrelinjetjenesten.

SINTEF har ansvaret for å utarbeide årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon innenfor det psykiske helsearbeidet. Denne samt rapporteringen i KOSTRA gir en viktig oversikt over ressursituasjonen og fordelingene innenfor det psykiske helsevernet i Norge. Ser vi på rapporteringen for 2009 (Ose, Haus-Reve og Kaspersen 2010) finner vi at det i 2008, som var siste år i Opptappingsplanperioden ble finansiert nesten 6850 årsverk av de øremerkede midlene. I tillegg kom 5700 årsverk finansiert av kommunenes egne midler. Rapporteringen viser at etter en periode med sterk vekst i årsverksinnsatsen gjennom Opptappingsplanen, skjer det en viss utflating. Fra 2008 til 2009 er det kun en marginal endring i årsverksinnsatsen ser vi landet som helhet. Men det er tydelige forskjeller kommunene imellom. Det dokumenteres blant annet i rapporten en nedgang i årsverk i tjenester og tiltak for barn og ungdom. Å følge kommunenes tilpasninger på dette feltet blir svært viktig for det tilbudet brukerne får.

2.2.5 Samlet vurdering av kunnskapsstatus

Så langt har tjenester vist seg som en meget stor utfordring for kommunene i arbeidet med å bosette personer med psykiske vansker. Å bygge boliger er ikke alene tilstrekkelig for å etablere et

godt tilbud for personer med psykiske vansker. Boliger må følges av tjenester. Studiene til blant annet Barlindhaug og Medby (2007) samt Holm og Nørve (2007) peker begge mot det samme problemet; tjenestene må finansieres før boligene kan bygges og beboes. Samtidig er det viktig med kompetanse om gruppens situasjon. Ved bosetting og oppfølging av personer med psykiske vansker er det behov for kompetanseoppbygging i kommunene. I denne prosessen vil kontakt mellom første- og andrelinjetjenesten være sentralt.

I det som følger vil vi derfor se på arbeidet med å fremskaffe boliger og tjenester i sammenheng, samtidig som vi ser på kapasitet og kompetanse i kommunene i forhold til å gi et godt og tilpasset tilbud til personer med psykiske vansker. Men før vi drøfter kommunenes arbeid på dette området, vil vi vurdere de metodiske valg studien bygger på.

3 Design og metode

I denne studien benytter vi både et kvalitativt og et kvantitativt materiale. I dette kapitlet vil vi kort gå igjennom metodevalg og gi en begrunnelse for dette.

3.1 Hoveddesign

Prosjektets fokus fordrer en kombinasjon av casestudier og survey. Det vil være et behov både for å gå i dybden, men også i bredden.

Slik vi har skissert prosjektet ovenfor er det et behov for å belyse problemstillingene fra ulike kanter og med utgangspunkt i ulike erfaringer. I og med at prosjektet retter seg mot boligsiden og tjenestesiden samt mot kompetansesituasjonen, vil det være viktig å henvende seg både til de boligansvarlige i kommunen og de tjenesteansvarlige. I noen tilfeller vil bolig for personer med psykiske vansker og tjenester være samorganisert i kommunene, i andre tilfeller vil det være atskilt. For å skaffe oss dybdekompetanse om arbeidet med personer med psykiske vansker, både i forhold til boligtilbudet, tjenestesiden og ikke minst kompetanse og ressursiden, ser vi det slik at vi best erverver slik kunnskap gjennom førstehånds samtaler med de som står i første linje i dette arbeidet. Vi vil derfor intervju aktuelle personer i utvalgte casekommuner. Som ledd i dybdestudien, vil vi også benytte relevante dokumenter fra de respektive casekommunene.

For å få en bredde i materialet og satt de funnene vi finner i casekommunene inn i en bredere sammenheng, har vi valgt å sende to spørreskjemaer til et mindre utvalg kommuner. Skjemaene gikk til henholdsvis de boligansvarlige og et til de tjenesteansvarlige.

Studien har gått over to år. Første året gjennomførte vi casestudiene, 2010, mens vi andre året, 2011, gjennomførte to surveyer til kommunene.

3.2 Casestudien

Casestudier åpner for en kvalitativ tilnærming til å forstå og belyse problemstillingene i en studie (Yin 1989). Utgangspunktet er å benytte et bredt datatilfang, med mange variable, og få enheter. Gjennom det brede datatilfanget blir problemstillingene kontekstualisert. Dette innebærer at en får frem mange egenskaper ved et case og kan skille det fra de andre casene.

Casestudiene vil bestå av intervjuer og dokumentanalyser. I sum er dette ment å gi en så bred tilnærming til de enkelte casene som mulig. I casestudier kan en ha antakelser om sammenhenger på forhånd, eller en kan benytte data til å la teorier og antakelser vokse frem etter hvert som en arbeider med et case. Flere case bidrar til å gi en rik og nyansert empiri og et godt grunnlag for å trekke konklusjoner. Samtidig er det viktig at ikke antallet case blir for høyt, da dette vanskeliggjør mulighetene til å gå i dybden på hvert enkelt. Det er ikke nødvendigvis så lett å slutte fra et case til et annet, men antakelser om sammenhenger kan enten styrkes eller svekkes som følge av funn i casene.

I denne studien har vi benyttet casemetodikk for å samle informasjon om avgrensede, relaterte problemstillinger knyttet til kommunenes bolig og tjenester for personer med psykiske vansker. Hensikten er ikke å presentere de enkelte casene i forhold til hverandre, men å få en så bred innsikt i problemstillingene som mulig.

3.2.1 Valg av case

I utgangspunktet ønsket vi å gjennomføre casestudier i 6 utvalgte kommuner. Disse ble valgt ut etter størrelse og beliggenhet. Størrelse ble ansett viktig, fordi vi antok at både problemkompleksene og sammensetningene av problemsituasjoner samt mulighetene for å møte de utfordringene som fulgte med bosettingsstrategien i Opptrappingsplanen varierte mellom store og små kommuner. Større kommuner ble antatt å ha både flere

oppgaver knyttet til bosetting, samt langt flere virkemidler å spille på i tjenesteoppbyggingen.

Vi valgte derfor å gjennomføre studien i to større kommuner, med innbyggere over 100 000 innbyggere. I tillegg valgte vi ut to mellomstore kommuner, fortrinnsvis bykommuner og to mindre kommuner. Kun en av de mindre kommunene fikk en utpreget rural struktur, med stor avstand til sentra. De andre er utelukkende bykommuner. Dette fordi vi antar at problemkompleksene er størst i en bysammenheng. To av kommunene står imidlertid i tett samhandling med et tydelig ruralt omland.

En av casestudiene er i hovedsak basert på dokumentstudier, da det av ulike grunner viste seg vanskelig å gjennomføre grundige intervjuer med ansvarlige i kommunen.

Funnene fra disse kommunene har vi latt være utgangspunktet for utformingen av spørreskjemaene til surveyen, se nedenfor.

3.2.2 Dokumentstudier

Før vi gikk inn i kommunene og foretok intervjuer var det viktig å orientere seg om kommunenes organisering og målsettinger innenfor feltet. Dette gjorde vi i særlig grad med utgangspunkt i kommunenes boligsosiale planer og psykiatriplaner. Likeledes samlet vi inn informasjon om ulike boligprosjekter, botilbud, husordensregler med videre.

Dokumentstudien ga en pekepinn på hvordan kommune er organisert og derfor også hvilke personer som var aktuelle å intervju. Aktuelle personer for intervju vil være de som gjennom disse dokumentstudiene viser seg å være tettest engasjert i arbeidet med å bosette og følge opp personer med psykiske vansker i boligene.

3.2.3 Intervjustudiene

For å få oversikt over hvordan feltet er organisert, hvor ansvar er plassert og hvordan oppfølging skjer, var vi avhengig av samtaler med personer med førstehåndskjennskap til feltet.

Det er viktig å intervju de som sitter nærmest saksfeltet, og som i egenskap av sin stilling er best kvalifisert for å uttale seg om gitte sakskomplekser.

I forhold til boligsituasjonen valgte vi derfor å intervju de som sitter med ansvaret for tildeling av bolig til personer med psykiske vansker. Dette var i større kommuner organisert i en egen boligforvaltningsavdeling, eller liknende. Tjenesteoppfølgingen ligger imidlertid mer under kommunenes helseetat, eller helse- og sosialetat. Dette gjelder særlig i forhold til de hjemmebaserte tjenestene, men også eventuelle sosiale tiltak rettet mot personen.

I to kommuner valgte vi også å intervju ansatte på bofellesskap for personer med psykiske vansker. Det ene intervjuet fant sted i selve bofellesskapet. Begge disse intervjuene hadde form av gruppeintervju. I de øvrige intervjuene ble det benyttet en blanding av gruppeintervju og individuelle intervjuer. I alle tilfellene fikk de som skulle intervjues tilsendt spørsmålene på forhånd.

I forhold til ressurs- og kompetansesituasjonen antok vi at helse- og sosialetaten ville være mest kompetent.

3.3 Nettbasert survey

For å få et grunnlag for å generalisere de funn og tendenser som kommer frem i casestudiene har vi formulert et spørreskjema på bakgrunn av erfaringene fra casestudiene og sendt dette til et utvalg kommuner. Dette vil gi oss bedre dokumentasjon rundt de funn som kom til uttrykk i casestudiene.

Fra tidligere studier har vi svært god erfaringer med bruk av nettbaserte survey.

Vi sendte ut to spørreskjemaer, ett til ansvarlig for boligforsyning for personer med psykiske vansker i kommunene og et til tjenesteansvarlig for personer med psykiske vansker. Begge spørreskjemaene er lagt ved rapporten i vedlegg.

3.3.1 Utvalget av kommuner for surveyen

Surveyen gikk til et nærmere avgrenset utvalg kommuner, trukket ut etter størrelse.

Vi valgte ut et tilfeldig utvalg på 25 kommuner blant alle landets kommuner mellom 20 000 og 70 000 innbyggere, 25 kommuner mellom 10 001 og 20 000 innbyggere samt 25 kommuner mellom 3 000 og 10 000 innbyggere. I utvalget har vi prøvd å legge vekt på en størst mulig spredning med hensyn til variable som bykommuner og landkommuner samt nærhet til fylkessentra.

3.3.2 Respondenter i kommunene

Siden kommunene vil være organisert litt ulikt har vi individuelt bestemt hvem i hver enkelt kommune som skulle få tilsendt spørreskjema. Samtlige 75 kommuner i utvalget ble ringt opp og vi spurte spesifikt etter hvor ansvaret for tildeling av bolig til psykisk vanskeligstilte var plassert og hvor ansvaret for tjenesteoppfølging lå. Det ble derfor nedlagt et stort arbeid i å nå rette vedkommende for de spørsmål vi ønsket svar på.

I noen kommuner lå ansvaret for disse oppgavene til samme etat. Dette var særlig i mindre kommuner. I disse tilfellene ble begge spørreskjemaene sendt til lederen for etaten. Spørreskjemaene ble sendt til vedkommendes mailadresse. Kun unntaksvis ble spørreskjemaene sendt kommunenes postmottak.

Vi har tatt utgangspunkt i at mulighetene for å nå rette vedkommende økte om vi tok personlig kontakt med kommunen, noen ganger ved servicekontoret, noen ganger ved kommunenes boligansvarlige eller tjenesteansvarlig selv. En slik direkte kontakt antok vi også ville øke svarprosenten.

I de aller fleste tilfellene har vi sendt spørreskjemaet rettet mot boligforsyning til leder av kommunenes boligforvaltning, mens spørreskjemaet om tjenesteoppfølging i stor grad ble sendt til leder av helse-og sosialetaten. I noen mindre kommuner var dette imidlertid samlokalisert i en egen velferdsavdeling eller annet.

3.3.3 Svarprosent og frafall

Svarprosentene varierte en del mellom de to surveyene. Lavest var svarprosenten til de boligansvarlige i kommunene, med i gjennomsnitt 27 prosent svar. Særlig lav var svarprosenten blant kommuner med mellom 10 001 og 20 000 innbyggere. Der var svarprosenten nede i 12 prosent, da kun 3 av 25 svarte. Høyest er

svarprosenten blant de minste kommunene, mellom 3 000 og 10 000 innbyggere, selv om forskjellen ikke er så stor med de største kommunene, mellom 20 001 og 70 000 innbyggere. Dette ser vi av tabell 3.1.

Tabell 3.1 *Svar fordelt på kommunestørrelse og svarprosent i surveyen til de boligansvarlige i kommunene.*

Kommunestørrelse	N	Frafall ⁸	Antall svar	Svarprosent
20 001-70 000 innbyggere	25	1	8	33.3
10 001-20 000 innbyggere	25	1	3	12.0
3 000-10 000 innbyggere	25	0	9	37.5
Sum	75	2	20	27.4

I surveyen til de tjenesteansvarlige i kommunene er svarprosenten på 42 prosent. Også her varierer den en del avhengig av kommunestørrelse. Igjen er svarprosenten høyest blant de minste kommunene, mellom 3 000 og 10 000 innbyggere. Lavest er svarprosenten blant de største kommunene, mellom 20 001 og 70 000 innbyggere.

Tabell 3.2 *Svar fordelt på kommunestørrelse og svarprosent i surveyen til de tjenesteansvarlige i kommunene.*

Kommunestørrelse	N	Frafall ⁹	Antall svar	Svarprosent
20 001-70 000 innbyggere	25	1	8	33.3
10 001-20 000 innbyggere	25	1	9	37.5
3 000-10 000 innbyggere	25	0	14	56.0
Sum	75	2	31	42.5

Det ble gjort flere purringer til kommuner som ikke besvarte skjemaet. Dette ble både gjort elektronisk, ved å sende ut skjemaet

⁸ Utsending feilet på grunn av gal adresse eller annet.

⁹ Utsending feilet på grunn av gal adresse eller annet.

på nytt, kombinert med en påminnelse, samt ved telefonisk kontakt.

I analysen må vi ta hensyn til at surveyen til de tjenesteansvarlige bygger på et noe sterkere tallmateriale enn surveyen til de boligansvarlige. Blant de sistnevnte må vi også ta hensyn til at særlig mellomgruppen i kommunestørrelse, kommuner mellom 10 001 og 20 000 er relativt svakt representert.

Gitt at noen respondenter ikke har svart på samtlige spørsmål i spørreskjemaet, vil N, det totale antallet besvarelser ved det enkelte spørsmålet, kunne variere. Dette vil bli tallfestet i de enkelte tabellene.

Den lave svarprosenten må vi derfor ta med oss når vi tolker resultatene av studien. I stede for å være en representativ studie fra det utvalget av kommuner vi ønsket å nå, må resultatene mer tolkes som inntrykk og erfaringer samlet inn blant et begrenset antall kommuner.

4 Boalternativer innenfor kommunenes arbeid med psykisk helse

I dette kapitlet vil vi se nærmere på de strategier og handlingsvalg kommunene gjør i forhold til å fremskaffe tilstrekkelig antall boliger og drøfte deres erfaringer med dette arbeidet.

4.1 Boligpolitiske strategier

For samtlige av studiens case-kommuner har det vært en helt klar strategi å drive en aktiv boligbygging for å skaffe boliger til personer med psykiske vansker. Samtlige case-kommuner har opplevd et stort udekket behov for boliger for denne gruppen. Dette har vedvart over tid blant et flertall av de utvalgte kommunene.

I den første tiden etter at Opptrappingsplanen trådte i kraft var hovedfokuset i kommunene på å skaffe boliger. Det var derfor i flere kommuner en parallell jakt både etter egnede tomter og etter bygg som kunne rehabiliteres. I første fase var det et særlig fokus på å fremskaffe boliger, men etter hvert som de mest grunnleggende behovene for boliger ble dekket, kunne kommunene legge strengere kvalitetskrav til grunn i sin boligutvikling. Dette hadde også sammenheng med at en høstet erfaringer med ulike boligløsninger utviklet i den første tiden etter Opptrappingsreformen.

Viktige hensyn i etableringen av boliger har vært at de gjennomgående skulle ha en god beliggenhet, samtidig som de både skulle ha en god funksjonell og estetisk utforming. En av de større

casekommunene hadde også som definert mål å spre boligene til alle bydelene.

Satsingen på boliger innenfor Opptrappingsplanen for psykiske helse 1999-2006, ble sett i sammenheng med regelverket for omsorgsboliger for eldre. Dette innebar at boligene skulle ha livsløpsstandard som innebar store bad, trappefri adkomst med videre. Dette for komme inn under Husbankens regelverk og for å få tilskudd. Dette har vist seg vanskelig å følge opp i casekommunene. Mange av boligtomtene som lot seg oppdrive hadde ikke den ønskede nærhet til offentlig kommunikasjon eller butikk, mens eksisterende bygg som kunne rehabiliteres i flere tilfeller var uegnet for installering av heis. Kravene til livsløpsstandard ble derfor blitt myket opp, i forhold til Husbankens krav. Dette innebar blant annet at det ble gitt dispensasjon fra kravet ved rehabiliteringsprosjekter. Dette ga mulighet for å etablere et tilbud også i eldre bysentra, noe som har vært aktuelt for større bykommuner.

4.2 Boalternativer; hvor bor personer med psykiske vansker?

Hovedideen i Opptrappingsplanen for psykisk helse var at personer med psykiske vansker skulle integreres og rehabiliteres inn i ordinære bosituasjoner og ikke isoleres på institusjoner. Slik det kommer frem i casestudiene bor da også de aller fleste personene med psykiske vansker hjemme, med selvstendige oppsøkende tjenester på timebasis. Mange av disse har kun lettere, kanskje forbigående psykiske vansker. De aller fleste kommunene, og alle casekommuner i denne studien, har imidlertid egne botilbud rettet mot denne gruppen.

Boformene varierer imidlertid en del. Generelt kan vi kategorisere de vanligste boformene som følger.

1. Samlokaliserte boliger

Dette er en boligløsning der flere selvstendige boliger er lokalisert i umiddelbar nærhet til hverandre, men der det ikke er noe betjent fellesareal. Beboerne er i stede mottakere av ambulerende tjenester.

Løsningen kan være egnet for personer som mestrer et selvstendig boforhold, og som ikke er avhengig av døgnbaserte tjenester.

Såkalte omsorgsboliger kan være en variant av samlokaliserte boliger. Dette handler om boliger bygget med formål å bosette personer med et omsorgsbehov og vil i mange tilfeller være samlokalisert, av og til med en tjenestebase i umiddelbar nærhet.

2. Ulike former for boteam

Dette er også en løsning med selvstendige boliger, ikke nødvendigvis samlokaliserte, men der det er etablert en tjenestebase som arbeider tett opp mot beboerne i de ulike leilighetene.

Boformen kan være godt egnet for personer som ikke vil bo sammen, eller som ikke egner seg å bo sammen med andre i samme situasjon, samtidig som de har et behov for tilstedeværelse og oppfølging.

3. Bofellesskap med tjenester på dagtid

Ved bofellesskap samlokaliseres boligene på et sted, enten i samme bygning eller i flere bygninger som ligger i umiddelbar nærhet til hverandre og hvor det er etablert en tjenestebase på stedet, som er betjent på dagtid. Boligene er fullverdige og selvstendige leiligheter som er bygget eller rehabilitert for formålet. Bofellesskap legger opp til at beboerne skal ha større grad av fellesskap med hverandre, kanskje først og fremst sosialt, enn det som er tilfellet ved samlokaliserte boliger og boliger i tilknytning til boteam. Dette innebærer en mulighet for å bli kjent med personer i liknende situasjon.

Bofellesskap eller bokollektiv som mange kommuner også kaller dette, er en boløsning som kan være egnet for personer som mestrer et selvstendig boforhold, men med nytte, glede og ikke minst evne til samvær med andre i liknende situasjoner. Der det kun er etablert dagtjenester ligger det også en forutsetning om

at den enkelte ikke har behov for døgnbasert oppfølging.

4. Bofellesskap med tjenester på døgnbasis

Dette vil være bofellesskap eller bokollektiv bestående av samlokaliserte boliger på et sted, som i tilfellet med bofellesskap med tjenester på dagtid, men der forskjellen består i at det er etablert en døgnbasert tjenestebase på stedet. Også her legges det opp til at beboerne skal kunne ha nytte og glede av å være en del av et fellesskap, selv det vil være variasjoner i hvorvidt beboerne evner å nyttiggjøre seg dette potensialet. Dette har sammenheng med at beboerne i bofellesskap med døgnbaserte tjenester vil være mer hjelpetrengende enn tilfellet er i bofellesskap med dagtjenester. Dette kan i mange tilfeller stå i veien for at beboerne har et positivt utbytte av å være samlokalisert med andre i samme situasjon.

5. Bosentra

I bosentra er også den enkelte bosatt i selvstendige og fullverdige boliger, men det legges opp til en samlokalisering og en tjenestebase basert på heldøgns omsorg. Bosentra kan også ha høy grad av fellesbaserte servicetjenester, som for eksempel organisering av felles måltider.

Bosentra kan dels være organisert som egne bygg, som er bygget for formålet, men også i ordinære blokker og liknende. I en av casekommunene har en tre bosentra, to nybygde, mens den tredje er i en ordinær blokk, men der en av leilighetene er gjort om til tjenesteenhet.

Bosentra som boløsning retter seg mot personer som har behov for tettere oppfølging enn de kan få i mer selvstendige boløsninger. Dette kan være impulsstyrte personer eller personer med en potensiell farlighet, slik at også omgivelsene må ha en beskyttelse. Andre egnede beboere vil være personer som lett utnyttes av andre i ulike situasjoner, for eksempel personer som innvaderes av andre på ulike måter og slik ikke helt evner å ivareta sitt eget beste. Dette kan være personer

med rusvansker i tillegg til psykiatri, der det kan være behov for en sterkere oppfølging for å beskytte den enkelte mot å gjøre valg som kan være til skade for en selv.

Husleien i bosentra kan også trekkes direkte av trygd eller pensjon. Dette kan beskytte både mot impulsiv flytting samt økonomisk utnyttelse og uhensiktsmessige økonomiske disponeringer. I tilfeller der husleie trekkes direkte av trygd kan den enkelte i noen tilfeller ikke forandre på dette uten samtidig å flytte.

Ved at det i visse tilfeller skjer en betaling direkte via trygden, søker en også å beskytte den enkelte beboer mot et pengeforbruk som ikke står i forhold til vedkommendes inntekt. Slik kan en forebygge at enkeltpersoner kommer i gjeldsproblemer, noe som ytterligere kan forverre den psykiske belastningen for den enkelte. For impulsstyrte personer vil dette kunne være til vesentlig hjelp. Hvor langt en skal gå i å styre og ta hånd om den enkeltes problemer i forhold til økonomi, er imidlertid kontroversielt ideologisk sett.

6. Psykogeriatrike avdelinger

I forbindelse med Opptrappingsplanen var det også mange eldre som skulle bosettes. Mange av disse hadde tilbrakt store deler av sitt liv på institusjon og verken ønsket eller kunne bosettes selvstendig. Sykdom og behandling var også for mange til hinder for mestring i et selvstendig boforhold. Dette inkluderte pleiebehov av fysiske grunner.

For denne gruppen ble det gjort forsøk på å erstatte det de hadde, ved å etablere bo- og pleieløsninger som fanget opp deres behov. Løsningen i noen kommuner var etablering av såkalte psykogeriatrike avdelinger på eksisterende eller nyetablerte sykehjem eller tilsvarende.

I tillegg til at boformen er egnet for personer med psykisk sykdom i kombinasjon med alderdomssvekkelse, må personene også være

motiverte for å bo på denne måten. Løsningen retter seg særlig mot eldre mennesker. For yngre eldre vil boløsningen kunne være mer kontroversiell, også ved frivillighet.

På lengre sikt vil egne psykiatriske avdelinger kunne rekruttere fra de andre botilbudene for personer med psykiske vansker.

7. Rehabiliteringsboliger

Mange kommuner har også etablert ulike former for rehabiliteringsboliger for personer med psykiske vansker. Dette er i hovedsak boliger for personer med tunge rusproblemer i tillegg til psykiske vansker. Disse boligene har en personalbase, hvor det i de aller fleste tilfellene er personale på døgnbasis.

Det vil også kunne tenkes andre boformer for personer med psykiske vansker. Kommunene kan også etablere boløsninger som kombinerer elementer fra disse 7 formene. Dette innebærer at det vil være glidende overganger mellom ulike kategoriene bolig.

Noen kommuner har i tillegg et samarbeid med private organisasjoner om ulike boligløsninger. Dette kan være midlertidige boliger, men også mer permanente. Mange av disse retter seg mot personer med kombinerte vansker av rus og psykiatri.

4.3 Etablering av boalternativer i kommunene

Det avtegner seg blant casekommunene en klar positiv sammenheng mellom kommunestørrelse og grad av differensiert botilbud for personer med psykiske vansker. Jo større en kommune er, jo flere personer med psykiske vansker har også behov for bolig. Dette fremskynder etableringen av et mer differensiert botilbud for denne gruppen.

Slik det kommer til uttrykk i surveyen er det særlig de spredte kommunale boligene i alminnelige borettslag og sameier, samt ulike former for bofellesskap som dominerer tilbudet til personer med psykiske vansker. Samtidig gir mange kommuner uttrykk for at det er vanskelig å vite hvor personer med psykiske vansker er

bosatt innenfor det kommunale botilbudet. Dette er ikke minst organisatorisk betinget. Kommunene benytter i hovedsak en ”bestiller-utfører” modell, hvor bestillerenheten er atskilt fra den enheten som skaffer boligen. Dette legger føringer på hvilken rolle de ulike instansene har i bosettingsprosessen. De som tildeler boliger har ikke oversikt over hvilke grupper som benytter de ulike boalternativene kommunen har etablert. Flere kommunale tildelingskontorer for bolig hevder således at det er vanskelig å skaffe tilnærmet eksakt oversikt over hvor mange personer med psykiske vansker som er bosatt i de ulike boalternativene. Dette gjelder i særlig grad i forhold til de spredte boligene i alminnelige borettslag og sameier samt bofellesskapene, selv om det er noe mer oversiktlig i de sistnevnte boløsningene.

Få av kommunene i surveyen synes imidlertid å ha etablert bosentra for personer med psykiske vansker og psykiatriske avdelinger. Heller ikke rehabiliteringsboliger for psykiatri er særlig utbredt blant de kommunene som har besvart denne surveyen.

Selve organiseringen av botiltakene varierer også kommunene imellom. I en av de mellomstore casekommunene var bofellesskapet samlokalisert med et omsorgssenter med plasser for yngre funksjonshemmede, eldre og andre. Bofellesskap er som regel organisert innenfor en boenhet. Det vil si at beboerne har felles inngang, med egne rom for eksempel langs en korridor eller i tilknytning til et fellesrom. Selve den fysiske organiseringen vil påvirke omfanget av sosial kollektivitet i bofellesskapet. Boliger plassert langs en korridor gir en noe mer privat tilværelse for beboerne, med større grad av selvstendighet enn der alle har dør som vender ut i et fellesareal. Dette siste kan gi økt sosial kollektivitet i bofellesskapet, på godt og vondt, ved å stimulere til økt samhandling.

I den grad bofellesskapet er samlokalisert med for eksempel et omsorgssenter vil det også kunne være tilgang til fellesfasiliteter som kantine og ulike aktiviteter som den enkelte selv kan velge å delta i etter eget ønske.

Også organiseringen av bosentra kan variere. I en av de større bykommunene i casestudien ønsket en at bosentraene skulle være et tilbud til de som fortsatt ønsket å være på institusjon eller som av ulike grunner hadde behov for en meget tett oppfølging. Kommunen etablerte en vaktordning for de ansatte ved tre av sine

bosentra basert på at de ansatte jobber lengre vakter, opptil 3 dager. Slik kan de ansatte gi beboerne langt større stabilitet og faste rammer og de ansatte blir i større grad rollemodeller for beboerne enn i tilfeller med vanlige turnusordninger. I følge en kilde i den angjeldende kommune vil ordinære vaktskifter hele tiden stykke opp dagen for beboerne. I den grad måltider etc legges til fellesarealer, har dette også samtidig, i følge vår kilde, bidratt til å gjøre beboerne mer aktive utenfor boligen sin.

Noen kommuner melder at eldre med psykiske vansker kan falle litt utenfor i bofellesskap eller tilsvarende. Løsningen kan da være som i en av våre casekommuner, å bygge egne psyko-geriatrike avdelinger. En annen kommune har bygget 12 serviceboliger i tilknytning til et pleiehjem.

Kjøp av plasser, enten fra private stiftelser eller andre kommuner, er også en løsning i mange kommuner.

For å sikre funksjonelle og helst rehabiliterende boliger for personer med psykiske vansker, med effektive løsninger for tjenesteyting og sosialisering, samlokaliserte mange kommuner sine boliger med diverse støttefunksjoner. Særlig gjelder dette personalbase som de aller fleste av kommunene oppgir som viktig å ha i tilknytning til boliger for personer med psykiske vansker. Det vil allikevel først og fremst være i forbindelse med boteam og de ulike formene for bofellesskap, herunder rehabilitering og psykogeriatriske avdelinger at det vil være etablert personalbase. I forbindelse med de samlokaliserte boligene vil det også kunne være etablert en personalbase. Hvorvidt denne vil ligge i umiddelbar nærhet til de ulike boligene, vil imidlertid variere.

Vel halvparten av respondentene i surveyen ser også areal for sosiale aktiviteter som en viktig støttefunksjon for denne gruppen. Bare en av respondentene svarer at det er lite viktig. Selv om antallet respondenter her er begrenset, er det flere i surveyen som i kommentarer svarer at et klart definert tilbud knyttet til kosthold og fysisk aktivitet hadde vært viktig. Sammenholdt med de inntrykk som kom frem under casestudiene, er det et relativt utbredt ønske om å styrke det sosiale og fysiske tilbudet til personer med psykiske vansker for slik å bidra til aktivisering og sysselsetting. Her er det imidlertid ennå mye ugjørt i kommunene, skal vi tro tilbakemeldinger fra våre casekommuner. Dette involverer både den medisinske faglige og praktisk rettede

oppfølgingen. Det er rimelig å tro at høyere sosialt og fysisk aktivitetsnivå, vil virke både rehabiliterende og forebyggende på den psykiske helsetilstanden. Det er derfor interessant at over halvparten av respondentene ser arealer for sosiale aktiviteter som viktige i tilknytninger til boliger for personer med psykiske vansker.

Også legefaglige kompetanse er viktig å ha i tilknytning til boligene, i henhold til noen respondenter. Her svarer de aller fleste imidlertid ”både og”. Dette vil således være en tjeneste som ikke nødvendigvis vil måtte være samlokalisert med boligene, men som kan være tilgjengelig på annen måte.

4.4 Bosatte gruppers situasjon og behov

De aller fleste personer med psykiske vansker kan bo i vanlige boliger. I en av de større bykommunene i casestudien uttalte en informant at 85 prosent av personer med psykiske vansker kan bo i vanlige boliger, mens det er behov for differensiering av botilbudet for de siste 15 prosentene. Utover dette synes også informantene gjennomgående at det er vanskelig, endog i noen tilfeller unaturlig, å klassifisere de ulike beboerne. Alle beboerne er selvstendige, med sine vansker og behov. Den enkeltes behov kan også endres, slik at flyttinger fra en boløsning til en annen kan være formålstjenelig.

De aller fleste av beboerne i boliger tilpasset personer med psykiske vansker har en diagnose i våre casekommuner. Dette er ikke en nødvendig forutsetning, men kanskje mer et utslag av at behovet for boliger er stort og det dermed bare er de med de sterkeste behovene som får en bolig. Diagnosene spenner vidt og inkluderer både manisk depressive, psykotiske og schizofrene. Mange har alvorlig lidelser.

Aldersmessig spenner beboerne fra de helt unge, rundt 20 år, til godt voksne personer på rundt 70 år. De sistnevnte kan i mange tilfeller ha langvarige opphold på institusjon bak seg. For noen av disse vil etter hvert det somatiske overta for det psykiske. Flere av casekommunene opplyser imidlertid at antallet helt unge tiltar.

Rusproblematikk er voksende blant beboerne. Noen av casekommunene har egne boliger for personer med

kombinasjonen rus og psykiske vansker. For alle med rusrelaterte problemer i disse boligene er imidlertid det psykiske problemet ansett å være hovedproblemet, selv om grenseopptrekningen kan være vanskelig i mange tilfeller. Det foreligger ikke noe krav i våre casekommuner om rusfrihet i boligene. Boligene er å regne som private og selvstendige, og hva som skjer i boligene vegrer de ansatte seg for å gripe inn i. På et bofelleskap for personer med psykiske vansker gir imidlertid en av de ansatte uttrykk for at de stiller krav om at den enkelte stiller upåvirket til fellesarealet, som stue, i forbindelse med fellesmåltider etc. Hagen regnes også som fellesareal. Det er derfor ikke akseptabelt å sitte og ruse seg eller drikke alkohol på uteområdene.

I forhold til rusproblematikk er det flere informanter som er av den oppfatning at personer med tablettmisbruk er lettere å plassere i et bofelleskap enn personer med et alkoholmisbruk. Mange erfarer at de sistnevnte bringer mer uro med seg for de andre beboerne.

De fleste kommunene er i høy grad oppmerksomme på viktigheten av å sette sammen beboergrupper som har forutsetninger for å fungere sammen. Dette blir viktigere jo tettere personene skal bo. Erfaringen er at det å finne personer som passer sammen i et bofelleskap var enklere i den første tiden etter Opptrappingsplanen. Mange skulle bosettes og det var lettere å velge personer til bofellesskap.

I begynnelsen var det ikke uvanlig å la den enkelte søker registrere sine behov på et skjema, der vedkommende fylte inn sin del og ansvarlig fagperson fylte ut den andre delen. Dette innebar at det var fagfolk fra første- og andrelinjetjenesten som plukket ut og satte sammen beboerne. I etterkant av personlige intervjuer, ble beboerne valgt ut av et inntaksteam fra hvert DPS-område. Dette betydde at det var teamet i hvert enkelt område der botilbudet var plassert, som foretok utvelgelsen.

Den vanlige praksis i dag er at den enkelte selv søker bolig og får søknaden behandlet etter forvaltningslovens regler. Vedlagt skal følge både legeerklæring og rapport fra behandler. Vedtaket skjer i den lokale forvaltningsenheten, mens et sentralt prioriteringsutvalg tildeler ledige plasser.

Mange søknader kommer fra innlagte i spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller skal søknaden gå gjennom en koordinator i Helseregionen. Er det snakk om en plass i et nytt boligprosjekt, har vanlig praksis vært at lederen fra botilbudet intervjuer søkerne. Det vil da som hovedregel være søkere med bakgrunn i avdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten.

4.5 Reguleringer av atferd i boligene

For å bedre egnetheten av boligene i forhold til både å forebygge og rehabilitere beboerne i forhold til deres psykiske lidelser, har kommunene mulighet til å innføre ulike tiltak i boligene. Dette vil måtte basere seg på en samlet vurdering fra kommunens side når det gjelder hva som vil være formålstjenelig i det enkelte tilfellet. Et redskap for å regulere atferden i boligene er innføring av ordensregler. Dette vil sannsynligvis være mest egnet i de ulike formene for bofellesskap. For de samlokaliserte boligene vil det være vanskeligere å innføre og håndheve husordensregler utover de som i sin alminnelighet gjelder i borettslag, sameier og tilsvarende.

Selv om antallet respondenter er begrenset, svarer et flertall av respondentene i begge surveyene både blant ansvarlige innenfor boligtildeling og tjenesteoppfølgingen, at de har satt i verk felles ordensregler ved bofellesskapene. Skal vi tro våre informanter her, er det mest utbredt å kreve rusfrihet, men også ulike former for besøksregler er utbredt. Kveldsstengte dører er ikke så utbredt blant de kommuner som danner grunnlaget for denne analysen.

En kommune går så langt at de nekter besøk de oppfatter som destruktivt. Slik ønsker den aktuelle kommunen å beskytte mot utnyttelse, både økonomisk og på annen måte. Et mål i dette tilfellet er at beboerne ikke skal bli forgjeldet i perioden de bebor en av kommunens boliger. Også i forhold til trygdeutbetalinger i regi av NAV er det viktig å arbeide for en forvarlig disponering av midlene. Et tiltak i så henseende er å la husleien betales direkte til kommunen via trygdekontoret. På den måten kan en forebygge mot utkastelser grunnet manglende husleiebetaling i tillegg til å demme opp for impulsstyrte flyttinger. Slike betalingsordninger er ikke så utbredt i denne sammenhengen, men representerer et potensiale i forhold til å sikre enkeltpersoner med økonomiske

disponeringsvansker et stabilt boforhold. Dette vil igjen kunne ha en rehabiliterende effekt på den enkelte.

Ved å sikre seg mot at beboere kommer ut i et økonomisk uføre i botiden, kan en også, i følge en av våre kilder, forebygge at hele eller deler av gevinsten ved å etablere et ordnet boforhold, går til spille. I følge samme kilde kan gjeldsproblematikk inneha en ikke uvesentlig rolle i utviklingen av enkeltes psykiske sykdomsforløp.

I forhold til hvorvidt de ulike formene for ordensregler anses å ha betydning for tjenesteapparatets oppfølging av den enkelte, svarer et flertall at særlig besøksregler er gunstig. Det er nærliggende å relatere dette til uønskede besøk blant personer med rusvansker. Slik er det interessant at en stor andel av respondentene også ser kveldsstengte dører som gunstige for tjenesteapparatets oppfølging av den enkelte. Det samme gjelder et krav om rusfrihet, selv om noen også svarer ”både og” på spørsmålet om hvorvidt dette er gunstig for tjenesteoppfølgingen.

Utover dette har bofellesskap et alminnelig sett av husordensregler for ro og orden, som må overholdes. Noen avholder også husmøter for å følge opp hvorvidt beboerne er tilfredse med de rutiner som følges i boligen og det miljøet som er etablert.

4.6 Erfaringer med de ulike boalternativene

Mange forhold betinger kommunenes erfaringer med de ulike boalternativene. For det første vil det ha sammenheng med når boløsningen er etablert og hvor lang tid en har hatt for å tilpasse tilbudet til de behov og de situasjoner kommunen må forholde seg til. For det andre vil det også ha sammenheng med hvilke beboergrupper som bor de forskjellige stedene, deres forutsetninger og ikke minst sammensetningen av beboerne.

Kriteriene ved bosetting spenner også vidt. Helt grunnleggende er funksjonsdyktigheten i en bosituasjon. Særlig personer med lange institusjonsopphold kan ha vansker med å bo i en helt selvstendig boløsning, selv om graden av selvstendighet også er til stede i bofellesskapene og de samlokaliserte boligene.

I en innledende fase under Opptrappingsplanen for psykisk helse, benyttet mange kommuner såkalte samlokaliserte boliger for å

bosette personer med psykiske vansker. I disse boligene baserte en seg på ambulerende tjenester for beboerne. En av våre informanter er veldig klar på at dette var en dårlig løsning for mange.

Kvaliteten på de samlokaliserte boligene var dårlig. Få egner seg til å bo der og mange av de samlokaliserte boligene i vår kommune har også hatt lav standard. Vi forsøker nå å innlemme og omorganisere disse boligene i sterkere grad i boteam. Da kommer vi tettere på og kan intensivere tjenesteoppfølgingen. Det er mange problemer en ikke fanger opp i de ambulerende tjenestene.

Mye av begrunnelsen til vedkommende informant for å gå imot samlokaliserte boliger som boform for personer med psykiske vansker er at mange behov vanskelig fanges opp den begrensede tiden et ambulerende tjenestetteam er innom boligen. Det blir derfor vanskeligere å skaffe seg oversikt over den totale behovssituasjonen blant beboerne i en situasjon med en selvstendig, men samlokalisert boligløsning. Erfaringer flere informanter viser til er at behovet for hjemmetjenester ofte viser seg å være større enn først antatt.

Avhengig av særlig diagnose eller psykiske tilstand og personlighet vil ulike boløsninger i varierende grad være egnet for ulike personer. Jo tettere beboerne kommer hverandre, jo viktigere blir også de personlige eller psykiske egenskapne. Gjennomgående kommer det frem at bofellesskapet eller bokollektiv og bosentra i mange tilfeller egner seg godt for personer som er mer tilbaketrukket. Mange av disse har diagnoser som psykoser eller schizofreni og ofte er dette blant de som er sykest. Ved å lage et fellesskap som er trygt og oversiktlige, øker sjansene for at også tilbaketrukkede blir mer sosiale i et bofellesskap enn i mer selvstendig boløsninger, som ved samlokaliserte boliger. Slikt sett blir det en oppgave å legge til rette for at den enkelte tar egne handlingsvalg som fremmer måloppnåelse. Ved å tilpasse handlingsrammene, kan en bidra til at den enkelte beboer tar ”gode” handlingsvalg.

En av våre kilder hevder at de som egner seg best for et bofellesskap er de som er tilbaketrukket, herunder en del personer med psykoser og schizofreni. Vår kilde har erfart at disse i høyest grad har utbytte av å bo i bofellesskap eller bosentra, nettopp ved

at en der har mulighet for å lage et fellesskap som oppleves som tilstrekkelig trygt. For mange i denne kategorien kan vrangtolkinger og opplevelser være en del av hverdagen og da hevder vår kilde at et bofellesskap gir en viss oversiktighet, samtidig som bomiljøet er trygt. I følge en informant i en større casekommune er sjansene større for at en tilbaketrukket blir sosial i et bofellesskap. Han hevder at:

Ved den trygghet boformen gir, tør beboerne ta nye steg, dette vil gjøre det lettere for mange å bo selvstendig.

Samtidig er det vanskelig å predikere den enkeltes utvikling. Hvordan den enkelte i et gitt tilfelle reagerer på å bo i et bofellesskap versus å bo for eksempel i en samlokalisert bolig, er derfor ikke gitt.

Gitt at en tilpasset bolig enten det er i bofellesskap, omsorgsboliger eller samlokaliserte boliger, er et knapphetsgode i samtlige av casekommunene, er en hovedtrend at det er de med lengst fartstid innenfor det psykiske helsearbeidet i kommunene, og da med lengre opphold på institusjon bak seg, som får tildelt plass i disse boalternativene. Behovene er ofte meget sammensatte, men de aller fleste har en diagnose. I noen grad er lidelsen også utgangspunktet for bosetting, i betydningen av at flere med samme lidelse bosettes sammen. I de fleste tilfellene velger imidlertid kommunene å blande personer med ulike psykiske vansker i et og samme samlokalisert bofellesskap.

I en av de større bykommunene i casestudiene er det etablert tre bosentra, med til sammen om lag 30 beboerplasser. Erfaringene med disse bosentra er meget god, med en tiltakende tilfriskning blant beboerne. Selv om beboere også flytter fra bosentra av ulike grunner, har mange av de som blir boende, i følge vår kilde:

utviklet seg mer de siste par årene enn de foregående 20.

Innenfor rammen av et bosentra er muligheten for å lage beskyttende rammer større, uten å bygge opp en institusjon. Rammer gir beskyttelse. Som en informant hevder:

Den individuelle friheten er viktig, men må vektas mot andre verdier i samfunnet når det er friheten de sliter

med. Å kunne tilby friheten blir problematisk, når det nettopp er der problemet ligger.

Mange av de som bosettes i bosentra vil ha et særskilt behov for beskyttelse, både mot egen impulsivitet og mot press fra sine omgivelser. Ofte er impulsiviteten en utfordring i kombinasjon med rus. I kommunen der en hadde etablert tre bosentra hadde en gode erfaringer med tett oppfølging og regulering av aktivitetene på bosentraene. Var for eksempel en besøkende destruktiv, kunne vedkommende bli nektet å komme på besøk. Dette handlet om å gi den enkelte beboer *beskyttelse* mot utnyttelse, økonomisk og på annen måte. Kommunen hadde herunder et mål om at beboerne i bosentraene ikke skulle komme i en gjeldssituasjon eller forverre sin allerede eksisterende gjeldssituasjon. Derfor ble det praktisert tvungen husleiebetaling via trygd eller pensjon. Ledelsen her så en helsegevinst ved å bistå beboerne slik at de unngikk å komme i en gjeldssituasjon. For noen ville deres psykiske tilstand forverres ved tiltakende gjeldsproblematikk.

Bosentraene oppleves som en mulighet til å gi også personer som potensielt kan representere en fare for sine omgivelser, en tett oppfølging.

Bosentra fremheves av flere kommunale informanter som egnet for mer impulsstyrte personer, ved at det gir noen trygge rammer rundt bosettingen. Dette kan både være ved potensiell farlighet, som en kommune vektlegger, men også i tilfeller der den enkelte er sårbar i forhold til utnytting fra personer i sine omgivelser. Dette kan være personer som ikke finner støtte rundt seg, personer som blir invadert av andre, personer som ikke evner beskytte seg selv verken mot andre eller i forhold til for eksempel eget rusmisbruk og annet. For personer i slike situasjoner hevder en av kommunene at bosentra kan være en gunstig løsning, gitt at det sikrer visse faste rammer for tilværelsen.

I den grad kommunene har etablert egne psykiatriske avdelinger har dette sin bakgrunn i at det også var mange eldre som skulle bosettes. Dette er kanskje først og fremst aktuelt i større bykommuner. Mange i denne kategorien verken ville eller ønsket å bosettes og både sykdom og behandling kompliserte i mange tilfeller bosettingsprosessen. Dette kan også være personer som i følge en av våre kilde kan være skadet av tidligere behandling og institusjonalisert i en grad som hemmer selvstendig bosetting.

Dette handler også om mennesker som ikke ønsker å bo i egen bolig. En av informantene hevdet at i de tilfellene dette var situasjonene forsøkte de å erstatte den gamle bosituasjonen så godt dette lot seg gjøre, ved å ta situasjonen på alvor og gi rom for den enkeltes anderledeshet. Mange i denne kategorien hadde også så langt fremskredet alder at det i tillegg eksisterte et fysisk pleiebehov. Svaret på disse utfordringene kunne således bli etablering av psykogeriatriske avdelinger.

Ved utvelgelse av personer som var egnet å bosettes på denne måten, hevder en av informantene at det var viktig å velge ut personer som var motiverte. Å sambosette eldre personer i en slik situasjon ble også vurdert av samme informant å være bedre enn å bosette i ordinære sykehjem, ved at det var antatt å gi mer kvalitet til samme prisen.

Personer bosatt i psykogeriatriske avdelinger er i hovedsak over 60 år. En av våre casekommuner oppgir at det blant 28 slike plasser, kun er bosatt tre personer under 60 år. De som er bosatt på denne måten hevdes av vår kilde å fungere meget godt og bosetting i egne leiligheter har ikke vært aktuelt. Vår informant hevder at for samtlige ville situasjonen sannsynligvis blitt dårligere ved bosetting i selvstendige leiligheter, samtidig som det ville vært kontroversielt å legge inn på sykehjem. Denne gruppen avviker fra de ordinære beboerne på sykehjem både ved sin bakgrunn fra psykiatrisk institusjon og ved at gjennomsnittsalderen er lavere. En av våre informanter påpeker derfor at tilbudet av psykogeriatriske avdelinger er meget kjærkomment i vedkommendes kommune og det antas at på sikt vil dette botilbudet rekruttere fra de andre botilbudene for personer med psykiske vansker.

Når det gjelder bosetting i *boteam* forutsetter dette i hovedsak at den enkelte kan forholde seg til avtaler og til en viss grad også planlegge for sin egen situasjon. Skal et bosettingsforhold i boteam fungere etter intensjonene, må både beboere og personale kunne planlegge samt lage og overholde avtaler. Intensjonen er at de som trenger hjelp til å organisere hverdagen, får den hjelp de har behov for.

Beboere i rehabiliteringsboligene er i hovedsak tungt belastet av rusproblemer, i kombinasjon med psykiatri. Våre informanter i casekommunene opplever at beboerne i denne typen boliger ofte i liten grad er motivert. Rehabiliteringen tar som regel utgangspunkt

i en individuell plan og mange av de som bosettes på denne måten har vært uten en permanent bosituasjon over lengre tid.

Rehabiliteringsboligen er ment som en overgangsbistand, der en aktivt søker å rehabilitere i forhold til særlig en rusituasjon. De gode resultatene av dette arbeidet kan imidlertid i mange tilfeller utebli, på grunn av manglende motivasjon blant beboerne. En av våre informanter sier det slik

Effektene av det å bo i rehabiliteringsbolig spoles ofte av de som bor der ikke er motivert. Dette gjelder særlig når botiden er over.

I mange tilfeller vil derfor personer i etterkant av botid i rehabiliteringsbolig, finne veien tilbake til tilfeldige og midlertidige boløsninger i stede for å komme over i en mer permanent boløsning. Der en lykkes i å rehabilitere ut av tunge rusproblemer, har flere kommuner etablert en trinnvis boligprogresjon der den enkelte overføres fra rehabiliteringsboligen over til boliger med personalbase. Dette vil bidra til trygghet og stabilitet i en overgangsfase.

Gjennomgående svarer imidlertid nær sagt samtlige av våre informanter i casekommunene at gruppen med kombinerte vansker rus og psykiatri er den tyngste gruppen å hjelpe og rehabilitere inn i et stabilt boforhold.

På spørsmål til de ansvarlige for bosettingen av personer med psykiske vansker om hvorvidt boforholdene i boligene har rehabiliterende effekt på beboerne, er opplevelsene noe delte i vårt materiale. Halvparten svarer imidlertid at dette ofte er tilfelle, mens 6 av 17 svarer at dette er tilfelle av og til. Et mindretall, 3 av 17, svarer at dette sjelden er tilfelle. Det interessante er imidlertid at selv om en del beboere rehabiliteres, er det liten gjennomstrømming i boligene. Kommunene svarer snarere i stor grad at det er sjelden noen flytter ut av boligene som er tilrettelagt for personer med psykiske vansker og over i egen selvstendig eid bolig. Beboerne har alltid en mulighet til å flytte ut, uavhengig av botilbud. Og noen gjør det.

Dette gir i sum et inntrykk av at selv om opphold i en tilrettelagt bolig har rehabiliterende effekter for mange med psykiske vansker, medfører dette verken at tjenestenivået generelt kan reduseres eller at personene blir så vidt selvstendige at de kan bosettes i egen eid

bolig. Dette vil innebære at personene blir boende i boligene over lang tid, kanskje livet ut, hvilket vil gi et behov for stadig flere boliger til denne gruppen i årene fremover.

4.7 utfordringer i bosettingsarbeidet

Hvilke utfordringer står kommunene foran i sitt arbeid med å bosette personer med psykiske vansker? Hvilke grupper synes særlig utfordrende å bosette og på hvilken måte? I diskusjonen av dette beveger vi oss langt i retning av tjenesteoppfølgingen, som er tema for neste kapittel. For de fleste kommunene i denne surveyen er det særlig personer med store atferdsavvik og krevende personalbehov, som skiller seg ut som særlig utfordrende å bosette. Dette gjelder særlig i kombinasjon med rusproblematikk. Kombinasjonen psykiske vansker og rusrelaterte vansker er en stor utfordring for kommunene og skal vi tro informantene i casekommunene, er denne utfordringen stigende. Dette handler både om voksne med rusrelaterte vansker, men også i økende grad om psykiske syke unge med rusproblematikk. En av respondentene i surveyen skriver i en kommentar til dette at:

I disse sakene (relatert til unge, psykiske syke med rusproblematikk, *forfatters anmerkn.*) trekker ofte barnevernet seg ut av sakene, og dermed også med ressursene. De øvrige tjenestene har ikke en mulighet til å opprettholde det nivået på tjenesten etter at BV ikke er der lenger. Ungdommene er ofte lite avklarte i forhold til hva de mestrer og ikke mestrer i forhold til å bo i egen bolig.

Dette berører det større spørsmålet om grenseoppgangene mellom psykisk helsevern og rusomsorg. Også grenseoppganger mot barnevernet er relevant her. I utgangspunktet vil personer som tildeles bolig med utgangspunkt i psykiske vansker først og fremst ha en lidelse som klassifiserer som et psykisk problem, men der rusproblematikk mer er en tilleggsvanske. I mange tilfeller vil psykiske vansker øke disponeringen for rusavhengighet, i andre tilfeller kan psykiske vansker komme som en følge av rusavhengighet. Informantene i denne studien gir også klart uttrykk for vanskelighetene med å bosette psykisk syke med rusrelatert problematikk i bofellesskap, sammen med personer

uten disse tilleggspromblemene. Det virker ofte forstyrrende inn på den rehabiliteringsprosessen disse andre beboerne er inne i. Dette kommer ofte til uttrykk i form av adferdsproblematikk, hvor personene ved sin adferd er til sjenanse for sine omgivelser. Det generelle inntrykket i studien er at det ikke er tilstrekkelig med boalternativer for psykisk syke som også er aktive rusmisbrukere og at rusomsorgen og psykiatrien her presser hverandre.

Samtlige av casekommuner er tydelige på at det virkemiddelapparatet de behersker avviker fra det som er tilgjengelig i institusjonene. Dette blir særlig tydelig i forhold til å organisere egnede boløsninger for unge som har store rusvansker i tillegg til sine psykiske vansker. Her viser mange kommuner til at fraværet av tvangsmidler er en utfordring i forhold til å gi den oppfølgingen situasjonen krever, og med det, det faktum at kommunenes oppfølging baserer seg på frivillighet fra den enkeltes side i forhold til å motta nødvendige tjenester. Det var imidlertid en av intensjonene til grunn for Opptrappingsplanen at nettopp bruken av tvang overfor personer med psykiske vansker skulle reduseres.

Mange kommuner opplever dette imidlertid som en utfordring. Dette forsterkes av det store og til dels krevende personalbehovet som ofte følger. Dette vil også være et kapasitetsproblem.

En av respondentene i surveyen kommenterer det slik:

Kommunen er ikke forberedt på beboere med slike faglig store utfordringer. Dette er beboere som tidligere hadde nytte av spesialisthelsetjenestens institusjonsplasser der kontinuitet og rammer var ivarettatt. Dette er også personer som ikke greier å nyttiggjøre seg de lokale bomiljøene kommunale boliger representerer. Dette er med å skape større utrygghet i bosituasjonen samt fare for mer isolasjon.

Mange respondenter gir uttrykk for at jo mer ressurskrevende en beboer er, jo mer utfordrende er det å finne gode bo- og tjenesteløsninger for vedkommende. Dette gjelder spesielt for personer med stort behov for tilpassede tjenester. Særlig de som trenger såkalt "en til en" oppfølging er en utfordring for mange kommuner, i en situasjon med begrensede midler.

Dette forverres i tilfeller der personer med personlighetsforstyrrelser vanskelig lar seg bosette sammen med andre i et bofellesskap. Mange svarer i surveyen at noen er så krevende i forhold til oppfølging at de vanskelig lar seg integrere i selv et døgnbemannet bofellesskap for personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette gjelder både sett fra bofellesskapets side og de andre beboerne der, og sett ut fra den som skal bosettes. I begge tilfellene vil bosetting i et bofellesskap kunne medføre usikkerhet og uttrygghet. Dette kan også gjelde i forhold til de ansatte, som i noen tilfeller opplever å føle både redsel og uttrygghet.

Rusproblematikk forverrer med dette svært ofte situasjonen for personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Dette kan gjøre bosettingen krevende å få til. Mange av de kommunalt ansatte som er med i vår survey gir uttrykk for at rusproblemene i mange tilfeller blir hovedtemaet.

Store hjelpebehov representerer også en stor utfordring i bosettingsarbeidet, slik dette kommer til uttrykk i surveyen til de boligansvarlige i kommunene. Selv om antallet respondenter er lavt, svarer 11 av 17 at store hjelpebehov er en utbredt utfordring. Det samme antallet peker også på vanskene med å finne egnet bolig som en utfordring i dette arbeidet. Boligbehovet i mange kommuner er meget stort, og etter hvert som Opptrappingsplanen gikk over i sin siste fase, ble det kommunens ansvar til syvende og sist og bosette samtlige i en så normalisert bosituasjon som mulig. Å finne egnede boliger står således fortsatt som en stor utfordring for flertallet av de kommunene som har besvart vår survey. Kun 3 av 17 svarer at det å finne egnet bolig fremstår som en lite utbredt utfordring i bosettingsarbeidet av personer med psykiske vansker.

Et hinder som nevnes i forhold til å skaffe gode og verdige boliger til personer med psykiske lidelser er også høye husleier. Det blir da lett å velge boalternativer som holder både lavere kvalitet og som gir den enkelte mindre verdighet. Dette vil særlig være aktuelt i bykommuner, hvor det er et stort press på boligprisene.

Flesteparten av de personene kommunene bosetter innenfor psykisk helse er menn. Dette gjør mange av bofellesskapene og tilsvarende mannsdominerte. En informant påpekt dette spesielt og gav uttrykk for at det er en behov for egne botilbud for kvinner. Dette ville kunne gi en tryggere ramme rundt rehabilitering og oppfølging av mange kvinner. Egne tilbud for

kvinner eksisterer i de fleste kommunene, men da ofte i form av egne bygninger eller at deler av bygninger er forbeholdt kvinner. Hvorvidt dette oppleves som tilstrekkelig for å gi den enkelte den trygghet vedkommende søker, vil variere. Dette er imidlertid en problemstilling kommunene er klar over og ønsker å ta på alvor.

Noen av utfordringene knyttet til selve bosettingsprosessene spiller tilbake til selve den grunnleggende ideen om normalisering, som Opptrappingsplanen bygger på. Problemet er at kommunene i sitt arbeid raskt kommer opp i etiske utfordringer og dilemmaer når normalisering skal implementeres. Det må også være praktisk gjennomførbart for kommunene.

Som en informant sier det:

Kan ha mye ideologisering om normalisering, men det finnes alltid unntak. Nå har vi kommet til unntakene. Hva gjør vi da?

Samme informant hevder at;

Mange burde vært utskrevet for lenge siden, men kommunene hadde jo ikke noe tilbud. Nå er vi inne i en fase hvor de kompliserte sakene skal over til kommunene.

De mange unntakene blant de psykisk vanskeligstilte innebærer at kommunene har et stort behov for et differensiert tilbud, både hva gjelder boliger, men også når det kommer til tjenester og kompetanse, som er tema for de to påfølgende kapitlene. Høy differensieringsgrad er lettest å etablere for de større bykommunene, sammenliknet med de mange mindre kommunene som ikke har de samme mulighetene. Tendensen er at de større casekommunene har flere tunge tilfeller. Det vil samtidig være lettere å bosette vanskelige tilfeller i større kommuner enn i mindre kommuner, gitt at utstøtingsmekanismene blir mer diffuse i en større kommune.

4.8 Bolig på vei mot selvstendighet. Avsluttende kommentarer

Også når det gjelder bolig på vei mot selvstendighet, handler dette i stor grad om oppfølgingssituasjoner og vekslforholdet mellom bolig og tjenester. I utgangspunktet er boligløsningene ment midlertidige, på veien mot selvhjulpenhet. Så langt er erfaringene at svært få har flyttet ut av boligene og inn i egne selvstendige boliger. Sirkulasjonen er med andre ord lav i disse boligene. Flere informanter opplever at beboerne føler seg trygge i de ulike boformene kommunene etablerer. Køen av personer som ønsker å bo har derfor en tendens til å bli lang. Kommunene opererer derfor med ventelister på å få bolig og arbeider med å få ned denne. Så langt opplever de fleste av casekommunene imidlertid at behovene for bolig øker sterkere enn antallet boliger.

En informant hevder at tiden nå er inne til å differensiere boligmassen mer. Enn så lenge har en i stor grad prioritert å bygge ut boliger. Nå melder behovene seg for i sterkere grad å selvstendigjøre beboerne. En informant ser særlig et problem i forhold til at beboere blir tilvendt en tilstedeværelse, gjennom en bemannet personalbase, som undergraver intensjonene om større selvstendighet for beboerne. Som informanten hevder:

Kan ikke bare bygge og bygge slik vi har gjort til nå. Vi må differensiere mer og slik jobbe med å selvstendigjøre mer.

Dette henger ikke nødvendigvis sammen med diagnose, alder eller kjønn, men mer i forhold til hvor mye en skal basere seg på oppfølging og tilstedeværelse for de som bor. Dette går særlig på døgnbemannet versus dagbemannet tilstedeværelse. Den aktuelle kommunen har gjort forsøk på tilstedeværelse bare i et mer begrenset tidsrom. Samme informant hevder imidlertid at det er vanskelig å få beboerne til å akseptere mindre tilstedeværelse og med det større grad av selvhjulpenhet. Her ligger en stor utfordring for bosettingsarbeidet fremover. Noen gir uttrykk for at tjenesteyterne opplever å måtte presse beboerne, for å få de til å yte mer, være mer selvstendige og slik gjøre de mindre avhengig av at personalet er tilstede. Mange beboere er imidlertid, i følge informanten ”veldig fokusert på egne begrensninger”, noe som

kan representere en psykisk barriere for selvstendighet og mestring.

Langvarige opphold på institusjon kan være et forhold som i enkelte tilfeller reduserer den enkeltes muligheter til å håndtere et selvstendig boforhold. I tillegg kommer at særlig mange unge, men også voksne, har begrensede rutiner når det kommer til grensesetting og i forhold til det å bo i et selvstendig boforhold. Dette vil i mange tilfeller være rusrelatert, men ikke nødvendigvis.

Det er imidlertid en begrensning i forhold til hvor mye en kan presse den enkelte i retning av selvstendighet. Som en informant uttrykker det:

Presser du for mye, kan de bli syke, og det er vi heller ikke tjent med,

De ansatte i de kommunale helsetjenestene gir helt klart uttrykk for at de aller fleste beboerne i de spesialtilpassede boligene ønsker å fortsette å bo der. Det formidles ikke noe presserende ønske fra beboernes side om å flytte ut av bofellesskapene og inn i mer selvstendige boløsninger.

5 Tjenesteoppfølging innenfor kommunenes arbeid med psykisk helse

Boliger til personer med psykiske vansker er bare første trinn på veien mot et selvstendig boforhold. Andre trinn, og en helt nødvendig forutsetning for et selvstendig boforhold for mange er tilgang til tjenester i boligen, både av praktisk og medisinsk art. Fokuset i dette kapitlet er først og fremst på selve tjenesten og status i utviklingen av tjenester i bosituasjonen for personer med psykiske vansker.

5.1 Fra institusjon til selvstendig bolig, en overgangsfase

Bistanden til den enkelte kan dels være av mer praktisk art og dels av medisinsk. Ofte vil dette kunne gå noe over i hverandre, i tilfellene med psykiske vansker. Den praktiske bistanden ytes i stor grad av kommunenes hjemmetjeneste eller tilsvarende, mens hjemmesykepleie, psykiske helseteam etc følger opp medisinske tjenester. De praktiske hjemmetjenestene kan også omfatte støttekontakter, hjelpeverge til å ta seg av den økonomiske styringen og annet.

Tjenestene bestilles i utgangspunktet i de fleste tilfellene av et helse- og velferdskontor eller tilsvarende, men i den grad den enkelte nylig er utskrevet fra psykiatrisk sykehus eller annet, skjer dette i tett samråd med andrelinjetjenesten. Sykehuset tar ved utskrivning som regel kontakt med det kommunale helse- og velferdskontoret eller tilsvarende. Sammen diskuterer og definerer de behovene til den enkelte. I den grad den enkelte skal flytte inn

på et bofelleskap eller liknende, vil også fagkoordinatoren ved dette i mange tilfeller delta på møter med andrelinjetjenesten og kommunens helse- og velferdsetat for å bli informert, samtale om behovet og hva som kan tilbys.

Alle kommunene har som målsetting at tjenestene skal bidra til økt selvstendighet og egen mestring. Hovedintensjonen er at tjenestevedtaket skal dekke den enkeltes behov for tjenester, slik at vedkommende mestrer det selvstendige boforholdet. Tjenestene justeres etter hvert som kommunen blir bedre kjent med den enkelte tjenestemottaker og i henhold til endringer i behovet over tid.

Både hjemmeboende og personer bosatt i bofelleskap, samlokaliserte boliger eller omsorgsboliger har selvstendig oppsøkende tjenester på timebasis. Alle tjenestene er individuelle og fleksible, i betydningen av at de kan endres etter endringer i behov. Målet er at tjenestene i størst mulig grad er tilpasset den enkeltes behov, enten denne er praktisk eller medisinsk.

De aller fleste som bosettes i kommunene med grunnlag i psykiske vansker har hatt opphold på institusjon tidligere. Dette betyr at de har hatt tildels tett oppfølging. Når disse overføres til kommunene følger det med et vedtak om oppfølging som kommunene må følge opp. Andrelinjetjenesten, i praksis ofte det psykiatriske sykehuset, lager i de fleste tilfellene en anbefaling, som kommunene i første omgang følger opp. Kommunene ønsker seg et mest mulig ”rundt” vedtak, det vil si at tjenestebestillingen ikke er så detaljert definert. Det gir større spillerom for kommunene til å gjøre sine tilpasninger. Dette vedtaket gjelder vanligvis i tre måneder. Deretter kommer vanligvis helse- og velferdsetaten i kommunene inn og gjør en ny vurdering av tjenestebehovet.

Informantene i denne studien har ofte et noe ambivalent forhold til disse vedtakene. Oppfatningen er at det er vanskelig å slutte fra behov i en institusjonssammenheng til behov i en selvstendig bosituasjon. Med andre ord er det vanskelig å forutse hvilke behov den enkelte vil ha for oppfølging etter en overføring til selvstendig bolig. En informant formulerte det slik:

Det er vanskelig å forutse behovene. Ofte skjer det noe med personene i overgangen fra institusjon til

egen bolig. Da er det beste å lene seg litt tilbake og se situasjonen an og se hvilke ressurser den enkelte har.

I overgangen fra institusjon til selvstendig bolig kan behovene utvikle seg i flere retninger, skal vi tro informantene i denne studien. Noen hevder at den enkelte bringer med seg forventninger til oppfølging fra institusjonen som kommunene enten ikke kan eller ønsker å følge opp. Dette kan være forventninger til oppfølging på områder der den enkelte i hovedsak selv kan klare oppgaven, for eksempel knyttet til daglig hygiene, renhold av boligen eller matlaging. Dette kan være oppgaver som er tatt hånd om på institusjon og der dette forventes ivarettatt av kommunen, men der den enkelte i stor grad vil kunne klare disse oppgavene selv. I den grad dette sistnevnte forholdet er til stede, ønsker i mange tilfeller ikke kommunene å overta disse oppgavene, gitt at et overordnet mål for samtlige kommuner i dette arbeidet er størst mulig grad av selvstendighet og selvhjulpenhet.

I andre tilfeller kan den enkelte ved overføring til selvstendig bolig ha behov for flere, og kanskje andre tjenester, enn tilfellet var i tiden på institusjon. Dette kan ha sammenheng med endringer av de fysiske og institusjonelle rammene rundt den enkelte og at dette får betydning for funksjonsdyktigheten. Noen har behov for tett oppfølging i en overgangsfase. I de fleste tilfellene normaliserer dette seg igjen, og den enkeltes behov for oppfølgingstjenester legger seg på et lavere nivå etter flytting til en selvstendig bolig enn situasjonen var på institusjon. I andre tilfeller kan det gå den andre veien, at tjenestebehovet tiltar i en mer selvstendig bositasjon

Den enkeltes funksjonsnivå blir vurdert nøye ved dimensjonering og tilpasning av tjenestene, dette enten den enkelte bor i et bofellesskap eller i egen selvstendig bolig. Jo mer den enkelte selv klarer å utføre av praktiske oppgaver, jo oftere får personalet på botiltaket mer en supplerende rolle der de veileder og gir råd. De fleste av våre informanter gir uttrykk for en bevisst holdning til ikke å gi for mye tjenester, noe som hos noen som kan fungere som en sovepute i forhold til selvhjulpenhet. Hovedstrategien synes å være å aktivisere den enkelte mest mulig, i retning av selvhjulpenhet, men innenfor de grenser som den psykiske lidelsen setter.

Gitt at det ikke er nok boliger for personer med psykiske vansker, blir flere boende hjemme i egne selvstendige boliger. Tendensen er at vedtakene om tjenester for de hjemmeboende psykisk syke blir mer og mer omfattende.

5.2 Hva slags tjenester gis?

Når det gjelder hva slags tjenester de bosatte med psykiske vansker får i sine boliger, svarer halvparten av de tjenesteansvarlige som deltar i denne studien at mellom 75 prosent og 99 prosent får oppfølging fra psykiatrisk sykepleier. Dette synes å være den mest utbredte formen for oppfølging. Selv om det for mange kommuner vil være vanskelig å gi et anslag over antall personer som til en hver tid mottar hvilke tjenester, kan vi lese noen interessante tendenser ut fra tabell 5.1, som viser anslagsvis hvor høy andel av personer med psykiske vansker som følges opp med ulike tjenester, slik de tjenesteansvarlige i kommunene opplever det.

Tabell 5.1 *Hvor høy andel av personer med psykiske vansker bosatt av kommunene, følges anslagsvis opp med ulike tjenester, slik de tjenesteansvarlige i kommunene ser det. Alle tall i hele antall.*

	100 %	99-75%	50%	49-25%	24-0%
Heldøgns ettersyn (N:30)	0	0	0	5	25
Hjemmetjenester (N:31)	1	9	3	10	8
Oppfølging fra psykiatrisk sykepleier (N:31)	2	15	5	6	3
Sporadisk tilsyn dag/kveld (N:28)	1	3	3	6	15
Hjemmehjelp (N:31)	0	2	5	7	17

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Et flertall av kommunene, 25 av 30, svarer at opptil 24 prosent av personer med psykiske vansker bosatt i deres kommune, følges opp med heldøgns ettersyn, mens 5 kommuner svarer at dette gjelder mellom 25 og 49 prosent. Heldøgns ettersyn er en stor ressursmessig belastning for kommunene, men slik tallene fra

kommunene fremstår her, er det i 5 av 6 kommuner færre enn 24 prosent av de bosatte som følges opp så tett.

Da er behovet for oppfølging fra psykiatrisk sykepleier av større omfang. Over halvparten av informantene svarer at 3 av 4 eller flere har behov for oppfølging fra psykiatrisk sykepleier. Nå sier imidlertid ikke denne analysen noe om hvor omfattende denne oppfølgingen vil være. Noen kommuner kan for eksempel mer rutinemessig sette de fleste av de personene de bosetter i kontakt med eller under oppfølging av psykiatrisk sykepleier, for nettopp å sikre en faglig vurdering til grunn for det tjenestetilbudet som etableres.

Mye tyder imidlertid på at det blant de kommuner som har deltatt i denne studien, er en relativt tett oppfølging av personer med psykiske vansker, bosatt av kommunen. Dette kommer også til uttrykk ved at over halvparten av informantene svarer at det bare er opptil en av fire som får sporadisk tilsyn dag og kveld. Få svarer at dette gjelder over halvparten av de bosatte. Dette gir inntrykk av et relativt jevnlig tilsyn for de fleste av disse beboerne i våre utvalgskommuner.

Halvparten av kommunene svarer at opptil 24 prosent av de bosatte får hjemmehjelp. Kun 7 av 31 kommuner svarer at hver annen eller mer blant deres bosatte med psykiske vansker, får hjemmehjelp. Dette gir et inntrykk av at oppfølgingen først og fremst tar utgangspunkt i det helsefaglige, og at den praktiske bistanden kanskje mer selektiv fordeles på de bosatte.

De tjenesteanvarlige fikk også i surveyen spørsmål om å angi hvor mange timer med tjenester beboerne fikk innenfor ulike boformer. Dette er et vanskelig spørsmål å besvare og forutsetter at en har svært god oversikt over både beboere og tjenesteytingen.

Tendensene er allikevel interessante. Personer som er bosatt i spredte kommunale boliger i alminnelige borettslag og sameier får gjennomgående langt færre timer med tjenester enn beboere i samlokaliserte boliger. Mest oppfølging målt i antall timer får personer bosatt i bofellesskap med døgntjenester. Dette kan indikere at det er en klar sammenheng mellom boalternativ og behov for oppfølging. Jo mindre behov for tjenester, jo mer selvstendig boform velges. Interessant i så henseende er at det er en tendens til at beboere i såkalte psykiogeriatriske avdelinger, får færre tjenestetimer. Dette kan da kanskje ha sammenheng med at

denne gruppen får mer generell oppfølging, innenfor mer gitte definerte rammer.

De fleste av respondentene gir uttrykk for positive resultater av de tjenester kommunen yter i boligene til personer med psykiske vansker. Halvparten av de tjenesteansvarlige i kommunene som er med i studien, er av den oppfatning at tjenestene ofte har en rehabiliterende effekt på beboerne. Svært få hevder at denne sjelden er tilfelle. Samtidig er det interessant at i den grad tjenestetilbudet endres, er det først og fremst en økning i tjenestetilbudet som er aktuelt. Blant våre respondenter svarer ingen at de sjelden må øke tjenestetilbudet til personer med psykiske vansker, mens 5 av 25 svarer at de ofte må øke. Resten svarer at dette av og til er tilfellet.

Dette kan gi et inntrykk av tjenesteytingen i kommunene som rehabiliterende i mange tilfeller. De samme kommunene som svarer at tjenestene har en rehabiliterende effekt på beboerne, svarer også at de av og til, eller ofte, må øke tjenestetilbudet for personer med psykisk syke.

På den annen side svarer 4 av 26 kommuner at de sjelden reduserer tjenestetilbudet til personer med psykiske vansker, mens majoriteten, 20 av 26, svarer at de av og til reduserer.

Denne økningen i tjenestetilbudet til personer med psykiske vansker kan generelt være et symptom på at hjelpebehovet er økende eller med andre ord, at de personene kommunene får ansvaret for innenfor dette tjenesteområdet er blitt sykere. Dette harmonerer godt med inntrykk fra kommunene, der det poengteres at særlig gruppen med kombinasjonsvansker av rus og psykiatri er stor og i økende grad krevende.

Et symptom på det siste er også at de som bosettes med bakgrunn i psykiske vansker i kommunene, svært sjelden flytter ut av boligene igjen. Dette kommer klart frem i surveyene både til de boligansvarlige og de tjenesteansvarlige i kommunene.

5.3 Tjenesteoppfølging i forhold til ulike grupper

Personene som har blitt bosatt med utgangspunkt i Opptrappingsplanen og som kommunene har fått ansvar for å følge opp og betjene med tjenester er meget sammensatt. Det vil derfor både være store variasjoner med hensyn til hvilke tjenester som fungerer best i de mange ulike livssituasjonene kommunene her står overfor, samt i hvilken grad en lykkes i å rehabilitere. Vi har derfor i vår survey til de utvalgte kommunene bedt om tilbakemeldinger på hvordan tjenesteoppfølgingen fungerer for de ulike kategoriene med beboere.

Først er det viktig å gjenta at tjenestebehovene og livssituasjonen for personer med samme psykiske diagnose kan arte seg ytterst forskjellig. Det er derfor vanskelig å generalisere i denne drøftelsen. Vi skal allikevel forsøke å se på noen tendenser.

Vi har overfor sett at kommunene tilbyr heldøgns ettersyn til en mindre andel av brukerne av tjenestene rettet mot psykisk syke. Men overfor hvilke grupper fungerer denne formen for oppfølging best? Dette får vi et inntrykk av i tabell 5.2 som viser overfor hvilke grupper de tjenesteansvarlige i kommunene har best erfaring med ulike former for tjenesteoppfølging.

Tabell 5.2 *Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av hvilke former for tjenesteoppfølging som fungerer best i forhold til ulike grupper. Alle tall i hele tall.*

	Heldøgns ettersyn	Hjemme- tjenester	Oppfølging fra psykiatrisk sykepleier	Sporadisk tilsyn dag/kveld	Hjemme- hjelp	Annet
Personer m/ psykoser, schizofren eller likende (N:25)	10	3	7	0	0	5
Personer m/ADHD, autisme, asperger eller liknende (N:22)	1	5	9	2	0	5
Personer m/lettere psykiske vansker (N:23)	0	5	14	1	0	3
Personer m/komb. rus/psykiatri (N:22)	8	2	6	1	0	5

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Som vi ser av tabellen fungerer heldøgns ettersyn best i forhold til personer med diagnoser som psykoser, schizofreni eller likende. Hele 10 av de 25 kommunene som besvarer spørsmålet ser dette som det best fungerende tilbudet til personer i disse situasjonene. Mange kommuner har også positive erfaringer med oppfølging fra psykiatrisk sykepleier. 7 av de 25 kommunene svarer at dette fungerer best i forhold til denne gruppen. Bare 3 kommuner nevner hjemmetjenester i denne sammenhengen.¹⁰ Også i forhold til personer med rus i kombinasjon med psykiske vansker har kommunene best erfaringer med disse samme tjenestetiltakene. Her svarer til sammen 14 av de 22 kommunene at enten heldøgns ettersyn eller oppfølging fra psykiatrisk sykepleier er de tiltakene som fungerer best.

¹⁰ Her er det et tolkningsspørsmål hva kommunene som respondenter har lagt i begrepet "hjemmetjenester" kontra "oppfølging fra psykiatrisk sykepleier", i det oppfølging fra psykiatrisk sykepleier også kan tenkes gitt som hjemmetjeneste.

Når det gjelder personer med ADHD, autisme, asperger eller liknende, har kommunene som er med i studien erfaring med at oppfølging fra psykiatrisk sykepleier i mange tilfeller fungerer best. 9 av de 22 kommunene som besvarer surveyen viser til at denne formen for oppfølging fungerer best. Også i forhold til personer med lettere psykiske vansker er det oppfølging fra psykiatrisk sykepleier som skiller seg ut som det oppfølgingstiltaket som fungerer best, slik de utvalgte kommunene oppfatter det.

Det er imidlertid et viktig hensyn i tolkningen av disse tallene at det også vil være store variasjoner innenfor samme diagnosegruppe i forhold til både behov og hvilken oppfølging som fungerer best. Dette gir følgende kommentar fra en av surveykommunene uttrykk for:

Alle pasienter kartlegges og får individuelle vedtak ut ifra funksjonsnivå. Dette varierer veldig innen for samme pasient gruppe. En med en schizofreni diagnose kan fungere tilnærmet normalt fordi medisiner virker optimalt og behandlingen nytter, for en annen med samme diagnose er gjerne tilstanden helt annerledes.

Dette sitatet peker på at det er vanskelig å klassifisere egnet behandling ut fra diagnose alene. Det handler om mennesker, og reaksjonsmønstre og behov, sykdomsbilder og lindring er forskjellig avhengig av en rekke faktorer, medisiner, omgivelser, sosiale og kulturelle faktorer. Det er derfor vanskelig for de tjenesteansvarlige i kommunene å vite med sikkerhet hva som vil være den beste oppfølgingen, selv om en kjenner til diagnoser. Ut fra erfaringskunnskap, må en bli kjent med den enkelte beboer og være åpne for å lage et individuelt tilpasset opplegg for den enkelte.

I svært mange tilfeller vil det også være et stort behov for tverrfaglighet, og som vi vil se i neste kapittel representerer dette langt på vei en ny strategi i arbeidet med psykisk vanskeligstilte i kommunene. Dette leser vi også ut fra følgende sitat hentet fra surveyen til kommunenes tjenesteansvarlige, når de skulle skissere den oppfølgingen som fungerer best i forhold til ulike grupper.

Det er behov for stor grad av tverrfaglig arbeid rundt personer med ADHD etc. Dette gjelder også de andre kategoriene.

Dette handler også i stor grad om effektene av den oppfølgingen en gir. Og i forhold til kommunenes omfattende tjenestetilbud til personer med psykiske vansker, er det en målsetting at den enkelte ikke bare skal ha et godt liv, men ha evnen til å ta kontroll over eget liv gjennom blant annet rehabilitering i forhold til de psykiske vanskene. Men i hvilken grad oppnår kommunene positive rehabiliterende effekter av sitt arbeid? Dette får vi et inntrykk av i tabell 5.3. Den er basert på data fra vår kommunesurvey og viser kommunenes erfaring med å oppnå positive rehabiliterende effekter fordelt på ulike grupper med psykisk vanskelighetstilte.

Tabell 5.3 *Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av i hvilken grad en oppnår positive rehabiliterende effekter i forhold til ulike grupper. Alle tall i hele tall.*

	I meget stor grad	I stor grad	Både og	I mindre grad	I meget liten grad	Annet
Personer m/psykoser, schizofreni eller likende (N:24)	1	8	13	2	0	1
Personer m/ADHD, autisme, asperger eller liknende (N:23)	1	4	13	4	0	1
Personer m/lettere psykiske vansker (N:24)	3	15	6	0	0	1
Personer m/komb. rus/psykiatri (N:24)	0	2	11	8	2	1

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Som vi ser av tabellen oppnår kommunene først og fremst rehabiliterende effekter i forhold til personer med lettere psykiske vansker. Her svarer 18 av 24 tjenesteansvarlige i kommunene at de enten i meget stor grad eller stor grad oppnår positive rehabiliterende effekter. Også for personer med psykoser

schizofreni eller liknende ser det ut til at mange kommuner har positive erfaringer når det kommer til rehabilitering. Selv om en ofte kan møte store utfordringer i forhold til å bosette denne gruppen i en selvstendig bosituasjon, svarer hele 9 av 24 kommuner at de rehabiliterende effektene er store for denne gruppe. 13 av 24 svarer her ”både og”. Bare 2 av 24 svarer at de i mindre grad oppnår positive effekter hva angår rehabilitering for denne gruppen.

For gruppen med ADHD, autisme, asperger eller liknende ser det ut til at mulighetene for å oppnå positive rehabiliterende effekter er noe mer begrenset. Selv om 5 av de 23 kommunene gir uttrykk for gode effekter også for denne gruppen, svarer 13 her ”både og” på dette spørsmålet. 4 kommuner svarer at de i liten grad oppnår positive effekter for denne gruppen.

Den gruppen som ser ut til å utgjøre den største utfordringen i forhold til å oppnå positive rehabiliterende effekter, er gruppen med kombinerte vansker rus og psykiatri. Her svarer 10 av 24 kommuner at de enten i liten grad eller i meget liten grad oppnår dette for denne gruppen, mens bare 2 av 24 svarer i høy grad her. 11 av 24 svarer her ”både og”. Dette bekrefter det som kommer frem i intervjuene i casekommunene, at personer med en kombinasjon av rus og psykiatri er blant de største utfordringene innenfor tjenesteoppfølging og psykisk helsearbeid.

5.4 Utfordringer

Generelt er både bosetting og tjenesteoppfølging for personer som kommer rett fra institusjon en utfordring i mange tilfeller for kommunene. Også de tjenesteansvarlige føler sterkt på at kommunene opererer under andre rammebetingelser enn institusjoner og at det er noe vesensforskjellig i det å gi tjenester og oppfølging på institusjon kontra det å følge opp personer som er bosatt i egne private boliger. Ved at en institusjon kan benytte tvang, kan de nå fysisk frem til pasienten, ved å låse seg inn gjennom eventuelt låste dører. De kan sette makt bak ulike behandlingsopplegg. For kommunene er virkeligheten en annen. De har ikke muligheten til å tvang eller makt bak sitt oppfølgingsregime. De må fullt og helt basere seg på frivillighet. Dette var noe av selve det ideologiske fundamentet til grunn for

Opptrappingsplanen, at en skulle redusere bruk av tvang overfor personer med psykiske vansker. Allikevel er det noen kommuner som viser til at det er vanskelig og nå frem til personer med tilstrekkelige tjenester, uten å kunne bruke tvang. Dette gjelder også i forhold til i det hele tatt å slippe til med tjenester og oppfølging. Så lenge vi snakker om den enkeltes egne private bolig, kan kommunen ikke uten videre ta seg inn i boligen for å gi tjenester. Den enkelte kan etter eget skjønn, avstenge seg fra omverdenen og nekte å ta i mot tjenester. Dette kan begrense mulighetene for å rehabilitere i en desentralisert og privatisert boløsning som det kommunale botilbudet baserer seg på, samtidig som det å bo selvstendig kan være rehabiliterende i seg selv.

En informant sier det slik:

Mange bosettes rett fra institusjon. De [institusjonen, *forfatters anmke*] kan bruke tvang, ikke vi, på tross av at mange har behov for oppfølging 24 timer i døgnet. Det er en utfordring å gi dette i egne leiligheter.

Gitt at mange av de som bor i bofellesskap har lengre opphold på institusjon bak seg, sier det seg selv at en del av disse også begynner å komme opp i en høy alder. Dette medfører for de fleste, sviktende helse. I noen tilfeller melder informanter i kommunene at somatikken etter hvert overtar for det psykiske helsearbeidet. Overgangen til pleie er imidlertid en stor utfordring, slik flere informanter ser det. Dette krever en helt annen kompetanse. Den enkelte er fortsatt psykisk syk og har behov for en stabil enhet, men har behov for tjenester som går utover det som tilbys innenfor det psykiske helsevernet. Også rent fysisk byr overgangen til større innslag av somatiske helsetjenester på utfordringer, i det boligene i en del tilfeller ikke har universell utforming med plass for nødvendige hjelpemidler etc.

Også selve boformen kan generere nye behov og tilstander som fordrer oppfølging. I flere av casekommunene hadde informantene erfart at tilstanden for enkelte kunne bli forverret ved å bo tett sammen med andre personer, som også fikk oppfølging for psykiske vansker. Dette gjelder særlig i de tilfellene det er snakk om personlighetsforstyrrelser.

Noen blir for eksempel veldig fokusert på hva de andre beboerne i bofellesskapet får av tjenester og oppmerksomhet, og sammen-

likner dette med egen situasjon. Dette oppleves som vanskelig av mange innenfor det kommunale tjenesteapparatet. Dette er situasjoner som det er vanskelig å forebygge eller bearbeid innenfor tjenesteapparatet. Noen viser til nærmest manipulasjon fra beboernes side i forhold til å oppnå tjenester. Dette kan by på store utfordringer for personalet, i form av mistenkeliggjøring, utilpasshet med videre. Dette får noen av våre informanter til å stille spørsmål ved om dette er en egnet boform for alle. En av våre informanter sier det slik:

Ikke alle er egnet til å bo i fellesskap. Det skal jo være en hjelp til selvhjelp, men noen blir mer hjelpetrengende i bofellesskapet enn de ville vært om de bodde hjemme hos seg selv. De ser hva naboen får og manipulerer de ansatte.

Dette er grunnlaget for at noen av våre informanter er av den oppfatning at noen personer egner seg bedre til å bo i eget hjem enn i bofellesskap. Særlig personer med tunge personlighetsforstyrrelser kan fungere bedre i egen selvstendig bolig enn i et bofellesskap eller en samlokalisert bolig.

En av informantene sier det slik:

Noen blir mer hjelpetrengende i bofellesskap. Noen driver med manipulasjon. De ser hva naboen får. Mange av disse har vært i institusjon og tar erfaringene derfra med seg over i bofellesskapet.

Samme informant sier videre:

Personer med tunge personlighetsforstyrrelser egner seg bedre til å bo hjemme. Der vil de kunne fungere bedre.

Utfordringene går imidlertid ikke bare på den enkeltes tjenestebehov, men også på organiseringen av, og rutiner innenfor, det kommunale tjenesteapparatet. En informant nevner taushetsplikten som en barriere i forhold til å få til et godt samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Ulike instanser kan ikke gi relevant informasjon videre innenfor det kommunale systemet, hvilket vil kunne være til hinder for effektiv og god oppfølging. Dette ville i noen tilfeller ha lettet samordningen mellom tjenester i kommunene, noe som har høy prioritet flere steder.

I surveyen til de tjenesteansvarlige i kommunene gir mange av respondentene uttrykk for mer spesifikke utfordrende sider ved tjenesteytringen. Mest utbredt blant disse tilbakemeldingene er de mange komplekse diagnosene. Hele 20 av 25 svarer at dette er meget utbredt som utfordring i forhold til å gi tjenester i hjemmet for personer med psykiske vansker.

En annen utbredt utfordring er dessuten store hjelpebehov. Det fleste av de tjenesteansvarlige som har besvart denne studien, gir uttrykk for at dette er meget utbredt som utfordring i forhold til å gi tjenester i hjemmet til personer med psykiske vansker. Store hjelpebehov vil også kunne henge sammen med komplekse diagnoser, i det det er rimelig å anta at dette vil øke hjelpebehovene.

I noen grad ser de ansvarlige for tjenesteytingen også en utfordring i det faktum at den enkelte har bodd lenge på institusjon og blitt vant til tett oppfølging. Dette støttes også av inntrykk fra casestudiene, hvor mange informanter i kommunene opplever at personer med lang tid bak seg på institusjon, har en annen holdning til oppfølging enn personer uten bakgrunn fra institusjon. Dette kan gå på både enkle praktiske forhold, men også gi seg utslag i behovet for medisinsk oppfølging.

De aller fleste av kommunene i surveyen gir klart uttrykk for, i kommentarer, at det er gruppen med dobbeltdiagnoser rus og psykiske vansker som gir kommunene de største utfordringene med å gi tilpassede tjenester. Som en av respondentene skriver i en kommentar:

I vår kommune vil jeg si at psykisk lidelse i kombinasjon med andre livsproblemer som alvorlige rusproblemer eller annen alvorlig funksjonshemning setter hjelpeapparatet på store utfordringer. Dette kan innebære at brukerne har ulike former for utageringsproblematikk samt liten evne til å klare seg selv på egenhånd. Det å gi tilpassede tjenester i slike situasjoner er krevende selv om det ikke dreier seg om noe stort antall personer i denne kategorien.

Med rusproblemet vil ofte følge andre utfordrende situasjoner som utagerende atferd og begrensninger i mulighetene for å ta vare på

seg selv. Dette påvirker ikke bare livssituasjonen for den enkelte, men også for det fellesskap den enkelte er en del av.

Et relevant spørsmål her er i hvilken grad de personene som skal bosettes, for eksempel fra psykiatriske sykehus eller andre, er så vidt rehabilitert at de mestrer et selvstendig boforhold? Dette er nettopp aktuelt i forhold til personer med kombinasjonsvansker rus og psykiatri. Flere informanter hevder at i noen tilfeller kan spesialisthelsetjenesten foreskrive personer til bosetting med så omfattende rusproblematikken at de ikke er tilgjengelige for tjenester i boligen uten behandling. Dermed blir det også vanskelig å få boforholdet til å fungere. Personer med alvorlige rusproblemer i sin alminnelighet er vanskeligere å nå med ordinære oppfølgings-tjenester og tiltak i hjemmet, enten de gjøre seg fysisk utilgjengelig eller de er uforholdmessig ressurskrevende. Evalueringen av storbysatsingen i psykisk helse viser også at det er lettere å nå de som har en fast bolig og at det med det er lettere å få hjelpe-apparatet til å ta ansvar (Myrvold, Helgesen og Knudtzon 2009).

I mange tilfeller vil også personalet vegre seg for å gå inn i slike situasjoner, da de kan oppleves både krevende og til dels truende. Noen gir også uttrykk for at kombinerte vansker der rus er involvert er en stor utfordring tjenestemessig også på lengre sikt, særlig der tjenestemottakeren velger å avstå fra å motta tjenester i perioder, velger å flytte eller på annen måte avbryte eller forandre på et behandlingsopplegg. Som en av respondentene i surveyen til tjenesteansvarlig sier det slik:

Personalet vil ofte kvie seg for å arbeide langsiktig overfor disse personene. Man bør nok ha noen små bofellesskap for 3-4 personer for å lykkes med oppgaven og det er også mangelvare.

I møte med slike utfordringer, gir flere informanter uttrykk for at fraværet av tvangsmidler kan gi en avmaktsfølelse.

Flere av casekommunene opplever særlige utfordringer i forhold til å følge opp personer som selv ikke helt mestrer et selvstendig boforhold. Noen ganger vil dette være personer med tynge rusproblemer i tillegg til de mer psykiatriske vanskene, mens andre ganger har det utgangspunkt i den enkeltes psykiske helsetilstand alene. En del har også en adferd som kan være vanskelig å forene

med å bo i vanlige boområder. Disse kan det være vanskelig å finne et godt tilbud for. Som en informant sier det:

Vi har en del personer med så liten boevne at de bør bo utenfor allfarvei. Folk som knuser inventar, truer de ansatte og naboer. Vi mangler et tilbud til denne gruppen. Et botilbud som ikke stiller noen krav.

Erfaringene som kommer til uttrykk blant våre informanter er imidlertid gjennomgående at de fleste langt på vei respekterer situasjonen for både de ansatte og de andre beboerne. En informant hevder i dette henseende at en nattevakts rolle handler ”85 prosent om avvenning og 15 prosent om tilvenning”, i betydningen av at beboere som har hatt en fortid på institusjon i stor grad må avvennes over tid å ha personale og hjelp tilgjengelig hele tiden, samt tilvennes å bo og klare seg på selvstendig grunnlag.

Fremmedkulturelle ser ut til å utgjøre en økende andel av personer som er mottakere av helsetjenester for psykiske vansker blant de kommunene som er med i denne studien. Denne gruppen stiller kommunenes helsetjenester på en del utfordringer, både knyttet til selve tjenesten og ikke minst både språklig og kulturell kompetanse. Mange kommunene oppgir for eksempel at de ikke har tilstrekkelig tilgang til tolketjenester.

Flere innenfor de kommunale tjenestene for psykisk helse hevder at det i forhold til denne gruppen av og til kan være vanskelig å vite hva som er lidelsen og hva som er oppfølgingsbehovet. Dette kan både handle om kultur og språk, men kan også handle om mer praktiske forhold som i kombinasjon med for eksempel posttraumatiske vansker gir et behov for tjenester.

Avslutningsvis her skal også nevnes at de kommunale tjenestene først og fremst henvender seg til de grunnleggende praktiske og helsefaglige behovene den enkelte har. De sosiale behovene følges i mindre grad opp innenfor det psykiske helsevernet. Allikevel ser mange av informantene sysselsetting på dagtid som en stor utfordring som ikke er løst og at sosiale aktiviteter i for liten grad trekkes inn som aktive verktøy i rehabiliteringen av psykisk syke. Dette kan både være deltakelse i arbeidslivet eller fritidsaktiviteter i retning av kultur eller idrett. Slik sysselsetting er viktig av mange grunner. Informanter nevner spesielt hensynet til å ha en meningsfull hverdag der en har noe å gå til utenfor hjemmet.

Mange blir sittende hjemme hele dager og uker uten å ha noen aktiviteter å gå til. Dette isolerer også sosialt. Dette forsterkes ytterligere ved at mange av beboerne har begrenset sosial kontakt med andre i utgangspunktet.

Noen kommuner har imidlertid ulike tiltak basert på kunst og kulturaktiviteter tilpasset personer med psykiske vansker. Deltakelse kan imidlertid være en barriere og flere av våre informanter hevder at det å delta i aktiviteter krever et initiativ mange beboere ikke har. Som en av informantene hevder:

Kommunen har et lavterskeltreffsted, hvor folk kan gå. Men det krever initiativ og det er det mange som ikke har.

Det å aktivisere eller motivere for å delta i aktiviteter utenfor hjemmet er en tung oppgave for oppfølgingstjenesten, som i noen grad også faller utenfor deres mandat.

5.5 Tjenesteoppfølging som del av bosettingsarbeidet, oppsummerende kommentarer

Overgangen fra institusjon til selvstendig bosetting går, som vi har drøftet i dette kapitlet, i stor grad veien om en god tjenestetilpasning. Uten en velfungerende oppfølging, vil det være vanskelig for mange å bo selvstendig, uansett boform. Samtidig har vi i dette kapitlet sett at også boformen kan generere behov, men da andre behov enn de den enkelte hadde når vedkommende eventuelt bodde på institusjon. Dette gjør det både vanskelig å forutse de behov som vil kunne oppstå i en selvstendig bosituasjon, samtidig som boformen ikke kan ses isolert fra tjenestesituasjonen.

Særlig har vi sett at det i bofellesskap kan genereres behov som har med selve boformen å gjøre og som i noen tilfeller kan gjøre oppfølgingen mer krevende enn den ville vært under andre, mer selvstendige, boformer. Dette innebærer uforutsigbarhet i forhold til hva som er det beste boalternativet, samtidig som det viser at det kan være behov for stor fleksibilitet både hva angår boformer og tjenestetilbud i kommunene.

Alle mennesker har sine individuelle behov og funksjonsmåter, og at det å tilpasse for psykisk sykdom kan være langt mer uforutsigbart enn å tilrettelegge for somatisk sykdom. I den grad dette har sammenheng med et tidligere institusjonsopphold, vil dette kanskje endre seg etter hvert som nye generasjoner kommer inn under det psykiske helsearbeidet, som ikke har erfaringer fra institusjon. Dette viser også at det ikke er sikkert at alternativet til institusjon er bofellesskap. Det kan være at det kan være en helt annerledes boform, basert på langt større grad av selvstendighet.

Alle situasjoner og sykdomsbilder lar seg uansett ikke følges opp like godt. Mange tjenesteansvarlige opplever store begrensninger i rammebetingelsene for den kommunale oppfølgingen versus de oppfølgingsmuligheter en institusjon hadde. Først og fremst ligger dette i den frivilligheten som er fundamentet for kommunenes oppfølging. Selv om de færreste motsetter seg kommunenes opplegg er det noen som gjør det, og dette er ofte de som har størst behov for tjenestene.

Dette vil kunne forsinke og vanskeliggjøre den rehabiliterende effekten som en mer selvstendig bosetting er ment å ha. Dermed står en overfor personer en ikke når frem til, uansett kapasitet og kompetanse i kommunene.

En særlig krevende gruppe å følge opp har vist seg å være personer med rus og psykiatri i kombinasjon. Dette er både en av de gruppene der det er størst behov for heldøgns oppfølging, men som en samtidig i minst grad oppnår positive rehabiliterende effekter for. Dette vil være en særlig ressurskrevende gruppe for kommunene å håndtere. Spørsmålet er hvilken kapasitet og kompetanse kommunene har til å følge opp denne og andre grupper av psykisk syke? Det er tema for neste kapittel.

6 Kapasitet og kompetanse innenfor kommunenes arbeid med psykisk helse

I møte med de store utfordringene særlig knyttet til tjenesteoppfølgingen av personer med psykiske vansker, har kommunene både et kapasitetsbehov i sin alminnelighet og et kompetansebehov. I dette kapitlet vil vi derfor diskutere både kapasitetsutfordringene og kompetansesituasjonen i kommunene, slik de selv opplever det. Dette vil bli drøftet både slik de bosettingsansvarlige ser det og slik de tjenesteansvarlige i kommunen ser det. Vi innleder med en kort oversikt over kapasitetssituasjonen i kommunene hva gjelder tilgang til boliger samt tjenestetilgang.

6.1 Kapasitetssituasjonen i kommunene med hensyn til bolig og tjenester

Kapasitetssituasjonen i kommunene med hensyn til bolig handler både om at noen kommuner har tilgang til for få boliger, men også at de ikke opplever å ha boliger som egner seg for de med de største omsorgsbehovene. Noen personer har vansker av en slik karakter og omfang at mange kommuner finner bofellesskap lite egnet. For noen av disse nevnes det at bolig litt i avstand fra naboer kunne vært en mulighet. Slike boliger er imidlertid vanskelig å oppdrive.

Enn så lenge har de fleste av casekommunene fulgt en strategi med å bygge ut boligkapasiteten ved å tilegne seg stadig flere boliger, først og fremst ved å bygge boliger. Dette for å imøtekomme et stort behov for boliger fra personer, både fra institusjon, men også med annen bakgrunn. Særlig de større bykommunene synes å ha et

bredt botilbud, og dermed flere muligheter for å få til en god tilpasning til behovene, sammenliknet med mange mindre kommuner, der tilbudet ofte er smalere.

For noen grupper har imidlertid kommunene gjennomgående stadig et begrenset tilbud. Først og fremst er dette for personer som med sin atferd, sin psykiske lidelse eller sitt rusproblem, ikke kan nyttiggjøre seg å bo på vanlig måte. Noen har en sterkt utagerende atferd, til skade på boligen og sjenanse for naboer og andre med beboere. Disse er vanskelig å plassere i bofellesskap med andre, da de kan spre frykt og uro. Noen kan være voldelige, mens andre har et så stort rusproblem i tillegg til sitt psykiske problem at de har behov for tett oppfølging for å ha utbytte av et selvstendig boforhold. For disse gruppene synes det stadig å være et behov for et botilbud, men det uten at kommunene helt har funnet frem til de gode løsningsmodellene for disse gruppene, gitt de rammebetingelsene kommunene arbeider under. Slik mange informanter i casekommunene opplever det, har mange av disse behov for nær sagt døgkontinuerlig oppfølging. Mange kommuner mener også at det er behov for bruk av tvang for å få den enkelte til å samarbeide. Dette kan synes dramatisk, og bryter med noe av de idémessige forutsetningene for Opptrappingsplanen, hvor en nettopp ønsket å redusere bruken av tvang overfor personer med psykiske vansker. Noen kommuner mener imidlertid at dette vanskeliggjør betydelig det kommunale bosettings- og tjenestearbeidet med de mest utagerende og krevende beboergruppene.

På spørsmål om i hvor stor grad kapasiteten innenfor ulike boformer er tilstrekkelig i forhold til å dekke behovet for personer med psykiske vansker, svarer 8 av 15 at det i liten grad er dekket når det kommer til spredte kommunale boliger i alminnelige borettslag eller sameier. Bare en av de 15 kommunene som er med i denne surveyen svarer at de i høy grad har tilstrekkelig med slike spredte kommunale boliger for personer med psykiske vansker. Også når det gjelder rehabiliteringsboliger for psykiatri, inkludert rusproblematikk, svarer de fleste at kapasiteten i liten grad er dekket i forhold til behovet. Selv om tallmaterialet er lite, er det interessant at bare 1 av de 12 kommunene som har svart på dette, gir uttrykk for at kapasiteten i høy grad dekker behovet.

Selv om tallgrunnlaget her er begrenset, viser analysen at når det gjelder de ulike formene for bofellesskap, enten dette gjelder med døgn- eller dagtjenester, at kapasiteten i liten grad dekker behovet. Igjen må vi imidlertid ta høyde for at utvalget er lite. Det er imidlertid interessant at det for eksempel i forhold til bofellesskap med døgn-tjenester er 6 av 16 kommuner som svarer at deres kapasitet i liten grad dekker behovet for personer med psykiske vansker. Dette avdekker at det stadig er et behov for å bygge ut boliger med omfattende, døgnbaserte tjenester. Samtidig er det et behov også for flere boliger til personer som kan bo relativt selvstendig, slik tilfellet er med de som er bosatt i de spredte boligene i alminnelige borettslag.

Når det gjelder hvilke grupper kommunen har behov for bolig til, svarer et flertall, 11 av 16, at det er et stort behov for flere boliger til personer med en kombinasjon av psykiatri og rus, mens 5 av 16 svarer at det er et moderat behov for flere boliger til denne gruppen. Dette avdekker at så langt denne studien kan sies å rekke, er det et stort behov for flere boliger til denne gruppen. Det er ingen andre grupper hvor behovet for flere boliger poengteres så sterkt.

Det er allikevel relativt mange av våre kommunale respondenter i surveyen, 7 av 17, som svarer at også blant personer med diagnoser som psykoser, schizofreni og likende er det et stort behov for flere boliger. Ytterligere 7 av 17 svarer at det er et moderat behov for flere boliger til denne gruppe. For personer med diagnoser som ADHD, autisme, asperger eller liknende svarer 5 av 17 at det er et stort behov for flere boliger, mens bare 1 av 17 svarer at det er et stort behov for flere boliger til personer med lettere psykiske vansker. Denne siste gruppen finner i hovedsak sine boliger innenfor det ordinære boligmarkedet.

I tiden etter Opptrappingsplanen for psykiske helse synes casekommunene så langt imidlertid å ha gitt høy prioritet til å bygge ut botilbudet til personer med psykiske vansker, uten en tilsvarende vekst i antall stillinger. Dette skaper en ubalanse, med et tilhørende press på hjemmetjenestene. En av casekommunene oppgir for eksempel at hver ansatt er primærkontakt for 20 personer. Mange beboere har behov for et stort antall tjenester. I sum innebærer dette at en mengde aktiviteter skal koordineres.

Ser vi på kapasitetssituasjonen innenfor tjenesteapparatet, slik dette kommer til uttrykk i surveyen ser vi av tabell 6.1. at denne er meget sammensatt. Innenfor noen fagfelt kan kommunene være godt dekket opp, mens det innenfor andre områder vil være store begrensninger. I tabell 6.1. nedenfor viser vi de kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av i hvor stor grad kapasiteten innenfor ulike tjenester i kommunen er tilstrekkelig i forhold til å dekke behovet for personer med psykiske vansker. Alle tall er hentet fra NIBRs survey til kommunene 2011.

Tabell 6.1 *Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av i hvor stor grad kapasiteten innenfor ulike tjenester i kommunen er tilstrekkelig i forhold til å dekke behovet for personer med psykiske vansker. Alle tall i hele tall.*

	I meget stor grad	I stor grad	Både og	I mindre grad	I meget liten grad	Vet ikke/ikke relevant
Heldøgns omsorg (N:25)	2	3	8	4	6	2
Hjemmetjenester (N:25)	0	4	13	5	2	0
Oppfølging fra psykiatrisk sykepleier (N:25)	2	7	14	1	1	0
Sporadisk tilsyn dag/kveld (N:25)	1	4	10	4	6	0
Hjemmehjelp (N:25)	1	6	12	3	2	1
Annet (N:25)	1	0	0	0	0	8

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Som tabellen viser, gir mange kommuner uttrykk for kapasitetsproblemer innenfor flere av disse tjenesteområdene. Når det gjelder evnen til å yte heldøgns omsorg svarer 10 av 25 at de i mindre grad har tilstrekkelig kapasitet til å dekke behovet for personer med psykiske vansker. Bare 5 av 25 svarer at de i stor grad har kapasitet til dette. Gitt at kommunene har heldøgns omsorg for opptil rundt en av fire av de personene med psykiske vansker som de bosetter, synes det å være et kapasitetsproblem knyttet til dette nivået på tjenesteyting.

Heller ikke innenfor hjemmetjenester synes kapasiteten å være tilstrekkelig til å dekke behovet. Mens 7 av 25 svarer at kapasiteten i mindre grad er dekket, svarer 4 at den i stor grad er dekket. Det fleste, 13 av 25, svarer at dette ”både og” er tilfelle.

Kapasiteten synes da å være bedre når det gjelder oppfølging fra psykiatrisk sykepleier. 9 av 25 kommuner svarer at de i stor grad er dekket opp kapasitetsmessig i forhold til behovet, mens bare 2 av 25 svarer at de i mindre grad er dekket opp kapasitetsmessig.

Kapasitet til å foreta sporadiske tilsyn dag eller kveld står det dårligere til med i kommunene som er med i denne surveyen. 10 av 25 kommuner svarer at de i mindre grad har dekket kapasiteten til dette arbeidet, mens bare 4 svarer at de i stor grad har kapasitet til dette. De fleste svarer her ”både og”.

Da er kapasiteten for hjemmehjelpstjenesten noe bedre. Her svarer 7 av 25 at de i høy grad er dekket kapasitetsmessig. Igjen svarer de fleste ”både og” i forhold til å ha tilstrekkelig kapasitet til å møte behovene fra disse brukerne.

Dette innebærer at mange av kommunene gir uttrykk for visse kapasitetsproblemer innenfor ulike deler av tjenestevirksomheten overfor personer med psykiske vansker. Særlig gjelder dette i forhold til mulighetene for å gi heldøgns omsorg, i de tilfellene dette er påkrevd. Men også i forhold til hjemmetjenester generelt ser dette ut til å være et problem i noen kommuner. Utfordringene omfatter ikke bare den tette oppfølgingen, men også det mer sporadiske tilsynet i hjemmet, dag som natt. Dette kan både være kvalifisert helsebistand, men også mer praktisk bistand.

En annen sak er hvordan kapasitetsproblemene slår ut i forhold til å dekke behovene for personer med ulike vansker. Vi har derfor spurt tjenesteansvarlige i kommunene hvor store udekkede behov for tjenester det er i forhold til ulike grupperinger med tjenestebehov. Dette ser vi i tabell 6.2. nedenfor.

Tabell 6.2 *Kommunalt tjenesteansvarliges vurdering av i hvilken grad kommunen har et udekket behov for tjenester i forhold til ulike grupper med personer med psykiske vansker. Alle tall i hele tall.*

	Stort udekket behov	Moderat udekket behov	Ikke udekket behov	Vet ikke/ikke relevant
Personer m/ psykoser, schizofreni eller likende (N:22)	2	19	1	0
Personer m/ADHD, autisme, asperger eller liknende (N:23)	5	12	2	4
Personer m/lettere psykiske vansker (N:23)	0	14	9	0
Personer m/komb. rus/psykiatri (N:22)	12	10	0	0

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Som vi ser av tabellen anser de tjenesteansvarlige i kommunene tjenestebehovet i hovedsak som moderat udekket både for personer med psykoser, schizofreni eller liknende, personer med ADHD, autisme, asperger eller likende samt personer med lettere psykiske vansker. For personer med kombinerte vansker med rus og psykiatri oppgir imidlertid 12 av 22 at det er et stort udekket behov for tjeneste, mens 10 av 22 svarer at behovet er moderat udekket. Dette støtter funn ovenfor, som viste at denne gruppen representerer en særlig utfordring for kommunene i dette arbeidet.

For personer med lettere psykiske vansker ser det ut tjenstedekningen er bedre, i det ingen av respondentene i denne studien svarer at det er et stort udekket behov for tjenester. 9 av 23 kommuner svarer at det ikke eksisterer noe udekket behov for denne gruppen.

6.2 Kapasitet innenfor ulike kompetansefelt

I sin oppfølging av psykisk syke er kommunene avhengig av et helt sett av ulik kompetanse. Spørsmålet her er innenfor hvilke kompetanseområder opplever kommunene begrensninger og hvor

opplever en seg godt dekket opp? Innledningsvis er det interessant at blant kommunene som har besvart de to surveyene svarer 7 av 19 blant de boligansvarlige at de i høy grad har tilstrekkelig kompetanse i forhold til å løse utfordringene knyttet til bosetting av personer med psykiske vansker. 8 av de 19 kommunene svarer ”både og”. Samtidig svarer 2 av de 19 svarer at dette gjelder i liten grad. Dette gir et inntrykk av at den lokale kompetansen i dette arbeidet et stykke på vei er dekket opp, slik de boligansvarlige i kommunene opplever det.

Dette går også igjen blant de tjenesteansvarlige i kommunene. Her svarer 11 av 23 ”både og” på spørsmålet om i hvilken grad kommunene har tilstrekkelig kompetanse i forhold til å gi tilpassede tjenester i hjemmet til personer med psykiske vansker. 10 av de 23 svarer at kommunen i høy grad har denne kompetansen, mens 2 av de 23 svarer at dette gjelder i liten grad.

I den grad kommunene opplever at egen kompetanse på dette området er begrenset i forhold til å møte utfordringene både når det gjelder bosetting av og tjenesteyting overfor personer med psykiske vansker, er et viktig spørsmål innenfor hvilke kompetanseområder kommunene opplever begrensninger. I surveyen stilte vi derfor også spørsmålet om i hvilken grad kommunene anså sitt kompetansebehov dekket innenfor et utvalg av kompetanseområder. Tabell 6.3.nedenfor viser svarfordelingen blant de tjenesteansvarlig i kommunene.

Tabell 6.3 *Vurdering blant de tjenesteansvarlige i kommunene av dekingen av ulike kompetansefelt i forhold til det å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker. Spørsmålet var: I hvilken grad anser kommunen seg dekket innenfor følgende kompetansefelt, i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker. Sett kryss.*

Alle tall er absolutte.

	I meget høy grad dekket	I høy grad dekket	Både og	I liten grad dekket	I meget liten grad dekket	Vet ikke/Ikke relevant
Sykepleie(N:20)	1	7	10	1	0	1
Sykepleiere med spesialutdanning psykiatri(N:23)	3	9	9	2	0	0
Legefaglig(N:23)	1	8	8	3	2	1
Ergoterapeut(N:23)	0	5	7	3	7	1
Fysioterapeut(N:23)	1	4	8	5	4	1
Miljøarbeidere(N:23)	1	11	8	2	1	0
Sosionom-kompetanse(N:23)	1	7	9	4	2	0
Rusfaglig kompetanse(N:23)	1	4	12	4	2	0
Kompetanse på diagnoser som psykopati, schizofreni og liknende(N:23)	1	10	10	2	0	0
Kompetanse på diagnoser som ADHD, autisme, Asperger og liknende(N:23)	1	2	10	6	1	3

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Blant de ansvarlige for tjenesteyting til personer med psykiske vansker i dette begrensede utvalget av kommuner er det som vi ser av tabellen, en del variasjoner i hvilken grad de anser seg dekket innenfor ulike kompetansefelt. I forhold til sykepleiekompetanse, anser 8 av 20 seg enten i meget høy eller i høy grad dekket, mens 10 svarer ”både og”. En av de 20 kommunene som har besvart dette spørsmålet mener at de i liten grad har dekket dette kompetanseområdet. Dette er interessant gitt at sykepleiekompetanse må antas å være et svært sentralt kompetanseområde i forhold til tjenesteyting rettet mot personer med psykiske vansker.

Ser vi på svarfordelingen på kompetanseområdet sykepleie med spesialutdanning psykiatri spiller denne i stor grad fordelingen på området sykepleiekompetanse. 12 av 23 svarer at de i enten meget høy grad eller i høy grad har dekket denne kompetansen i egen kommune, mens 9 av 23 svarer ”både og”. 2 av de 23 kommunene svarer at de i liten grad har dekket opp dette kompetansefeltet.

På det legefaglige kompetanseområdet er situasjonen noe annerledes. Her svarer 9 av de 23 kommunene at de i meget høy eller høy grad har dekket dette fagområdet, mens 5 av 23 svarer at de i liten grad eller i meget liten grad er dekket her. 8 av 23 svarer her ”både og”. Selv om datagrunnlaget her er begrenset, kan dette indikere at det er behov for å styrke kommunenes legefaglige kompetanse i dette arbeidet. Dette støttes også av vurderinger gjort av flere informanter i casekommunene. Der kommer det til uttrykk at det eksisterer et visst behov for større tilgang til legefaglig kompetanse i forhold til å behandle den enkelte beboer, for slik å sikre den best mulige oppfølgingen.

Også innenfor kompetanseområdene ergoterapi og fysioterapi gir informantene i denne surveyen uttrykk for at dekningsgraden kan være bedre, i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker. Bare 5 av 23 svarer at de i høy grad er dekket på kompetanseområdet ergoterapi, og samme andel svarer at de i meget høy eller høy grad er dekket på kompetanseområdet fysioterapi. Henholdsvis 10 og 9 av 23 svarer at kommunen i liten eller meget liten grad er dekket på fagområdene ergoterapi og fysioterapi. Dette kan indikere at dette er fagområder der kommunene i mindre grad har lyktes å bygge opp tilstrekkelig kompetanse i forhold til å tilpasse tjenestene for personer med psykiske vansker. Hvor sentrale disse kompetansefeltene er i dette arbeidet, vil imidlertid variere. Men det er grunn til å tro at særlig ergoterapi kan være en viktig kompetanse å ta med seg inn i dette arbeidet. Dette gjelder spesielt når den enkelte skal aktiviseres som ledd i oppfølging av den psykiske lidelsen. Også fysioterapi kan være viktig i et forebyggende og behandlende perspektiv.

Miljøarbeidere blir i casestudiene fremholdt som en viktig yrkesgruppe av mange informanter. I tabellen ser vi at blant kommunene som har deltatt i surveyen svarer om lag halvparten at behovet for denne kompetansen er dekket i kommunen, når det kommer til tjenesteoppfølging. 8 svarer ”både og”, mens 3

kommuner svarer at denne kompetansen i liten grad er dekket. Det er slik behov for enda mer kompetanse på dette området, slik våre kommuner opplever det. Dette er kompetanse som er viktig i den praktiske og daglige oppfølgingen av den enkelte. Flere kommuner kommenterer at kompetanse i forhold til aktivitet, rehabilitering, deltakelse og sysselsetting alt for ofte undervurderes i det arbeidet som nedlegges når tjenester skal tilpasses personers behovssituasjon.

Sosionomkompetanse blir av informantene i casekommunene vurdert som om lag like viktig som miljøarbeidere. Her ser det ut til at kompetansen i kommunen i noe større grad er udekket enn hva vi finner i forhold til miljøarbeidere, skal vi tro inntrykkene fra surveyen. Selv om tallgrunnlaget her er begrenset, er det interessant at 6 av de 23 kommunene svarer at behovet for sosionomkompetanse i liten grad er dekket i egen kommune, mens 9 av de 23 svarer ”både og” på dette.

Rusfaglig kompetanse blir etterlyst blant nær sagt de fleste av informantene i casekommunene. Kombinasjonsvansker knyttet til rus og psykiatri er voksende og som vi så i forrige kapittel er det særlig denne gruppen de tjenesteansvarlige i kommunene i denne studien opplever som en utfordring. Funnene i surveyen støtter opp om disse tendensene. Av de 23 kommunene som har besvart dette spørsmålet svarer kun 5 at de ser seg i høy grad dekket i forhold til rusfaglig kompetanse, mens 12 kommuner svarer ”både og”. 6 av de 23 kommunene opplever at de er lite dekket på dette kompetanseområdet. Dette viser at så langt vi kan tolke dette materialet, er det behov for å styrke den rusfaglige kompetansen i kommunene, i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker.

Mange av de som bosettes og som derfor skal betjenes med kommunale tjenester har diagnoser som psykopati, schizofreni, ADHD, autisme, asperger eller liknende. Mange av disse er tunge tjenestemottakere, skal vi tro informantene i casekommunene. Det synes derfor å være et behov for kompetanse på disse sykdomsbildene i kommunene, for å sikre tilpassede tjenester. Blant kommunene i surveyen svarer da også noe i underkanten av halvparten av de 23 kommunene at de i høy grad har dekket kompetansebehovet i forhold til diagnoser som psykopati, schizofreni og liknende, mens det samme bare er tilfelle for 3 av de

23 kommunen når det gjelder diagnoser som ADHD, autisme, asperger og liknende. Det synes derfor å være et større behov for kompetanse på de sistnevnte diagnosene enn de for psykopati, schizofreni og likende. I begge tilfellene svarer 10 av 23 ”både og” på i hvilken grad kompetansebehovet er dekket i kommunen.

De tjenesteansvarlig avviker her ikke vesentlig fra de vurderinger som gjøres av de bosettingsansvarlige i kommunene. Dette kommer frem i tabell 6.4 nedenfor som viser i hvilken grad kommunen anser seg dekket innenfor ulike kompetansefelt, i forhold til bosetting av personer med psykiske vansker, slik de boligansvarlige ser det.

Tabell 6.4 *Vurdering blant de boligansvarlige i kommunene av dekning av ulike kompetansefelt i forhold til bosetting av personer med psykiske vansker. Spørsmålet var: I hvilken grad anser kommunen seg dekket innenfor følgende kompetansefelt, i forhold til bosetting av personer med psykiske vansker. Sett kryss.*

Alle tall er absolutte.

	I meget høy grad dekket	I høy grad dekket	Både og	I liten grad dekket	I meget liten grad dekket	Vet ikke/Ikke relevant
Sykepleie(N:17)	3	5	8	1	0	0
Sykepleiere med spesialutdanning psykiatri(N:17)	4	5	6	2	0	0
Legefaglig(N:14)	1	3	5	5	0	1
Ergoterapeut(N:13)	1	4	5	2	0	1
Fysioterapeut(N:16)	1	4	6	5	0	0
Miljøarbeidere(N:16)	2	8	4	2	0	0
Sosionom-kompetanse(N:16)	2	4	6	4	0	0
Rusfaglig kompetanse(N:15)	2	3	6	4	0	0
Kompetanse på diagnoser som psykopati, schizofreni og liknende(N:17)	3	3	8	1	1	1
Kompetanse på diagnoser som ADHD, autisme, Asperger og liknende(N:17)	1	1	8	5	1	1

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Selv om antall informanter blant de boligansvarlige i kommunene er noe lavere enn antallet tjenesteansvarlige, se tabellen ovenfor, svarer også her om lag halvparten ”både og” i forhold til hvorvidt kommunen har tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse i bosettingsarbeidet av personer med psykiske vansker, mens noe over halvparten av informantene mener kommunen i høy grad er dekket når det kommer til sykepleiere med spesialutdanning i psykiatri. Dette er viktig kunnskap også i bosettingsprosessene, skal vi tro informantene i våre casekommuner, hvor det er sentralt i bosettingsprosessen å finne frem til gode og tilpassede

boløsninger for den enkelte. I denne prosessen er det viktig med kunnskap og forståelse både for den enkeltes sykdomsbilde og funksjonsdyktighet mer allment.

Legefaglig kompetanse synes også viktig i denne prosessen. Her ser vi også at de ansvarlige for bosettingsarbeidet ser et behov for mer kompetanse. Bare 4 av 14 oppgir at de mener kommunen i høy grad er dekket kompetansemessig på dette området, mens halvparten svarer at dette i liten grad er tilfelle. Dette betyr at det ikke bare er innenfor tjenestearbeidet det er behov for mer legefaglig kompetanse, men også i selve bosettingsarbeidet.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter vil være viktige profesjoner i bosettingsarbeidet, i forhold til å finne egnede og gode boløsninger for den enkelte. Også her ser vi av tabellen at det blant de kommunalt ansvarlige er variasjoner i opplevelsen av å ha kompetansebehovet dekket. Bare 5 av 16 svarer at kommunen i høy grad er dekket i forhold til fysioterapi, mens 6 svarer "både og". Samtidig svarer 6 av 16 at de i liten grad er dekket.

Kommunene er imidlertid noe bedre dekket i forhold til miljøarbeiderne innenfor bosettingsarbeidet enn innenfor tjenesteoppfølgingen. Over halvparten av de bosettingsansvarlige mener at de i høy grad har dekket sitt kompetansebehov på dette området. Tendensen er noe svakere for sosionomer, der 6 av 16 svarer det samme. Her svarer samtidig 5 av 16 at de i liten grad har dekket kompetansebehovet.

Rusfaglig kompetanse kommer også inn i bosettingsarbeidet. Gitt at stadig flere personer har kombinerte vansker bestående både av rus og psykiatri, blir dette et viktig hensyn å ta i bosettingsarbeidet. Her er igjen tendensen at kommunene har behov for mer kompetanse. Mens 5 av 15 svarer at kommunen i høy grad har dekket sitt kompetansebehov på det rusfaglige området, svarer like mange at det i liten grad er dekket. De resterende 6 svarer "både og".

En annen gruppe som er sentral blant de som bosettes med psykiske vansker i kommunene er personer med diagnoser innenfor psykopati og schizofreni, ADHD, autisme og asperger. Mange av de som bosettes i kommunene har en av disse diagnosene. Tendensen er imidlertid at de bosettingsansvarlige i mindre grad svarer at de er dekket opp med kunnskap på disse

feltene enn det de tjenesteansvarlige gir uttrykk for. De bosettingsansvarlige i kommunene oppgir imidlertid å ha mer kompetanse på psykopati og schizofreni, hvor 6 av 15 svarer at de i høy grad har kompetanse, enn på diagnoser som ADHD, autisme og asperger, hvor bare 2 av 16 oppgir å ha høy kompetanse. I det sistnevnte tilfellet svarer 5 av de 16 at kommunen i liten grad er dekket kompetansemessig.

En gruppe som ikke er nevnt i tabellene her, men som flere kommuner oppgir som sentral er vernepleiere. Flere kommuner oppgir at de har et en relativt god dekning av denne yrkesgruppen, som oppleves som viktig både i bosettingsarbeidet og i tjenesteoppfølgingen av vår gruppe her.

6.3 Hvor innhenter kommunene kompetanse der de selv er utilstrekkelig?

Et interessant spørsmål når det gjelder opplevelsen av utilstrekkelig kompetanse i kommunene, er hvor en innhenter den nødvendige kompetansen i de tilfellene en selv er utilstrekkelig. Vi har derfor i surveyen til utvalget av kommuner bedt de ansvarlige både for bosettingsarbeidet og tjenesteoppfølgingen om å gi en vurdering av dette.

Blant de ansvarlige for bosettingsarbeidet er det DPS som skiller seg ut som den instans der en hyppigst innhenter den nødvendige kompetansen, i de tilfellene der en selv opplever utilstrekkelighet. Dette kommer frem i tabell 6.5 nedenfor. Tabellen viser hvor ofte kommunenes ansvarlig for bosettingsarbeidet innhenter den nødvendige kompetansen fra ulike instanser, der en selv opplever å ha utilstrekkelig kompetanse.

Tabell 6.5 *Innhenting av nødvendig kompetanse blant de kommunalt boligansvarlige der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse. Spørsmålet var: Der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse, hvor innhenter en den nødvendige kompetansen? Sett kryss.*

<i>Alle tall er absolutte.</i>	Meget ofte	Ofte	Både og	Sjelden	Meget sjelden	Vet ikke/ikke relevant
DPS(N:17)	6	7	2	2	0	0
Psykiatrisk sykehus(N:16)	4	5	3	2	0	2
Somatisk sykehus(N:15)	0	1	2	7	2	3
Privatpraktiserende leger(N:15)	3	2	4	3	1	2
Kommunale leger(N:17)	2	6	6	1	2	0
Andre kommunale etater(N:14)	3	3	4	1	2	1

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Som vi ser av tabellen svarer 13 av 17 boligansvarlige i kommunene at de ofte innhenter kompetansen de selv mangler fra Distrikts Psykiatrisk Senter (DPS). Dette fremstår dermed som den kanskje viktigste kilde for kunnskap for kommunene i dette arbeidet, utover den kunnskap de selv besitter. Men også psykiatriske sykehus fremstår som viktige i så henseende. 9 av 16 svarer at de ofte innhenter manglende egenkompetanse herfra.

Det er også vanligere å henvende seg til kommunale leger enn privatpraktiserende leger der en selv opplever manglende kompetanse, selv om vi må være forsiktige med å trekke for bastante slutninger basert på et begrenset tallmateriale. 8 av 16 blant våre kommuner svarer at de ofte henvender seg til kommunale leger i slike tilfeller, samtidig som 5 av 15 svarer det samme i forhold til privatpraktiserende leger.

Materialet viser at somatiske sykehus mer sjelden kommer inn med kompetanse i forhold til de boligansvarlige, der de selv mangler kompetanse.

Når det gjelder henvendelser til andre kommunale etater nevnes særlig NAV og barnevernet blant flere kommuner. Noen

kommuner nevner også at de henter kompetanse fra kommunale familiesenter, helsesøstre, Barne- og ungdomspsykiatrisk senter (BUP) og Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT).

Hvis vi ser på de tjenesteansvarlige, er det også der utbredt å henvende seg til DPS der en opplever å ha manglende kompetanse. Dette ser vi at tabell 6.6 nedenfor.

Tabell 6.6 *Innbenting av nødvendig kompetanse blant de kommunalt tjenesteansvarlige der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse. Spørsmålet var: Der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse, hvor innhenter en den nødvendige kompetansen? Sett kryss.*

<i>Alle tall er absolutte.</i>	Meget ofte	Ofte	Både og	Sjelden	Meget sjelden	Vet ikke/ikke relevant
DPS(N:24)	4	13	5	1	1	0
Psykiatrisk sykehus(N:24)	1	9	5	9	0	0
Somatisk sykehus(N:22)	1	1	4	10	4	2
Privatpraktiserende leger(N:23)	1	6	5	5	3	3
Kommunale leger(N:23)	5	8	3	3	1	3
Andre kommunale etater(N:17)	4	4	2	3	1	3

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Blant de tjenesteansvarlige i de utvalgte kommunene svarer 17 av 24 at de innhenter manglende kompetanse hos DPS. Bare 2 av de 24 svarer at de sjelden henvender seg dit. Psykiatriske sykehus er likeledes også for tjenesteyterne en viktig kilde til kunnskap, om enn i noe mer begrenset grad enn tilfellet var blant de ansvarlige for bosettingen, jamfør tabell 6.5. 9 av de 24 svarer at de sjelden henvender seg til de psykiatriske sykehusene. Om lag like mange, 10 av 24, svarer at de ofte henvender seg hit, når de selv mangler kompetanse. Det er kanskje naturlig at det er mer kontakt til de psykiatriske sykehusene i selve bosettingsarbeidet enn i tjenesteoppfølgingsarbeidet, gitt at bosettingen i mange tilfeller skjer rett fra psykiatrisk sykehus.

Også i forhold til de tjenesteansvarlige er de kommunale legene viktigere enn de privatpraktiserende legene. Kontakten med de somatiske sykehusene er til gjengjeld begrenset, skal vi tro de tendenser som kommer til uttrykk her.

NAV nevnes ofte som den av de andre offentlige etatene der en innhenter kompetanse, når en mangler den selv. Det samme gjør også barne- og familievernet. Også kommunal rustjeneste kommer inn i flere tilfeller med kunnskapsmessig bistand, skal vi tro kommunene som deltok i denne studien. Flere informanter nevner dessuten at det psykiske helsearbeidet er tett samorganisert med andre kommunale tjenester. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

Noen få kommuner viser også til at de tar kontakt med andre kommuner i tilfeller der de selv opplever å ha manglende kompetanse.

Hva er imidlertid årsakene til udekkede kompetansebehov?

Manglende kompetanse i kommunene på et gitt felt kan handle både om rekrutteringsproblemer, om utfordringer knyttet til å videreutdanne eksisterende personale, kommunenes økonomi eller andre forhold. I tabell 6.7. får vi et lite inntrykk av hvordan vårt utvalg av tjenesteansvarlige i kommunene opplever grunnene for dette.

Tabell 6.7 *Oppfatning av grunner til udekkede kompetansebehov i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker blant tjenesteanvarlige i kommunene. Spørsmålet var: I den grad kommunene anser å ha udekkede kompetansebehov i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker, hva er grunnene til dette?*

<i>Alle tall i hele tall.</i>	I stor grad	Både og	I liten grad	Vet ikke/Ikke relevant
Vanskelig å rekruttere kompetente medarbeidere (N:22)	4	10	7	1
Vanskelig å videreutdanne medarbeidere(N:22)	3	8	9	1
Budsjettsituasjonen i kommunen(N:22)	12	8	2	0

Kilde: NIBRs survey til kommunene, 2011.

Som vi ser er det særlig budsjettsituasjonen i kommunen som tilskrives betydning blant våre respondenter. 12 av 22 som svarer på spørsmålet, sier at dette i høy grad er en grunn til at kompetansebehov er udekket i kommunen. Bare 2 av de 22 svarer at det i liten grad har sammenheng med budsjettsituasjonen. Noen er også av den oppfatning at det er vanskelig å rekruttere kompetente medarbeidere og noen mener det har sammenheng med at det er vanskelig å videreutdanne medarbeidere, men de fleste svarer ”både og” til at dette er en av grunnene til det udekkede kompetansebehovet. En høy andel svarer til og med at disse to forhold i liten grad er en grunn til udekkede kompetansebehov i kommunen.

Blant andre grunner til udekkede kompetansebehov i kommunene nevner noen informanter også de reduserte midlene fra Opptrappingsplanen. Dette er en indikasjon på de utfordringer kommunene står ovenfor når midlene fra Opptrappingsplanen nå opphører og det psykiske helsearbeidet må inn i de ordinære kommunale prioriteringene. Dette kan føre til at arbeidet i en overgangsfase får en trangere budsjettsituasjon enn de har hatt så langt.

Flere respondenter i surveyen viser også til at de står i en konkurransesituasjon med både spesialisthelsetjenesten, sykehus og andre større fagmiljøer om de best kvalifiserte personene. Dette merkes kanskje særlig godt i de kommunale turnusavdelingene. Mange høyt kvalifiserte får både høyere lønn i sykehus og spesialisthelsetjenesten enn de får i kommunene, spesielt om de går turnus, samtidig som disse stedene tilbyr et større og bredere fagmiljø. Særlig de mindre kommunene gir uttrykk for at de opplever seg utkonkurrert her.

6.4 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

I den grad ansvarlige for bosettingen av personer med psykiske vansker i kommunen ikke selv besitter nødvendig kompetanse i selve bosettingsarbeidet, er det nærliggende å anta at de søker samarbeid med andre etater både utenfor og innenfor kommunen. På spørsmål til de ansvarlige for boligtildeling i kommunen om i hvilken grad de samarbeider med aktører utenfor kommunen i bosettingsprosessen er det særlig DPS og de psykiatriske sykehusene som ikke overraskende skiller seg ut som de viktigste samarbeidspartnere. Som vi så i avsnittet ovenfor var det også her en hentet nødvendig kompetanse en selv manglet.

Hele 10 av 17 kommuner svarer at de ofte samarbeider med DPS når de samarbeider med noen utenfor kommunen i bosettingsprosessene, mens 4 svarere ”både og” her. Mange, 9 av 16 kommuner, svarer også at de ofte samarbeider med de psykiatriske sykehusene, mens 6 svarer at de ”både og” samarbeider med disse. Dette gjør DPS og de psykiatriske sykehusene til de to viktigste samarbeidspartnere utenfor kommunen i bosettingsprosessene.

Få av respondentene svarer at de ofte samarbeider med somatiske sykehus eller privatpraktiserende leger i bosettingsprosesser. Det er også i liten grad samarbeid med andre utenfor kommunen, med unntak av et par kommuner som nevner at de både også har et samarbeid med NAV og banker, herunder Husbanken.

Blant de ansvarlige i kommunene for bosettingsprosessene er det imidlertid en del samarbeid innad i kommunen, skal en tro resultatene som kommer frem i denne studien. I surveyen til bosettingsansvarlige i kommunen svarer 14 av 16 at de ofte

samarbeider med tjenesteytende enhet innenfor helse- og sosialsektoren. Dette er ikke så overraskende, siden disse i de fleste tilfellene vil være direkte involvert i det tjenesteytende arbeidet som gjøres overfor personene som er bosatt i boligene. Også hjemmetjenesten, herunder hjemmehjelpstjenesten nevnes ofte blant de de bosettingsansvarlige ofte samarbeider med innenfor kommunen. Også disse vil være sentrale i det tjenesteytende arbeidet som gjøres i boligene.

På den andre siden kan en spørre hvor viktig samarbeid er for de tjenesteproduserende instanser i kommunene? Igjen er det tetteste samarbeidet med DPS og de psykiatriske sykehusene. De aller fleste av respondentene svarer at de ofte samarbeider denne veien. Ingen uttaler at disse er lite viktige som samarbeidspartnere. Det er kanskje mer oppsiktsvekkende at et lite mindretall svarer ”både og” på viktigheten av disse instanser som samarbeidspartnere i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker, all den tid det særlig er innenfor DPS og de psykiatriske sykehusene vi finner den ekspertisen de tjenesteytende enheter i kommunene har å bygge på, der de selv ikke besitter nødvendig kompetanse. På spørsmål om hvilke samarbeidspartnere som er de viktigste i forhold til å gi tilpassede tjenester svarer 13 av 23 blant de ansvarlige for tjenesteytingen i kommunene at DPS er svært viktige og 8 av 23 svarer at de er viktige. Også de psykiatriske sykehusene er sentrale her og en høy andel svarer at de er viktige i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker.

Leger, både de privatpraktiserende og de kommunale er også viktige samarbeidspartnere i forhold til å gi tilpassede tjenester, slik mange informanter opplever det. Disse vil også være sentrale ved innhenting av informasjon og vurderinger av personer med psykiske vansker.

At arbeidet med å tilpasse tjenester til den enkeltes situasjon og behov baserer seg på tverrfaglighet kommer frem i det mangfoldet kommunene nevner i dette arbeidet, når de skal nevne andre viktige samarbeidspartnere. Her synes både NAV og Barne- og ungdomspsykiatrien å være sentrale for mange kommuner. Også hjemmesykepleien er meget sentral. I mange kommuner samorganiseres den sykepleiefaglige oppfølgingen av hjemmeboende gjennom hjemmesykepleien, uavhengig av lidelsen hos den enkelte.

Også helsestasjoner og familiesentrene er viktige samarbeidspartnere i en del kommuner, i forhold til å gi tilpassede tjenester. Noen kommuner nevner også økonomiavdelinger. Dette kan være viktig der en samtidig må bidra til å hjelpe den enkelte ut av et økonomisk uføre. Også kultur og fritid er sentralt, om enn i et fåtall kommuner. Slik det kom frem i casekommunene var det imidlertid et stort ønske om å bedre samarbeidet med kultur- og fritidsetater for slik å finne frem til tiltak som kunne øke sysselsettingen av den enkelte på dagtid. Mange informanter i casekommunene nevner at få fritidsaktiviteter og svak tilknytning til arbeidslivet virker lite rehabiliterende i forhold til den enkeltes psykiske situasjon.

6.5 Nærmere om samarbeid med andrelinjetjenesten

I prinsippet er det kommunen som overtar ansvaret for en pasient når vedkommende skrives ut av en institusjon. I den videre utredning og oppfølging av en gitt person er samarbeidet både med institusjonene, sykehusene og spesialisthelsetjenesten meget viktig. Disse besitter spesialkompetanse på mange områder hvor kommunen ofte ikke har kompetanse. Flere casekommuner gir uttrykk for at de er involvert i selve beslutningen om utskriving.

Nær samtlige av kommunene gir uttrykk for at de har mye kontakt med andrelinjetjenesten i forbindelse med en utskriving fra institusjon. Mye av samarbeidet handler om definering og kartlegging av behovet den enkelte har for oppfølging.

Når sykehuset har en pasient som er utskrivingsklar, men samtidig har behov for psykisk oppfølging, tar sykehuset kontakt med kommunenes helse- og velferdskontor, eller tilsvarende. Sammen er oppgaven å definere den enkeltes behov. Når de har blitt enige om dette, bestiller de sammen tjenester hos den utøvende enheten, hvilket vil si helse- og velferdsetaten eller tilsvarende i den aktuelle kommune. I praksis kommer ofte andrelinjetjenesten med sterke anbefalinger, som kommunen forsøker å legge til rette for. Det vil derfor, i følge de fleste av våre informanter i casekommunene, være de sakkyndige i andrelinjetjenesten som vil ha det tyngste ordet i laget i denne sammenhengen.

I selve flytteprosessen er også en fagkoordinator med. En ser både på hva som tilbys og hva som er behovet.

I denne prosessen kopierer ofte helse- og velferdsetaten eller tilsvarende i den aktuelle kommunen langt på vei sykehusets bestilling. Derfor er det slik at kommunene ønsker seg mest mulig ”runde” vedtak. Jo mer definerte og spesifiserte vedtak, jo mer detaljert vil også bestillingen til kommunenes utøvende instans i det psykiske helsearbeidet være. I følge flere av våre informanter foretrekker de tjenesteansvarlig i kommunene derimot i størst mulig grad å erfare den enkeltes tjenestebehov selv og selv bestemme den oppfølging de mener er den mest egnet. Uansett kommer helse- og velferdsetaten inn igjen etter tre måneder og foretar en ny vurdering av behov i forhold til tjenester.

Flere kommuner har også etablert et klinisk samarbeidsutvalg, der de samarbeider på pasientnivå med DPS, sykehus, eventuelt flere kommuner.

De fleste casekommunene gir imidlertid uttrykk for at samarbeidet med andrelinjetjenesten kan bli bedre. En av utfordringene, skal vi tro flere informanter i denne studien, er at kommunene og instanser i andrelinjetjenesten har ulike oppfatninger av hva som er behovet. Dette gir ulike oppfatninger av hva som også er den beste oppfølgingen. Inntrykket i denne studien er at mange kommuner ønsker å erfare selv hvordan den enkelte fungerer i en selvstendig bosituasjon, før de bestemmer seg endelig for hvilken oppfølging den enkelte har behov for. Et forhold som flere informanter peker på i denne sammenhengen er at mange har vansker der symptomene først kommer etter en viss tid, kanskje helt opp til 3 til 4 år.

”Da er det vanskeligere å få kontakt med andrelinjetjenestene”, hevder en av våre informanter.

Et annet viktig forhold er at oppfatningene av rammene for virksomheten og oppfølgingen er forskjellig. Institusjonene har ofte tilgang til en annen og mer spesialisert kompetanse, sammenliknet med mange kommuner. Dette innebærer at institusjonene kan tilby flere og i mange tilfeller mer spesialiserte tiltak enn mange kommuner. Institusjoner har også adgang til å benytte tvang, det kan ikke en kommune. Dette setter viktige begrensninger på kommunenes handlingsrom. En informant i en

av casekommunene oppsummerer forholdet mellom institusjon og kommune på denne måten:

Det er ulik forståelse av rammene. På institusjoner kan en tilby mer. En kan tillate seg mer. Kommunene må være veiledende i sin oppfølging. Vi kan ikke bruke tvang. Dette påvirker hele problemforståelsen. Det er helt forskjellige kulturer.

En annen informant i casekommunene ser det slik;

Andrelinjetjenesten er nedlatende. Deres konklusjoner blir bare levert og avdekker at det foreligger en kompetansemangel blant leger i andrelinjetjenesten på hvordan det er å bo i kommunene. Noen vil veilede i bruk av tvang og anbefaler bruk av tvang, men vi vil jo ikke kunne bruke tvang. Det har vi ikke lov hjemmel til.

Vedkommende informant presiserer at:

Det foreligger en fundamental mangel på kunnskap i andrelinjetjenesten om forutsetningene for kommunenes tjenestetilbud.

Hadde kommunene og andrelinjetjenesten vært mer samkjørt og omforent kunne dette hatt positive konsekvenser for det tilbudet den enkelte pasient får. Dette kommer klart til uttrykk når en informant i en casekommune sier:

Om forståelsen hadde vært der, kunne dette hjulpet pasienten videre. Noen ganger tenker jeg; ”har vi ikke kommet lengre?”

Noen av casekommunene gir også uttrykk for at de opplever en noe nedlatende holdning fra særlig sykehus og institusjoner i det psykiske helsearbeidet. En kommunal informant gir åpent uttrykk for at de opplever at andrelinjeinstitusjonene er skeptiske til dem. De opplever at noen institusjoner spør rett ut hva kommunen kan tilby. Dette er særlig knyttet til svært syke personer.

Samme informant hevder imidlertid at de lykkes med de fleste. Der kommunene opplever og ikke lykkes kan imidlertid være helt andre enn de personene andrelinjens institusjoner har fokusert på. Som

nevnt ovenfor er det ofte blant personer med rusproblematikk kommunene møter de største utfordringene.

Et annet spørsmål i forholdet mellom institusjon og kommune er at den boform og de tjenester henholdsvis institusjonene og kommunene tilbyr, kan trigge forskjellig form for atferd. Dette kan slå ulike veier, men vil kunne innebære at det som er den beste oppfølgingsstrategien i institusjon ikke nødvendigvis er like egnet i selvstendig boliger, eller omvendt. Dette har vi ovenfor drøftet i forbindelse med de ulike boalternativene, hvor det særlig viste seg at bofelleskap ikke var like egnet for alle.

Andrelinjetjenesten gir en vurdering av den enkelte etter at vedkommende for eksempel har vært inne til behandling eller observasjon på psykiatrisk sykehus. De gir da den aktuelle kommunen beskjed om hvilken oppfølging den enkelte har behov for, slik sykehuset ser det. Våre casekommuner gir imidlertid jevnt over uttrykk for at de foretrekker å gjøre sine egne vurderinger, gjerne basert på den enkeltes utviklingspotensiale. Det er en oppfatning at institusjonene tidligere i alt for liten grad bygget opp under den enkeltes utviklingsmuligheter og ressurser. En informant i en av casekommunene sier det slik:

Vi har lyttet til andrelinjetjenesten, men ser at det har vært for lite fokus på utviklingsmuligheter og ressurser i institusjonene.

En annen informant fra casekommunene hevder:

Andrelinjetjenesten må bidra til å avklare hva som er en persons behov. Kommunen må selv avklare hva som er situasjonen, ikke bare få levert en konklusjon.

Et eksempel som kan illustrere hva informantene her sikter til er når kommunene får beskjed fra andrelinjetjenesten om at noen har behov for oppfølging på natten. Her vil kommunene kunne ha et ønske om å venne den enkelte til at det finnes en sovende nattevakt. Dette har sammenheng med at det i kommunene vil være et sterkt ønske om å arbeide i retning av størst mulig selvstendighet blant beboerne, gjennom blant annet opparbeidelse av selvtillitt og selvkontroll. Formålet er at den enkelte skal vokse og utvikle seg, i dette tilfellet ved å forholde seg til en sovende nattevakt og at det således ikke er personell tilstede hele tiden.

Behov vil også endre seg over tid, og selvstendighet kan for eksempel være en læringsprosess kommunene ofte vil prioritere. Andrelinjetjenestens konklusjoner kan derfor av og til oppleves å være på tvers av kommunenes intensjoner og arbeidsmetoder.

En informant fra en av casekommunene gir også uttrykk for at de i vedkommendes kommune har en opplevelse av at andrelinjetjenesten holder tilbake opplysninger og skjønnsbaserte vurderinger, for å få vedkommende utskrevet og overført til kommunene. Kommunene får slik ikke den nødvendige oversikt over vedkommendes behov og situasjon, og kan ha store utfordringer før de får et adekvat bolig- og tjenestetilbud på plass. Dette kunne ha vært lettere om kommunen i utgangspunktet hadde fått de opplysninger de hadde behov for.

I akutte tilfeller er det de sykeste som må til lege og sykehus, mens DPS kontaktes der behovet ikke har samme alvorlighetsgrad. Men heller ikke kontakten og samarbeidet med DPS er det beste i flere av våre casekommuner. En av informantene fra en av casekommunene hevder at:

Vi samarbeider dårlig med DPS. DPS saksbehandler ikke behovene ordentlig.

Tjenesteytere i våre casekommuner samarbeider til en viss grad dårlig med DPS blant annet om utredning og åpenhet rundt den enkeltes situasjon og behov.

To kategorier personer representerer en særlig utfordring, de som er aktivt ruset og sikringspasienter. Dette er ofte de mest kompliserte av de gruppene kommunene skal bosette og følge opp. Dette kan innebære for eksempel når det kommer til sikringspasienter at personer kommer rett fra en sikringsavdeling og skal bosettes i kommunene, med nødvendige tjenester. Som en av våre casekommuneinformanter sier det:

Hva kan kommunen gjøre for dem?

Dette innebærer en overgang fra en situasjon med mange ansatte, der den enkelte er låst inne og fratatt alle valg, til en tilværelse i kommunene basert på frivillighet. Dette representerer en stor utfordring for kommunene. En av kommunene hevder at i forhold til denne gruppen må en basere seg på boteamene, hvor det er vanskeligere for den enkelte å bare låse seg inne.

Et hovedproblem slik mange av casekommunene opplever det, er at andrelinjetjenesten ofte forutsetter at kommunene har de samme rammer for sitt arbeid som de institusjonene har. Men kommunenes rolle er bare å leie ut en bolig og stille tjenester til rådighet og har ingen tvangsvirkemidler til rådighet. Dette opplever mange av casekommuneinformantene å få liten forståelse for, i andrelinjetjenesten.

Stemningen blant informantene fra casekommunene er imidlertid at andrelinjetjenesten har fått mer og mer forståelse for hvordan kommunene arbeider etter hvert. Dette har blant annet sammenheng med at det har foregått mye veiledning og kompetanseoppbygging begge veier.

6.6 Rekrutteringsprosesser i kommunene, tverrfaglighet som ny strategi

Hvilke strategier velger kommunene i den grad de opplever et udekket kompetansebehov enten innenfor bosettingsarbeidet eller tjenesteoppfølgingen rettet mot personer med psykiske vansker? I de to surveyene viser det seg at kommunene i vårt utvalg i særlig grad velger å satse på videreutdanning av eget personale og søker tilskudd til dette arbeidet. Både blant bosettingsansvarlige og tjenesteanvarlige svarer de aller fleste ja på spørsmålet om kommunen videreutdanner eget personale for å styrke egen kompetanse. De aller fleste gir også uttrykk for at de har søkt om tilskudd til slik videreutdanning.

Videreutdanningen kan skje både formelt, ved at ansatte har studiepermisjon for å ta for eksempel spesialisering i psykisk helsearbeid, eller mer uformelt ved ulike former for internopplæring og veiledning av DPS, deltakelse på kurs og konferanser, etc. En kommune oppgir at de blant annet har prioritert undervisning med utdannet veileder i enheten en gang i uken, kontakt med en rusklinikk i et prosjekt om tidlig intervensjon for rusavhengige samt deltakelse på ulike opplærings- og samtalearrangementer knyttet til rus og psykisk helse.

Nyrekruttering er også viktig skal vi tro resultatene fra vår survey til kommunene, selv om andelen som svarer ja på spørsmålet om de bruker dette som virkemiddel for å styrke egen kompetanse er

klart lavere enn tilfellet var for videreutdanning av eget personale. Mens det for eksempel blant de tjenesteansvarlige er 21 av 23 som svarer ja på at de prioriterer videreutdanning for å styrke egen kompetanse, er det 12 av 18 som svarer at de vil oppnå dette gjennom nyrekruttering. Også hospitering nevnes av kommunene som en måte å hente inn nødvendig kompetanse på, innenfor dette arbeidet.

Alle casekommunene har arbeidet målbevisst og strukturert i forhold til å rekruttere tilstrekkelig egnet personell. Disse rekrutteringsprosesser har både hatt et klart kvantitativt mål, å ansette tilstrekkelig antall personer til å betjene oppgavene, men også et helt klart kvalitativt mål, i forhold til å ansette personer med den ønskede kompetansen. I hvilken grad kommunene lykkes i disse rekrutteringsprosessene vil også i stor grad sette standarden på det botilbudet og de tjenester kommunene er i stand til å tilby personer med psykiske vansker.

Når det gjelder å tilsette tilstrekkelig antall personer i vakante stillinger opplyser våre casekommuner at rekrutteringen jevnt over har vært god både i vanlige turnuser og innenfor ekstraordinære turnuser. Dette siste gjelder for eksempel i en av casekommunene, hvor de satset på tre dagers turnuser innenfor bosentraene. Allikevel er det i flere av casekommunene et underskudd på boliger i forhold til de som har godkjenningsvedtak og som venter på bolig i andrelinjetjenesten. En større kommune har så mange som 18 til 20 personer som befinner seg i en slik ventesituasjon. Disse venter på boliger med spesiell tilrettelegging. Her mangler det både boliger og personell til å følge opp beboerne.

Den kvalitative rekrutteringen innenfor det psykiske helsearbeidet- vernet har endret betydelig karakter i årene etter Opptrappingsplanen for psykisk helse, skal en tro informantene i våre casekommuner. Fra å rekruttere i hovedsak personer med sykepleiefaglig bakgrunn, dels i kombinasjon med videreutdanning i psykiatri, rekrutterer en nå langt mer tverrfaglig. Ikke bare velger kommunene i stadig sterkere grad å prioritere rekruttering av personer med videreutdanning i psykiatri, i tillegg til vanlig sykepleiefaglig utdanning. De prioriterer høyt også å rekruttere personer med sosionomfaglig bakgrunn, miljøterapeuter, ergoterapeuter med videre. Dette er personer med bred omsorgskompetanse. Den tverrfaglige rekrutteringen anses som

svært viktig i forhold til å følge opp kompetansebehovet både i kommunenes boteam og bofellesskap, i tillegg til innenfor det psykiske helsearbeidet generelt.

Gitt at behovssituasjonen blant beboerne i boligene er så vidt spredt, opplever flere av casekommunene at det er behov for å utvide kompetansefeltet blant de ansatte. Flere kommuner satser helt bevisst på tverrfaglighet i de ambulerende eller oppsøkende teamene som arbeider i forhold til bolig for personer med psykiske vansker.

Slik dette kommer til uttrykk i surveyen til tjenesteansvarlige i kommunene svarer de aller fleste at de i høy grad arbeider tverrfaglige når de gir tjenester til personer med psykiske vansker. I denne tverrfagligheten deltar en rekke profesjoner. Samtlige kommuner svarer at sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning i psykiatri er med i dette samarbeidet. Også leger er med i det tverrfaglige samarbeidet i de aller fleste kommunene som deltar i denne studien. Vernepleiere er også med i de fleste kommuner, hvor 17 av 23 kommuner oppgir at denne faggruppen deltar i det tverrfaglige samarbeidet ved tjenesteoppfølging av psykisk syke. Dette innebærer i sum at helsefaglige profesjoner utgjør kjernen innenfor dette kompetansefelt.

Samtidig er også de mer sosialfaglige profesjonene tungt representert i dette samarbeidet. 19 av 23 kommuner viser således til at de inkluderer sosionomer. Miljøarbeidere og barnevernspedagoger er i tillegg invitert inn, om en i et mindre antall kommuner blant de som deltar i surveyen.

I vel halvparten av kommunene deltar også ergoterapeuter og fysioterapeuter i nettverket rundt tjenesteyting til denne gruppen. Her ble det i tillegg gitt uttrykk for at kommunene i liten grad var dekket opp i forhold til behovet, noe som kan indikere at disse yrkesgruppene i sterkere grad ville vært med i samarbeidsnettverkene om kommunene hadde hatt større tilgang til denne kompetansen.

Mange informanter er svært bevisst behovet for å se beboerne og deres situasjon fra ulike vinklinger. Siden kommunene etter Opptrappingsplanen har fått et bredere ansvar for denne gruppens livssituasjon, er behovet også til stede for et større mangfold i tilgjengelig kompetanse. Denne strekker seg fra det medisinsk

faglige til de mer praktiske sidene ved dagliglivet. Flere av våre informanter opplever at de medisinske vurderingene og tilnærmingene må suppleres med erfaringer og innspill fra både helsefaglig og ikke-helsefaglig personell.

En enhetsleder innenfor psykiske helse sier det slik:

Vi søker mest mulig tverrfaglighet. Vi må ha helheten med og det er behov for mange ulike vinklinger på den enkelte beboers situasjon og behov.

En av casekommunene har en kompetanseplan, for oppbygging av tverrfaglig kompetanse innenfor det psykiske helsearbeidet blant personer som er bosatt i kommune. Så langt er det flest med 3-årig helsefag som rekruttert inn. Det har imidlertid i denne aktuelle kommunen vist seg vanskelig å rekruttere tilstrekkelig med sykepleierkompetanse.

Et av de områdene der flere informanter gir uttrykk for at det er et voksende behov for både mer og ny kompetanse er innenfor rusproblematikken. Gitt at det er større utfordringer knyttet til personer med rusproblemer opplever flere av casekommunene et behov for å bli kjent med rusproblematikken, de ulike typene rus, deres virkninger samt få kunnskap om hvordan de skal forholde seg til dette.

Et annet interessant spørsmål som ble tatt opp av en av de større casekommunene var demografisk mangfold blant personalet. Den aktuelle casekommunen hadde en svært heterogen beboersammensetning og for å møte den enkelte beboer og tjenestemottaker på en beste mulig måte, har kommunen i sine rekrutteringsprosesser søkt et mangfold både i alder, kjønn og etnisitet. Slik ønsket den aktuelle kommunen både å sikre ivaretagelse av de medisinske behovene, samtidig som de hentet inn personell med erfaring innenfor mer udefinerte dimensjoner som livserfaringer og livssituasjon, herunder erfaringer knyttet til etnisitet. Som vår informant sier det:

Vi ønsker å bringe inn et mangfold, både til å ta seg av det medisinske, men også i forhold til det den enkelte ansatte bringer inn av livserfaringer, hobbyer og interesser, alt det de ansatte kan gjøre med og for beboerne.

Noen av våre beboere er for eksempel veldig interesserte i fotball, men har behov for følge om de skal kunne dyrke sin interesse og gå på en fotballkamp. Da gjelder det at vi har ansatte som også er fotballinteresserte og som kan være deltakende både med og for beboeren på dette.

Den aktuelle kommunen har ikke hatt noen vesentlige rekrutteringsproblemer i forhold til å sikre det ønskede mangfoldet blant personalet. Snarere tvert om har kommunen hatt ”det privilegium”, etter eget utsagn, ”å kunne være kresne”. Et unntak har vært rekruttering etter etnisk bakgrunn, som også har hatt prioritet i den aktuelle kommunen. Ved rekruttering av personer til for eksempel arbeid som støttekontakt har de ønsket i noen tilfeller at vedkommende skulle ha samme nasjonalitet som den som trenger støtte. Dette kan vise seg vanskelig å få til. I et fåtall tilfeller har en også erfart i den aktuelle kommunen at etnisitet ikke har vært noen garanti for å få til et godt samarbeid mellom beboer og personell. Snarere har det vært eksempler på nær sagt det motsatte. Dette kan indikere at kompetanse på andre felt enn de rent etnisk betingede kan være vel så viktige i noen tilfeller.

Strategier for større tverrfaglig og tverrdemografisk rekruttering har generelt resultert i en større tverrfaglighet i våre casekommuner. En informant fra en av mellomstor bykommune hevder at de:

har hatt en ganske god kompetansedekning i kommunen, med 40 prosent høyskoleutdannede innenfor det psykiske helsevernet.

Selv om majoriteten stadig er en høy andel kvinnelige sykepleiere, herav mange med videreutdanning i psykiatri, er det også rekruttert inn stadig flere personer med andre profesjoner og faglige bakgrunner. En høyere andel av de ansatte er menn og en høyere andel av de ansatte er dessuten gjennomgående yngre enn tidligere. Samtidig er også det etniske mangfoldet økende.

Å profesjonalisere det psykiske helsearbeidet i kommunene, slik at det ivaretar høye både kvantitative og kvalitative standarder, blant annet ved å sikre tilstrekkelig tverrfaglighet, er en pågående prosess. Men selv om de fleste av våre casekommuner gir uttrykk for at de er inne i en positiv utvikling her, opplever de stadig å ha

utilstrekkelig kompetanse og kapasitet i forhold til enkeltgrupper. Et av de områdene som særlig nevnes av våre informanter er de spesielle behov gruppen med ADHD diagnoser og liknende har for oppfølging i en boligsituasjon. Noen av våre informanter har erfart at det er svært viktig å arbeide forebyggende her, for å forhindre at personene kommer inn i en negativ utvikling, blant annet med et tiltakende rusmisbruk. Selv om de fleste hevder at de klarer å fange opp denne gruppen, er utfordringen å gi tilstrekkelige tjenester. Dette er imidlertid et område der videre kompetanseoppbygging er svært viktig.

Generelt er alle casekommunene kommet godt i gang med å bygge opp en tverrfaglig kompetanse, med vekt på personer med tilleggsvutdannelse i psykiatri. Mange opplever allikevel et dilemma mellom å drive dette arbeidet faglig forsvarlig versus begrensede handlingsmuligheter innenfor en trang kommunaløkonomi

6.7 Kompetanseoppbygging i kommunene

Flere av casekommunene har etablert såkalte ACT team, som står for *Assertive Community Treatment*. Dette er blant de tiltak som fikk støtte over Statsbudsjettet i 2009, hvor egne midler ble satt av til såkalte ACT team. Dette er aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber tverrfaglig og på tvers av flere sektorer. Det legges vekt på kontinuitet i tjenestene over lang tid. Hensikten er at brukerne skal få alle tjenestene levert av teamet. Denne modellen har vært mye brukt i land som Storbritannia og USA, så når staten gir støtte til etablering av slike team er det med utgangspunkt i dokumenterte effekter av denne behandlingsmodellen i forhold til personer med psykiske vansker.

Slik dette kommer til uttrykk fra Helse Bergen, avdeling Haukland sykehus, skal ACT-teamet skal ha fokus på:

- Kontaktetablering på pasienten sine premisser
- Kartlegging
- Medikamentell behandling
- Psykoedukasjon (opplæring)
- Familie- og nettverksstøtte
- Arbeid, meningsfull sysselsetting og fritid

Integrert behandling av rusmisbruk og psykiske lidelser

Rehabilitering med fokus på symptomlindring
Støtte til gjennomføring av daglige gjøremål (innkjøp, ivaretagelse av boligen, økonomistyring og liknende)

(Kilde:<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/kronstad-dps/Sider/act-team.aspx>)

Tema slik det blant annet er satt sammen i Helse Bergen er tverrfaglig, med personale med bred erfaring fra både rus- og psykiatrifeltet. Teamet er ment å ha både psykologer og psykiatere, i tillegg til sosionomer, vernepleiere og sykepleiere.

Målgruppene for såkalte ACT team strekker seg lengre enn til personer med psykiske vansker og omfatter også personer med kompliserte sykdomsbilder knyttet til psykiske lidelser, rusmisbruk, manglende bolig eller manglende egen omsorgsevne, hyppige sykehusinnleggelseser, kriminalitet samt problemer med sosialt nettverk, (beskrivelsen er hentet fra Helse Bergen hjemmesider <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/kronstad-dps/Sider/act-team.aspx>).

Teamene har til hensikt å arbeide både for at den enkelte kan bedre sine evner til å nyttiggjøre seg andre deler av hjelpeapparatet og å fange opp personer som unndrar seg behandling eller ikke evner å nyttiggjøre seg det eksisterende behandlingstilbudet. Et ACT-team skal tilby behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte til målgruppene, samt bidra til at sårbare og utsatte pasientgrupper får tilgang til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester. ACT teamene er ment å ha en oppsøkende, utadrettet og pågående profil for å nå ut til kanskje særlig pasienter som ikke benytter seg av eller har tilstrekkelig utbytte av, det ordinære behandlingstilbudet. Behandlingsansvaret skal da ligge hos ACT team. Dette inkluderer ansvaret for den medikamentelle behandlingen. Målsettingen er at ACT teamet skal tilby en ikke tidsbegrenset integrert behandling, der en har fokus på pasientens mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet.

Mye av bakgrunnen for etablering av de såkalte AVT teamene ligger i rapporten *Mennesker med alvorlig psykisk lidelse og behov for særlig tilrettelagte tilbud* (IS1554) som Helsedirektoratet oversendte Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2008. Her ble det slått fast

at en del pasienter stadig ikke fikk den hjelpen de trengte til tross for den store utbyggingen av tilbud og tjenester i kommunene, gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998- 2008). Ett av problemene rapporten pekte på var nettopp mangelen på kontinuitet og samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det pekes også på at boligforholdene i mange tilfeller kunne være problematiske.

Det fremkommer at kommunene i varierende grad har vært forberedt på brukere med de mest sammensatte og langvarige lidelsene og at en sentral utfordring nettopp er samhandlingen mellom forskjellige aktører. I tillegg til midlene som ble overført kommunene etter Opptrappingsplanen i Statsbudsjettet for 2009 stilte Helse- og omsorgsdepartementet overførte midler til disposisjon i 2008 for prosjektutvikling og planlegging av såkalte ACT-team. Kommunene kunne få inntil 500.000 kroner i stimuleringstilskudd per prosjekt. For å få slike midler måtte søknadene utarbeides i samarbeid mellom distriktpspsykiatriske sentre, DPS, og kommunene.

Så langt har de av casekommunene som har etablert ACT team gjort seg gode erfaringer med denne organisasjonsmodellen. Innenfor det psykiske helsevernet benyttes teamet til særlig utfordrende situasjoner.

Kommunene driver imidlertid kompetansebygging også på andre områder. En av casekommunene har for eksempel kurs for sine ansatte på ulike typer rusmidler, for å lære opp personale i ulike typer rus og deres virkninger. Dette speiler at rus er blant de tyngre utfordringene for kommunene innenfor det psykiske helsearbeidet.

6.8 Kort om utdanningssystemet innenfor relevante profesjoner

Den økende tverrfagligheten i rekrutteringen til det psykiske helsevernet i kommunene speiler den utbyggingen som har funnet sted innenfor relevante profesjonsutdanninger. Særlig godt fornøyd synes mange informanter å være med utviklingen av et treårig utdanningstilbud i psykiatri og psykisk helsearbeid. Dette gir et godt utgangspunkt for å sikre rekrutteringsgrunnlaget av

psykiatrisk profesjonskunnskap inn i det kommunale helsesystemet.

På denne måten har det økte behovet for tverrfaglig kompetanse i det psykiske helsearbeidet i kommunene også blitt fanget opp av nye reglene for opptak til videreutdanning i psykisk helse. Fra å være forbeholdt kun psykiatriske sykepleiere, er de nå utvidet til å gjelde personer med en rekke ulike fagbakgrunner. Dette gjør det mulig også sosionomer og andre til å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid. Dette representerer en stor styrke, skal vi tro mange av informantene i våre casekommuner.

Et eksempel på en tverrfaglig, relativt nyetablert utdanning, er det opplegget for videreutdanning i psykisk arbeid som er etablert ved flere av høyskolene, blant annet Høyskolen Stord Haugesund. Studiet er ment å kvalifisere helse- og sosialarbeidere til et arbeid for personer med psykiske vansker, for eksempel innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten samt innenfor spesialisthelsetjenesten. Denne tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid bygger på en rammeplan som stiller krav om at søkere har 3-årig helse- eller sosialfaglig utdanning på høyere nivå og minst ett års relevant yrkespraksis etter fullført utdanning. Også søkere med 2-årig høyere helse- eller sosialfaglig utdanning etter tidligere rammeplaner kan tas opp, mens søkere med en annen 3-årig høyskole- eller universitetsutdanning kan tas opp etter en vurdering.

Disse relativt nyetablerte utdanningstilbudene er interessante i det de både bygger på tverrfaglighet som grunnide, samt at de ikke stiller noen meget spesifikke krav om forkunnskaper. Også personer med annen 3-årig høyskole- eller universitetsutdanning kan tas opp etter en vurdering. Dette betyr at denne videreutdanningen i psykisk arbeid også gis til personer utenfor det en tradisjonelt har tenkt på som helse- og sosialarbeidere innenfor det psykiske helsearbeidet.

Også innenfor rammeplanen og forskrift for videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid vektlegges tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid. Bakgrunnen for videreutdanningen er ønske om å utvikle gode og helhetlige tjenestetilbud i kommunene for personer med psykiske vansker (Rammeplanen 2005:5). Hensikten er å gi flere yrkesgrupper innenfor helse- og sosialtjenesten økt

kompetanse i psykisk helsearbeid gjennom tverrfaglig videreutdanning (Rammeplanen 2005:5).

Mange av casekommunene verdsetter meget høyt at de ansatte videreutdanner seg innenfor psykisk helsearbeid eller andre relevante fag. Dette har resultert i egne tilpassede ordninger der ansatte kan videreutdanne seg som et ledd i egen kompetanseoppbygging.

6.9 utfordringer

En av de største utfordringene mange av casekommunene gir uttrykk for er i utgangspunktet å forutse behovet. Dette handler både om usikkerhet knyttet til å forutsi behovet for boliger og tjenester generelt, men også knyttet til behovet for personer som allerede er registrert med et behov. Dette siste handler både om behovssituasjonen på det tidspunkt vedkommende bosettes av kommunen og i forhold til den videre utviklingen i vedkommendes behov. Dette betyr at både kapasitetssituasjonen og kompetansebehovet vil være vanskelig å forutse, både på kort og lang sikt.

Som en av informantene i casekommunene uttrykte det:

Noen behov kan du forutse, men det er vanskelig å forutse utviklingen. Dette gjør det vanskelig å planlegge på lang sikt.

Det er også vanskelig å få oversikt over brukergruppene. Man kan kvantifisere pågående tjenester, men det kommer stadig nye tilfeller som ikke lar seg forutse ut fra dette. Dette er en utfordring i forhold til å planlegge utbyggingen av tjenester over tid.

Det kan også i mange tilfeller være vanskelig å få oversikt over den enkeltes behov i selve bosettingsprosessen. Dette har vi blant annet drøftet overfor i forholdet mellom andrelinjetjenesten og kommunene. De psykiatriske sykehusene eller andrelinjetjenesten generelt kan ha observert og gjort seg opp en mening om behovssituasjonen, og hvilke tiltak som bør settes i verk for å avhjelpe dette, men så kan sykdomsbildet endre seg og behovet gi seg et helt annet utslag når vedkommende bosettes i en selvstendig bolig. Dette gjør det vanskelig for kommunene å forutse hvilke

behov og hvilke utfordringer den møter innenfor tjenesteoppfølgingen.

Det er også i mange tilfeller store utfordringene knyttet til selve flytteprosessen, det å flytte en person med psykiske vansker fra et botilbud til et annet. Dette kan i seg selv generere behov som ikke lar seg forutse.

Utover dette viser det seg at flere kommuner, slik det fremkommer i denne studien, både har kapasitetsproblemer og utfordringer knyttet til å oppnå den bredden i kompetansen oppfølging av psykisk syke fordrer. Dette gjelder både i forhold til å gi heldøgns omsorg, men også mer sporadisk tilsyn både dag og kveld. Behovene retter seg særlig mot personer med kombinerte vansker med rus og psykiatri. Her svarer over halvparten av kommunene at det er et stort udekket behov for tjenester.

Mange kommuner i surveyene, svarer da også at de ”både og” er dekket opp kompetansemessig på fagfelt som sykepleie, sykepleie med spesialutdanning i psykiatri, legefaglig kompetanse og kompetanse på diagnoser som psykopati, schizofreni, ADHD, autisme asperger og likende. På områder som ergoterapi og fysioterapi svarer en høy andel at de i liten grad er dekket kompetansemessig. Kompetansemangelen oppleves sterkere blant de tjenesteansvarlige enn blant de boligansvarlige, noe som kan speile hvilke kompetansefelt som er sentrale innenfor henholdsvis det og skaffe til veie bolig og det å gi oppfølging i boligen.

I noen tilfeller kan det være selve turnusordningen det er vanskelig å rekruttere til. Noen av casekommunene velger for eksempel å satse på kontinuerlig døgnbemanning i noen botilbud. Dette vil basere seg på flere dagers sammenhengende vakter. Denne type vakter kan det være vansker knyttet til å bemanne, selv om erfaringene synes noe forskjellig mellom casekommunene. En kommune melder at det så langt ikke har vært noen vansker med å rekruttere til tre dagers vaker, mens en annen melder om vansker med å få folk til å gå i slike vakter.

I andre tilfeller er selve situasjonen så vidt utfordrende at den er vanskelig for kommunen å håndtere. Dette kan for eksempel være knyttet til urolige beboere. Beboere som ruser seg er en annen utfordring. Dette skaper mye uro, både for den enkelte, men også for andre i den grad vedkommende bor i et bofelleskap. Også

svært syke personer, i noen tilfeller potensielt farlige personer, setter kommunenes kapasitet og kompetanse på en hard prøve. Ofte er dette situasjoner som er så unike at det ikke er så lett å forberede seg på. Mye vil måtte baseres på menneskekunnskap og innsikt i de enkelte beboernes situasjon.

For å møte utfordringene knyttet til manglende kompetanse på gitte felt, henvender uansett kommunene seg ofte til DPS og andrelinjetjenesten. Samarbeidet med andrelinjetjenesten har imidlertid et potensiale for forbedring, i følge informantene i denne studien. Slik våre kommunale informanter ser det, henger dette blant annet sammen med en manglende forståelse for kommunenes arbeidsbetingelser. Dette gjelder særlig fraværet av tvang i oppfølgingen, og forståelse for hvilke begrensninger dette setter for en ønsket rehabiliteringsprosess.

7 Kommunal bosetting og oppfølging av personer med psykiske vansker. Hvor lang har vi kommet?

Hvor langt har kommunene kommet i sin håndtering av det ansvaret Opptrappingsplanen legger på dem i form av å bosette og følge opp personer med psykiske vansker? Og for det andre, hvordan ser den nye arbeidsfordelingen ut til å fungere, sett fra kommunenes side?

På hvilke områder synes en å ha funnet frem til gode bosettingsmodeller og på hvilke områder er det enda et stykke igjen til reformen virker etter intensjonene?

Dette skal vi kort se litt på i dette avsluttende kapitlet, men først noen oppsummerende refleksjoner rundt hovedfunn i studien.

7.1 Oppsummerende refleksjoner

De boligløsningene som skaffes til veie for personer med psykiske vansker i kommunene er i utgangspunktet ment midlertidige, på veien mot selvhjelpenhet. Erfaringene fra casekommunene i denne studien er imidlertid at svært få har flyttet ut av boligene og inn i egne selvstendige boliger. Sirkulasjonen er med andre ord lav. Mange føler trygghet i boligene og køen av boligsøkende har en tendens til å bli lang. Mange kommuner opplever derfor at antallet boliger ikke øker like sterkt som behovet.

Enn så lenge har kommunene i stor grad prioritert å bygge ut boliger. Flere informanter hevder imidlertid at tiden nå er inne til å

differensiere boligmassen mer. Mange kommuner ønsker i sterkere grad å selvstendiggjøre den enkelte. En godt tilvendt bosituasjon, gjennom en bemannet personalbase, kan bidra til å undergrave intensjonene om større selvstendighet for beboerne.

Dette går særlig på døgnbemannet versus dagbemannet tilstedeværelse.

I enkelte tilfeller kan langvarige opphold på institusjon bidra til å redusere den enkeltes muligheter til å håndtere et selvstendig boforhold. Mange, særlig unge, har dessuten begrensede rutiner i forhold til grensesetting og ikke minst i forhold til det å bo i et selvstendig boforhold. I en del tilfeller vil dette være rusrelatert.

Uansett vil overgangen fra institusjon til selvstendig bosetting i stor grad handle om en god tjenestetilpasning. Uten en velfungerende oppfølging, vil det være vanskelig for mange å bo selvstendig, uansett boform. Samtidig kan også boformen generere behov, men da andre behov enn de den enkelte hadde når vedkommende eventuelt bodde på institusjon. Dette gjør det både vanskelig å forutse de behov som vil kunne oppstå i en selvstendig bosituasjon, samtidig som boformen ikke kan ses isolert fra tjenestesituasjonen.

Særlig har det fremkommet i studien at det i bofellesskap kan genereres behov som i noen tilfeller kan gjøre oppfølgingen mer krevende enn den ville vært under andre, kanskje mer selvstendige boformer. Det lar seg med andre ord ikke forutsi hva som er det beste boalternativet, samtidig som det viser at det kan være behov for stor fleksibilitet både hva angår boformer og tjenestetilbud i kommunene.

Mange situasjoner og sykdomsbilder lar seg uansett ikke følges opp like godt. Mange tjenesteansvarlige opplever store begrensninger i rammebetingelsene for den kommunale oppfølgingen versus de oppfølgingsmuligheter en institusjon hadde. Dette ligger først og fremst i den frivilligheten som er fundamentet for kommunenes oppfølging. Selv om de færreste motsetter seg kommunenes opplegg er det noen som gjør det, og dette er ofte de som har størst behov for tjenestene. Dette vil igjen kunne vanskeliggjøre den rehabiliterende effekten som en mer selvstendig bosetting er ment å kunne ha.

Personer med psykiatri i kombinasjon med rus har vist seg som en særlig krevende gruppe for kommunene å bosette. Disse personene har også størst behov for heldøgns oppfølging, samtidig som kommunene erfarer at det vanskelig å oppnå positive rehabiliterende effekter.

Dette blir i stor grad både et spørsmål om kapasitet og om tilstrekkelig kompetanse i kommunene. Slik det fremkommer i denne studien har flere kommuner kapasitetsproblemer og utfordringer knyttet til å oppnå den bredden i kompetansen oppfølging av psykisk syke fordrer. Dette gjelder både i forhold til å gi heldøgns omsorg, men også mer sporadisk tilsyn både dag og kveld. Behovene retter seg særlig mot personer med kombinerte vansker med rus og psykiatri.

Kompetansemessig er det stadig begrensninger i kommunene både innenfor fagfelt som sykepleie, sykepleie med spesialutdanning i psykiatri, legefaglig og kompetanse på diagnoser som psykopati, schizofreni, ADHD, autisme asperger og likende. Dette gjelder i enda større grad på områder som ergoterapi og fysioterapi. For å møte utfordringene knyttet til manglende kompetanse på gitte felt, henvender kommunene seg ofte til DPS og andrelinjetjenesten. Studien har imidlertid vist at samarbeidet med andrelinjetjenesten har et potensiale for forbedring. Dette henger blant annet sammen med manglende forståelse hos andrelinjetjenesten for kommunenes arbeidsbetingelser, slik mange av våre informanter ser det.

7.2 Status for bosettingsmodellen

Flere av informantene gir uttrykk for betenkeligheter rundt dagens modell med kommunal bosetting når det kommer til svært alvorlig psykisk syke. Gitt at kommunene er gitt andre rammer for å følge opp og gi tjenester enn det som var tilfelle i institusjoner, reiser flere informanter i casekommunene spørsmålet om hvorvidt selvstendige boliger i kommunene er det rette tilbudet for sykdomstilfeller med behov for spesielt tett oppfølging. Dette gjelder både for den psykiske syke selv og for omgivelsene.

De kanskje største utfordringene slik mange kommuner gir uttrykk for, er de manglende muligheter i kommunene til å sette tvang bak

sine tiltak. Det var imidlertid intensjonen bak Opptrappingsplanen å redusere bruken av tvang. På tross av dette viser mange kommuner til frivillighet som en stor utfordring i forhold til å følge opp særlig personer med tunge tjenestebehov. Problemet slik flere informanter opplever det, er at noen er for syke til å samarbeide og til å se sitt eget beste. De fleste av våre kilder opplever at det er svært vanskelig å oppnå resultater for denne gruppen. Noen lar seg i følge informanter ikke rehabilitere til å låse opp døren. Flere informanter reiser spørsmålet om den frivilligheten som ligger i det kommunale bosettings- og tjenestesystemet er egnet for å nå frem til de alle sykeste.

Selvstendig bosetting i kommunene gir også et fravær av fastlagte rammer. Dette kan være en utfordring for noen, særlig for personer med lengre opphold på psykiatrisk institusjon eller fengsel bak seg. Noen kan fungere veldig bra, gitt de rammer som eksisterer for eksempel på institusjon, mens de fungerer dysfunksjonelt i en selvstendig leilighet. Utfordringen er da å skape tilstrekkelige rammer og rutiner for den enkelte, slik at de opplever den tilstrekkelige tryggheten i det selvstendige boforholdet.

Dette har også et sikkerhetsaspekt ved seg. Flere informanter viser til sikkerheten både for den syke, for eksempel i forhold til å avverge selvskading, og for befolkningen generelt. Noen få har en utagerende eller aggressiv atferd, ofte i kombinasjon med rus, noe som kan redusere impuls kontrollen ytterligere. Samtidig er hjelpeapparatet i kommunen uten de nødvendige virkemidler til å sette makt bak de tiltak de mener er påkrevd for å få situasjonen under kontroll. En informant karakteriserer dette som ”tikkende bomber, det ingen har fullmakt til å gripe inn”.

Hvordan en forholder seg til disse problemstillingene handler også om hva en ser som hovedintensjonene bak bosettingsstrategiene. Dette spørsmålet fremheves av flere av de kommunale informantene. Er formålet å normalisere og rehabilitere tilbake til en ordinær mestringssituasjon eller er intensjonen at beboerne skal bosettes med kommunal bistand livet ut? En av informantene uttrykker det slik:

Skal vi tenke at målet ved vårt arbeid skal være normalisering eller skal vi tenke at beboerne skal bo i boligen til de dør?

Dette er særlig aktuelt i forhold til de beboerne som har behov for nærmere 24 timers oppfølging. Av flere informanter regnes disse mer som institusjonskandidater, hvor det av flere reises tvil om selvstendig bolig i kommunene er det rette tilbudet.

Gitt at Opptrappingsplanen bygget på normalisering som grunnleggende ide, vil det kanskje være noen personer som ikke helt passer inn i kommunenes bosettings- og oppfølgingsstrategier. Dette kan være personer det vil være vanskelig å finne gode løsninger for, innenfor det handlingsrommet og de virkemidlene kommunene rår over i dette arbeidet. I kommunenes arbeid kommer en raskt opp i etiske utfordringer og dilemmaer når normaliseringen skal implementeres. Det må også være praktisk gjennomførbart for den enkelte.

Bosettingsprosessene begynte i mange kommuner med de personene som var lettest å bosette, for deretter å finne løsninger for de mer krevende. Det kommunene nå står igjen med av uløste eller utfordrende oppgaver, er i mange tilfeller de mest kompliserte tilfellene der en ikke opplever å nå igjennom med de virkemidlene en har tilgjengelig.

Som en informant sier det:

Kan ha mye ideologisering om normalisering, men det finnes alltid unntak. Nå har vi kommet til unntakene.
Hva gjør vi da?

Mange av disse personene har derfor blitt boende lengst mulig på institusjon. Samme informant hevder derfor at:

Mange burde vært utskrevet for lenge siden, men kommunene hadde jo ikke noe tilbud. Nå er vi inne i en fase hvor de kompliserte sakene skal over til kommunene.

De mange unntakene gjør at kommunene må ha et differensiert tilbud både for boløsninger og oppfølgingstjenester. Dette er lettest for de større bykommunene, sammenliknet med de mindre kommunene, selv om tendensen er at det er de større casekommunene som har flest tunge tilfeller.

7.3 Utfordringer videre

Hva synes så å være den største utfordringen fremover, i kjølvannet av Opptappingsplanen? I den fasen kommunene nå er inne i, er overføringene fra staten til avsluttet og det psykiske helsearbeidet skal i sin helhet inn i de ordinære kommunale budsjettene. Dette gir en helt annen prioriteringssituasjon. Kommunepolitikere må verdsette denne delen av helseomsorgen og foreta disponeringer som setter oppfølgingstjenesten i stand til å følge opp arbeidet videre. Her kan det ligge en utfordring.

Som en sentral informant i en av casekommunene opplever det, så har de vokst faglig, steg for steg, men den ”politiske delen har ikke fulgt med”. Gitt at staten overførte midler til kommunene for å iverksette de store reformer som lå i Opptappingsplanen for det kommunale bolig og tjenesteapparatet, var veksten i de psykiske helsetjenestene på mange måter en vekst som var gitt av staten. De kommunale politikerne slapp å prioritere disse oppgavene opp mot andre kommunale oppgaver. Nå har en kommet til et punkt hvor kommunene selv må ta ansvaret for å videreføre disse oppgavene, samtidig som oppgavefeltet har vært bygget ut over flere år. En slik utvikling kan det være krevende å følge opp kommunalpolitisk, og en vil måtte vedlikeholde og videreutvikle bolig- og tjenesteapparatet, kapasitets- og kompetansesituasjonen i kommunene uten at en kan forvente at midlene skal vokse i samme takt som i årene under Opptappingsplanen.

Så lenge staten har tatt de finansielle belastningene ved det arbeidet kommunene her har gjort, kan det være at det gjenstår et stykke arbeid når det kommer til å realitetsorientere aktørene i de kommunale politiske beslutningsorganene om kostnadene ved å videreføre dette arbeidet. Fortsatt er det dessuten mange personer som venter blant annet i andrelinjetjenesten på å bli bosatt av kommunene. Det styringspolitiske paradokset, sett fra kommunenes side, ligger i at det psykiske helsearbeidet har vokst betydelig lokalt med Opptappingsplanen, samtidig som dette mange steder ikke har ligget like tett på den politiske dagsordenen som de oppgavene som må gå direkte av kommunenes egne budsjetter.

Enn så lenge er ikke psykisk helsearbeidet et tjenesteområde som nedprioriteres i kommunene. Utfordringen er heller at det her er

stadig nye oppgaver som må løses og det betinger en kommunal prioritering og et kommunalt nærvær fremover, om intensjonene i Opptrappingsplanen skal realiseres på lengre sikt. Et interessant spørsmål for videre forskning, vil da være hvordan kommunene møter denne utfordringen. Et mulig scenario kan være at grensene for hva som er det kommunale ansvaret innenfor psykisk helsearbeid gradvis defineres om og flyttes. Dette kan for eksempel gi seg utslag i en sterkere prioritering av hvem som skal få bistand til erverv av bolig i tiden som kommer. Disse spørsmålene gjør kommunenes oppfølging av psykiske helse til et spennende forskningsområde i år fremover.

Litteratur

- Barlindhaug, Rolf og Medby, Per (2007): Subsidiemodellen innenfor boligtilskuddet. Evaluering av omleggingen av modellen. NIBR-rapport 2007:7.
- Dyb, Evelyn (2005): Prosjekt bostedsløse – Evaluering av et fireåring nasjonalt prosjekt. Norges Byggforskningsinstitutt, Skriftserien, 2005:7.
- Dyb, Evelyn (2006): Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser. Vurdering av behovet 2006 – 2008. Norges Byggforskningsinstitutt, prosjektrapport 401.
- Dyb, Evelyn og Myrvold, Trine Monica (2009): *Omsorgsboliger for psykisk syke. Evaluering av Husbankens arbeid*. NIBR-rapport 2009:25.
- Egeberg, Morten (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*, Aschehoug/Tanum Nordli, Oslo
- Gulick, Luther (1969): *Papers on the science of administration*. Reprints of economic classics. Kelly, Clifton, New Jersey.
- Hansen, Thorbjørn, Holm, Arne og Østerby, Steinar (2004): Bostedsløshet i Norge 2003 – en kartlegging. Norges Byggforskningsinstitutt, prosjektrapport 371.
- Hansen, Thorbjørn, Dyb, Evelyn og Østerby, Steinar (2006): Bostedsløshet i Norge 2005 – en kartlegging. Norges Byggforskningsinstitutt, prosjektrapport 403.
- Holm, Arne (2006): Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte. En studie av fire kommuners

oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Norges Byggforskningsinstitutt, prosjektrapport 398.

Holm, Arne og Nørve, Siri (2007): Bostedsløse i små og mellomstore kommuner. Strategier i arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet. NIBR-rapport 2007:8.

Kristofersen, Lars B. (2007): Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern. NIBR-rapport 2007:13.

Maslow, A.H. (1954/1987): Motivation and Personality. Harper Collins Publishers, New York.

Myrvold, Trine M. (2004): Et helhetlig tilbud for mennesker med psykiske problemer. Kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet.

Myrvold, Trine Monica, Berglund, Frode og Helgesen, Marit (2008): *Psykiske sykes levekår*. NIBR rapport 2008:32, Oslo.

Myrvold, Trine M. og Helgesen, Marit (2009): Kommunenes organisering av psykisk helsearbeid. NIBR-rapport 2009:4.

Ose, Solveig Osborg, Haus-Reve, Silje og Kaspersen, Silje L. (2010): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009. SINTEF.

Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid, fastsatt 1. desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet (2005): Veileder

St. melding nr. 50 (1996-97): Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet - respekt - kvalitet

Sosial- og helsedepartementet

St.meld,nr 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetjenestene. Sosial- og helsedepartementet.

-
- St.prp.nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sverdrup, Sidsel, Myrvold, Trine M. og Kristofersen, Lars B. (2007): Brukermedvirkning og psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. NIBR-rapport 2007:2.
- Tranvik, Tommy og Fimreite, Anne Lise (2006): *Reform failure: The processes of devolution and centralisation in Norway*. Local Government Studies, 32 (1) s. 89-107.
- Ytrehus, Siri og Hansen, Inger Lise Skog (2005): Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på: Kartlegging av udekkede tjeneste og boligbehov blant personer med psykiske lidelser. FAFO rapport.
- Ulfrstad, Lars-Marius (1997): Bostedsløshet i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet. Norges Byggeforskningsinstitutt, prosjektrapport 216.
- Yin, R.K. (1989): Case Study Research. Design and Methods. Sage Publications. Newbury Park, London, New Delhi.

Vedlegg 1

Spørreskjema til boligsansvarlig i kommunene

Norsk institutt for by- og regionsforskning gjennomfører i samarbeid med Mental Helse Norge en studie av bolig og tjenester for personer med psykiske vansker i et utvalg av norske kommuner. Hensikten er å rette oppmerksomheten mot kommunenes innsats for å bosette og følge opp personer med psykiske vansker.

I dette spørreskjemaet spør vi om bolig. Der vi innledningsvis spør om antall, så gi et anslag om du ikke vet nøyaktig.

Vi håper du har litt tid å avse slik at vi kan få et innblikk i hvordan nettopp din kommune har løst disse utfordringene. Det er viktige erfaringer for oss, slik at vi kan gi et best mulig bilde av den situasjonen norske kommuner er i når disse oppgavene skal løses.

Alle data anonymiseres i den endelige rapporten og alle muligheter for å spore svarene til din kommune slettes.

Vi håper du har noen få minutter å avsette til å svare på disse spørsmålene. Det vil være til stor nytte for oss. Lurer du på noe, ta kontakt med Arne Holm på mail arne.holm@nibr.no eller telefon 22 96 88 08. Er det et spørsmål som ikke passer for din situasjon svarer du ikke relevant.

Lykke til med utfyllingen.

Hvor mange personer med psykiske vansker har kommunen bosatt, med bolig innenfor følgende boformer? Angi antall.

Spredte kommunale boliger i alminnelige borettslag/sameier

Samlokaliserte boliger

Boteam

Bofelleskap med dagtjenester

Bofellesskap med døgn tjenester

Bosentra

Psykiogeriatriske avdelinger

Rehabiliteringsboliger for psykiatri, med rusproblematikk

Annet (spesifiser under):

Hvis 'Annet', spesifiser eventuelle andre botiltak og antall personer i disse her:

Hvilke støttefunksjoner er viktige å ha i tilknytning til boliger for personer med psykiske vansker? Sett kryss.

	Viktig	Både og Lite viktig	Vet ikke	Ikke relevant
Personalbase	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kantine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Areal for sosiale aktiviteter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Annet, spesifiser under	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Annet, i så fall hva?

UTFORDRINGER

Hvor utbredt er følgende utfordringer i bosettingen av personer med psykiske vansker? Sett kryss.

	Meget utbredt	Utbredt	Både og Lite utbredt	Vet ikke	Ikke relevant
Hjelpebehovene er store	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Den enkelte er lite motivert for å bo selvstendig.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Den enkelte er lite motivert for å motta tjenester.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Beboerne har lite botrening.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Beboerne har bodd for lenge på institusjon og blitt vant til tett oppfølging.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Konflikter i forhold til andre i bofellesskapet.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Forhindre uønsket besøk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ikke tilstrekkelig egnede tjenester?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For liten kunnskap om den enkeltes behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite kunnskap/erfaring til å definere den enkeltes behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskelig å finne egnet bolig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre utfordringer i forhold til bosetting, spesifiser.

I forhold til hvilke grupper med psykiske vansker har kommunen størst utfordringer med å bosette?

Hva er grunnen til dette?

I hvor stor grad er kapasiteten innenfor følgende boformer tilstrekkelig i forhold til å dekke behovet for personer med psykiske vansker?

	I høy grad	Både og I liten grad	Vet ikke	Ikke relevant
Sprente kommunale boliger i alminnelige borettslag/sameier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samlokaliserte boliger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bofellesskap med dagtjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bofellesskap med døgntjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bosentra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykogeriatriske avdelinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringsboliger for psykiatri, med rusproblematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan er kapasiteten i forhold til behov innenfor eventuelle andre boformer for personer med psykiske vansker?

Hvordan er kommunens behov for boliger dekket for følgende grupper med psykiske vansker? Sett kryss?

	Stort behov for flere boliger	Moderat behov for flere boliger	Ikke behov for flere boliger	Vet ikke	Ikke relevant
Personer med diagnoser som psykoser, schizofreni og liknende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med diagnoser som ADHD, autisme, asperger og liknende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med lettere psykiske vansker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personer med kombinasjon av psykiatri
og
rus.



Er det andre grupper med psykiske vansker der det eksisterer et behov for flere boliger?

TILTAK I BOLIGENE

Har kommunen satt i verk felles ordensregler for bofelleskapene? Sett inn kryss?

Ja Nei Vet ikke Ikke relevant



Hvis ja, hvilke? Sett kryss.

Ja Nei Vet ikke Ikke relevant

Kveldsstenge dører

Besøksregler

Rusfrihet

Eventuelle andre igangsatte ordensregler i boligene.

I hvilken grad har boforholdene i boligene rehabiliterende effekt på beboerne? Sett kryss.

Meget ofte Ofte Av og til Sjelden Meget sjelden Vet ikke Ikke aktuelt



Hender det at noen av beboerne med psykiske vansker flytter over i selvstendige boliger? Sett kryss:

Meget ofte Ofte Av og til Sjelden Meget sjelden Vet ikke Ikke aktuelt



Kompetanse

I hvilken grad har kommunen generelt tilstrekkelig kompetanse i forhold til å løse utfordringene knyttet til bosetting av personer med psykiske vansker? Sett kryss.

I meget høy grad I høy grad Både og I liten grad I svært liten grad Vet ikke Ikke relevant



I hvilken grad anser kommunen seg dekket innenfor følgende kompetansefelt, i forhold til bosetting av personer med psykiske vansker? Sett kryss.

	I meget høy grad dekket	I høy grad dekket	Både og	I liten grad dekket	I meget liten grad dekket	Vet ikke	Ikke relevant
Sykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleie med spesialutdanning i psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legefaglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergoterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeidere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosionomkompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusfaglig kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse på diagnoser som psykopati og schizofeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse på diagnoser som ADHD, autisme og asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du kommentarer til kompetansebehovet i kommunen i forhold til å sikre en god og tilpasset bosetting for personer med psykiske vansker?

Der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse, hvor innhenter en den nødvendige kompetansen? Sett kryss.

	Meget ofte	Ofte	Både og	Sjelden	Meget sjelden	Vet ikke	Ikke relevant
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
privatpraktiserende leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunale leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kommunale etater, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre kommunale etater eller andre der en innhenter nødvendig kompetanse.

Hvilke tiltak har kommunen satt i verk for å styrke kompetansen på områder der en opplever denne som utilstrekkelig? Sett kryss

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke relevant
Gjennom nyrekruttering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videreutdanne eget personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søkt tilskudd til videreutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke andre tiltak har kommunen eventuelt satt i verk for å styrke kompetansen på områder der en opplever at den er utilstrekkelig?

Samarbeid

I bosettingsprosessen, i hvilken grad samarbeider kommunen med aktører utenfor kommunen? Sett kryss

	Svært ofte	Ofte	Både og	Sjelden	Svært sjelden	Vet ikke	Ikke relevant
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatriske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatiske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser under.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke andre samarbeider kommunen eventuelt med i bosettingsarbeidet, utenfor kommunen?

I bosettingsprosessen, i hvilken grad samarbeide en med andre aktører innenfor kommunen? Sett kryss.

	Svært ofte	Ofte	Både og	Sjelden	Svært sjelden	Vet ikke	Ikke relevant
Tjenesteytende enhet innenfor helse- og sosialsektoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelpstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunelege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke andre aktører innenfor kommunen samarbeider en med, i forbindelse med bosetting av personer med psykiske vansker?

Hvor viktige er de ulike samarbeidspartnerne utenfor kommunen ved bosetting av personer med psykiske vansker? Sett kryss.

	Svært viktige	Viktige	Både og	Sjelden viktige	Ikke viktige	Vet ikke	Ikke relevant
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatriske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatiske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre, i så fall hvilke?

Hvor viktige er de ulike samarbeidspartnerne innenfor kommunen ved bosetting av personer med psykiske vansker. Sett kryss.

	Svært viktige	Viktige	Både og	Sjelden viktige	Ikke viktige	Vet ikke	Ikke relevant
Tjenesteytende enhet innenfor helse- og sosialsektoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelpstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunelege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser under.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det eventuelle andre aktører innenfor kommunen som anses som viktige samarbeidspartnere i bosettingsarbeidet?

Tusen takk for at du tok deg tid.

Vedlegg 2

Spørreskjema til tjenesteansvarlig i kommunene

Tjenester

Norsk institutt for by- og regionsforskning gjennomfører i samarbeid med Mental Helse Norge en studie av bolig og tjenester for personer med psykiske vansker i et utvalg av norske kommuner. Hensikten er å rette oppmerksomheten mot kommunenes innsats for å bosette og følge opp personer med psykiske vansker.

I dette spørreskjemaet spør vi om tjenester. Der vi innledningsvis spør om andeler, så gi et anslag om du ikke vet nøyaktig.

Vi håper du har litt tid å avse slik at vi kan få et innblikk i hvordan nettopp din kommune har løst disse utfordringene. Det er viktige erfaringer for oss, slik at vi kan gi et best mulig bilde av den situasjonen norske kommuner er i når disse oppgavene skal løses.

Alle data anonymiseres i den endelige rapporten og alle muligheter for å spore svarene til din kommune slettes.

Vi håper du har noen få minutter å avsette til å svare på disse spørsmålene. Det vil være til stor nytte for oss. Lurer du på noe, ta kontakt med Arne Holm på mail arne.holm@nibr.no eller telefon 22 96 88 08. Er det et spørsmål som ikke passer for din situasjon svarer du ikke relevant.

Lykke til med utfyllingen.

Anslagsvis, hvor høy andel av personer med psykiske vansker bosatt av kommunen, følges opp med følgende tjenester? Sett ett kryss pr linje, selv om kategoriene kan være tildels overlappende.

	100%	99-75%	50%	49-25%	24-0%
Heldøgns ettersyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging fra psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sporadisk tilsyn dag/kveld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anslagsvis, hvor mange timer med tjenester får beboere innenfor følgende boformer?

	1-3 timer	4-6 timer	7-10 timer	11-13 timer	14 timer eller mer
Sprente kommunale boliger i allminnelige borettslag/sameier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samlokaliserte boliger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bofellesskap med dagtjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bofellesskap med døgtjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bosentra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiogeriatriske avdelinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringsboliger for psykiatri, med rusproblematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utfordringer

Hvor utbredt er følgende utfordringer i forhold til å gi tjenester i hjemmet til personer med psykiske vansker?

	Meget utbredt	Noe utbredt	Både og	Lite utbredt	Meget lite utbredt	Vet ikke	Ikke relevant
Hjelpebehovene er meget store	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange har komplekse diagnoser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den enkelte er lite motivert til å motta tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den enkelte er lite motivert for å bo selvstendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beboerne har lite botrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beboerne har bodd lenge på institusjon og	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

blitt vant til tett oppfølging							
Konflikter i forhold til andre i bofellesskapet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig besøk utenfra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ikke tilstrekkelig egnede tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For liten kunnskap om den enkeltes behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For liten kunnskap/erfaring til å definere den enkeltes behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskelig å finne frem til egnede tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifisert under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Øvrige utfordringer i forhold til å gi tjenester i hjemmet.

I forhold til hvilke grupper med psykiske vansker har kommunen størst utfordringer med å gi tilpassede tjenester?

Hva er grunnene til dette?

Hvilke former for tjenesteoppfølging fungerer best i forhold til følgende grupper? Sett kryss.

	Heldøgns ettersyn	Hjemmetj enester	Oppfølging fra psykiatrisk sykepleier	Sporadisk tilsyn dag/kveld	Hjemme hjelp	Annet, spesifiser under
Personer med diagnoser som psykoser, schizofreni eller liknende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med diagnoser som ADHD, autisme, asperger og liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med lettere psykiske vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med kombinasjon av psykiatri og rus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spesifiseringer

I hvilken grad oppnår en positive rehabiliterende effekter i forhold til følgende grupper?

	I meget stor grad	I stor grad	Både og	I mindre grad	I meget liten grad	Annet, spesifiser under
Personer med diagnoser som psykoser, schizofreni eller liknende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med diagnoser som ADHD, autisme, asperger og liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med lettere psykiske vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med kombinasjon av psykiatri og rus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spesifiseringer til spørsmålet over.

I hvor stor grad er kapasiteten innenfor følgende tjenester i kommunen tilstrekkelig i forhold til å dekke behovet for personer med psykiske vansker?

	I meget høy grad	I høy grad	Både og	I liten grad	I meget liten grad	vet ikke	Ikke relevant
Heldøgns omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging fra psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spradisk tilsyn dag/kveld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spesifiseringer til spørsmålet om kapasitet.

I hvilken grad har kommunen et udekket behov for tjenester i forhold til følgende grupper med personer med psykiske vansker? Sett kryss.

	Stort udekket behov	Moderat udekket behov	Ikke udekkede behov	Vet ikke	Ikke relevant
Personer med diagnoser som psykoser, schizofreni eller liknende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med diagnoser som ADHD, autisme, asperger eller liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med lettere psykiske vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med kombinasjon av psykiatri og rus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grupper, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behovsdekking for andre grupper med psykiske vansker.

Tiltak i boligene

Har kommunen satt i verk felles ordensregler ved bofellesskapene?

Ja Nei Vet ikke Ikke relevant

I den grad det er satt i verk felles ordensregler for bofellesskapene, i hvilken grad er følgende tiltak gunstige for tjenesteapparatets oppfølging av den enkelte?

	Meget gunstig	Gunstig	Både og	Ugunstig	Meget ugunstig	Ingen effekt	Vet ikke	Ikke relevant
Kveldsstengte dører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøksregler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusfrihet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spesifiseringer av ordensregler for bofellesskapene, se spørsmålet over.

I hvilken grad har tjenestene i boligene rehabiliterende effekt på beboerne? Sett kryss.

Meget ofte Ofte Av og til Sjelden Meget sjelden Vet ikke Ikke relevant

Hvor ofte må dere generelt øke tjenestetilbudet for personer med psykiske vansker? Sett kryss.

Meget ofte Ofte Av og til Sjelden Meget sjelden Vet ikke Ikke relevant

Hvor ofte reduserer dere tjenestetilbudet for personer med psykiske vansker? Sett kryss.

Meget ofte Ofte Av og til Sjelden Meget sjelden Vet ikke Ikke relevant

Hvor ofte flytter personer bosatt med bakgrunn i psykiske vansker ut av boligene og over i egen eid bolig?

Meget ofte Ofte Av og til Sjelden Meget sjelden Vet ikke Ikke relevant

Kompetanse og samarbeid

I hvilken grad har kommunen generelt tilstrekkelig kompetanse i forhold til å gi tilpassede tjenester i hjemmet til personer med psykiske vansker. Sett kryss.

I meget høy grad I høy grad Både og I liten grad I svært liten grad Vet ikke Ikke relevant

I hvilken grad anser kommunen seg dekket innenfor følgende kompetansefelt, i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker? Sett kryss.

	I meget høy grad dekket	I høy grad dekket	Både og	I liten grad dekket	I meget liten grad dekket	Vet ikke	Ikke relevant
Sykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleie med spesialutdanning psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legefaglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergoterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeidere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosionomkompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusfaglig kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse på diagnoser som psykopati, schizofreni og liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse på diagnoser som ADHD, autisme, Asperger og liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du kommentarer til kompetansebehovet i kommunen i forhold til å gi tilpassede tjenester for personer med psykiske vansker?

I hvilken grad arbeider kommunen tverrfaglig i forhold til å gi tjenester til personer med psykiske vansker? Sett kryss?

I meget høy grad I høy grad Både og I liten grad I meget liten grad Vet ikke Ikke relevant

I den grad kommunen arbeider tverrfaglig på dette området, hvilke av følgende yrkesgrupper deltar i det tverrfaglige samarbeidet? Sett flere kryss om nødvendig.

Vernepleiere	<input type="checkbox"/>
Sykepleiere	<input type="checkbox"/>
Sykepleiere med videreutdanning i psykiatri	<input type="checkbox"/>
Leger	<input type="checkbox"/>
Ergoterapeuter	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeuter	<input type="checkbox"/>
Sosionomer	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser under	<input type="checkbox"/>

Andre grupper som inngår i det tverrfaglige samarbeid, jamfør spørsmålet over.

I den grad kommunen anser å ha udekkede kompetansebehov i forhold til å gi tilpassede tjenester til personer med psykiske vansker, hva er grunnene til dette?

	I meget stor grad	I stor grad	Både og	I liten grad	I meget liten grad	Vet ikke	Ikke relevant
Vanskelig å rekruttere kompetente medarbeidere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskelig å videreutdanne medarbeidere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Budsjettsituasjonen i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre grunner for det udekkede kompetansebehovet i kommunen på dette området.

Der kommunen opplever å ha utilstrekkelig kompetanse, hvor innhenter kommunen i så fall den nødvendige kompetansen? Sett kryss.

	Meget ofte	Ofte	Både og	Sjelden	Meget sjelden	Vet ikke	Ikke relevant
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatiske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunale leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kommunale etater, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre kommunale etater eller andre der en henter inn nødvendig kompetanse.

Hvor viktig er samarbeid med følgende instanser i forhold til å gi tilpassede tjenester til pesoner med psykiske vansker? Sett kryss.

	Svært viktig	Viktig	Både og	Lite viktig	Svært lite viktig	Vet ikke	Ikke relevant
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatiske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunale leger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kommunale etater, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spesifiseringer, andre viktige samarbeidspartnere.

Hvilke tiltak har kommunen eventuelt kommunen har satt i verk for å styrke egen kompetanse på dette området? Sett kryss.

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke relevant
Gjennom nyrekruttering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videreutdanne eget personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søkt tilskudd til videreutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre tiltak for å styrke egen kompetanse på området tjenester for personer med psykiske vansker.

Hvor viktig er de ulike samarbeidspartnerne i forhold til å gi tilpasse tjenester til personer med psykiske vansker? Sett kryss.

	Svært viktig	Viktig	Både og	Lite viktig	Svært lite viktig	Vet ikke	Ikke relevant
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatriske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatiske sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende primærleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser under.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre viktige samarbeidspartnere utenfor kommunen.

Tusen takk for at du tok deg tid.