

Trine Monica Myrvold,
Marit Kristine Helgesen,
og Lillin Knudtzon

Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Evaluering av
Storbysatsingen i psykisk
helse

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2009:4

Kommunalt psykisk helsearbeid

Organisering, samarbeid og samordning

NIBR-rapport 2008:16

Psykisk helse og psykisk sykdom

Innbyggernes kunnskaper og holdninger

NIBR-rapport 2007:2

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Idealer og realiteter

Rapportene koster kr 250,-, 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

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Trine Monica Myrvold,
Marit Kristine Helgesen og Lillin Knudtson

Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse

NIBR-rapport 2009:24

Tittel: **Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse**

Forfatter: Trine M. Myrvold,
Marit Kristine Helgesen og
Lillin Knudtzon

NIBR-rapport: 2009:24
ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-812-2
Prosjektnummer: O-2471
Prosjektnavn: Evaluering av Storbysatsingen
Oppdragsgiver: Helsedirektoratet
Prosjektleder: Trine Monica Myrvold

Referat: Storbysatsingen består av øremerkede midler til de fire største byene for å utvikle tiltak for mennesker med alvorlig psykisk sykdom med liten kontakt med det øvrige hjelpeapparatet. Innenfor satsingen er det iverksatt over 20 ulike tiltak. Stort sett ivaretar tiltakene målsetningene med Storbysatsingen på en god måte.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Oktober 2009

Antall sider: 330

Pris: Kr 350,-

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
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2009

Forord

Det foreliggende arbeidet utgjør sluttrapporteringen fra prosjektet *Evaluering av økt ramme til storbyene innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse*, utført på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Rapporten er skrevet av forskerne Trine Myrvold, Marit Helgesen og Lillin Knudtzon. Trine Myrvold har vært prosjektleder. Helgesen har hatt særlig ansvar for gjennomgangen av tiltakene i Bergen og Trondheim, mens Knudtzon har hatt hovedansvar for gjennomgangen av fire utvalgte tiltak i Oslo. Forsker Evelyn Dyb har deltatt i arbeidet med å utforme og gjennomføre registreringen av brukere av storbytiltakene.

Forfatterne vil takke våre informanter i de fire byene, hos fylkesmennene og hos helsemyndighetene for at de har latt seg intervjuer i forbindelse med prosjektet. Også en stor takk til ansatte i storbytiltakene som har bidratt både i intervjuer og med registrering av brukere. Brukere og pårørende som har stilt opp til intervju fortjener en særlig honnør!

Oslo, oktober 2009

Trine Monica Myrvold

Forskningsjef/prosjektleder

Innhold

Forord	3
Tabelloversikt.....	9
Figuroversikt	10
Sammendrag.....	11
Summary	17
DEL I EVALUERINGSOPPLEGGET	24
1 Innledning.....	25
1.1 Tema for rapporten	25
1.2 Nærmere om problemstillingene for evalueringen	26
1.3 Evalueringsopplegget: Målevaluering og programteori	27
1.4 Rapportens disposisjon	32
2 Data, metode, evalueringsdesign.....	34
2.1 Datatilfang og metodebruk i evalueringen	34
2.1.1 Kvantitative datakilder	36
2.1.2 Kvalitative datakilder	37
2.1.3 Utvalg av tiltak for nærmere studier.....	39
DEL II ORGANISERINGEN OG STYRINGEN AV SATSINGEN	40
3 Organiseringen av Storbysatsingen.....	41
3.1 Innledning	41
3.2 Mandatet.....	42
3.3 Arbeidet i hurtigarbeidende prosjektgruppe	43
3.4 Oppsummering	53
DEL III STORBYENES PROSJEKTER	55
4 Storbysatsingens mål: spørsmål for vurdering av tiltakene	56
4.1 Innledning	56

4.2	Spørsmål for drøfting og vurdering	57
4.2.1	Identifisering og videreformidling av folk i målgruppen	57
4.2.2	Kompetent hjelp	58
4.2.3	Helhetlig og samordnet tilbud.....	58
4.2.4	Bruker- og pårørendemedvirkning	59
4.3	Videre behandling av spørsmålene	60
5	Oslo kommunes prosjekter.....	61
5.1	Innledning	61
5.2	Oslos prosjekter – en oversikt	61
5.2.1	Prosessen med å få frem prosjekter	61
5.3	To skritt fram (Ungbo).....	71
5.3.1	Beskrivelse av tiltaket	71
5.3.2	Ivaretas målene med Storbysatsingen i <i>To skritt fram</i> ?	74
5.3.3	<i>To skritt fram</i> : Vurderinger, utfordringer	78
5.4	Grefsenlia	79
5.4.1	Beskrivelse av tiltaket	79
5.4.2	Hvordan ivaretar <i>Grefsenlia</i> målsetningene for Storbysatsingen?	81
5.4.3	<i>Grefsenlia</i> : Vurderinger, utfordringer	85
5.5	Bolig Schu	86
5.5.1	Beskrivelse av tiltaket	86
5.5.2	Drøfte tiltaket i forhold til:	88
5.5.3	<i>Bolig Schu</i> : Vurderinger, utfordringer	90
5.6	Lassonløkken	91
5.6.1	Beskrivelse av tiltaket	91
5.6.2	Hvordan ivaretar <i>Lassonløkken</i> målene i Storbysatsingen?	94
5.6.3	<i>Lassonløkken</i> : Vurderinger, utfordringer.....	98
5.7	Dobbeltprosjektet	99
5.7.1	Beskrivelse av tiltaket	99
5.7.2	I hvilken grad tilfredsstillter <i>Dobbeltprosjektet</i> målsetningene i Storbysatsingen?.....	101
5.7.3	<i>Dobbeltprosjektet</i> : Vurderinger, utfordringer	107
5.8	Institusjonsprosjektet	108
5.8.1	Beskrivelse av tiltaket	108
5.8.2	Bidrar <i>Institusjonsprosjektet</i> til å realisere målene i Storbysatsingen.....	111
5.8.3	<i>Institusjonsprosjektet</i> : Vurderinger, utfordringer.....	115
5.9	Styrking av Barnevernvakta	115

5.9.1	Hvordan ivaretar <i>Styrking av barnevernvakta</i> målene i Storbysatsingen?	117
5.9.2	<i>Styrking av Barnevernvakta</i> : Vurderinger, utfordringer	121
5.10	Værestedet Trefoldighet/Sentrumsprosjektet	122
5.10.1	Beskrivelse av tiltaket	122
5.10.2	Hvordan ivaretar Værestedet Trefoldighet målene i Storbysatsingen?	124
5.10.3	<i>Værestedet Trefoldighet</i> : Vurderinger, utfordringer	127
5.11	Psykisk helse i Oslo-skolen.....	127
5.11.1	Beskrivelse av prosjektet.....	128
5.11.2	Prosjektet og målene fra Hurtigarbeidende gruppe .	135
5.11.3	<i>Psykisk helse i Oslo-skolen</i> : Oppsummering.....	140
5.12	Akutteamet Oslo Legevakt	142
5.12.1	Beskrivelse av tiltaket	142
5.12.2	Hvordan ivaretar Akutteamet målene i Storbysatsingen?	153
5.12.3	Oppsummering	162
5.13	Min Plan ved Fredensborg bosenter	164
5.13.1	Beskrivelse av tiltaket	164
5.13.2	Hvordan ivaretar Min Plan målene i Storbysatsingen?:.....	168
5.13.3	<i>Min Plan</i> : Oppsummering og vurdering.....	179
5.14	Schandorffsgate	181
5.14.1	Beskrivelse av tiltaket	181
5.14.2	Hvordan ivaretar <i>Schandorffsgate</i> målene i Storbysatsingen?	187
5.14.3	<i>Schandorffsgate</i> : Oppsummering	195
5.15	Oslo kommunes psykiske helsearbeid – Storbytiltakenes rolle	198
6	Bergen kommunes prosjekter.....	201
6.1	Innledning	201
6.2	Bergen kommunes prosjekter – en oversikt.....	201
6.3	Kringsjøveien bosenter.....	207
6.3.1	Beskrivelse av tiltaket	207
6.3.2	Ivaretar Kringsjøveien målene satt i Storbysatsingen?	209
6.3.3	Kringsjøveien: Oppsummering og vurdering.....	211
6.4	Landåsveien bofellesskap.....	212
6.4.1	Beskrivelse av tiltaket	212
6.4.2	Ivaretar <i>Landåsveien</i> målene i Storbysatsingen?	214

6.4.3	Landåsveien bofellesskap: Oppsummering.....	220
6.5	Livskrisehjelpen.....	221
6.5.1	Beskrivelse av tiltaket	221
6.5.2	Hvordan ivaretar <i>Livskrisehjelpen</i> målene i Storbysatsingen?	222
6.5.3	<i>Livskrisehjelpen</i> : Oppsummering.....	224
6.6	Bergen kommunes psykiske helsearbeid – Storbytiltakenes rolle	225
7	Trondheim kommunes prosjekter	227
7.1	Innledning	227
7.2	Trondheims prosjekter – en oversikt.....	227
7.3	Kvelds- og helgetilbud til personer med rus- og psykiatriproblemer (<i>KART</i>).....	230
7.3.1	Beskrivelse av tiltaket	230
7.3.2	Hvordan ivaretar <i>KART</i> målene i Storbysatsingen?	232
7.3.3	<i>KART</i> : Oppsummering.....	233
7.4	Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam (<i>PART</i>) ...	233
7.4.1	Beskrivelse av tiltaket	233
7.4.2	Hvordan ivaretas <i>PART</i> målene i Storbysatsingen?	235
7.4.3	<i>PART</i> : Oppsummering.....	240
7.5	Kriseplass kveld/natt.....	241
7.5.1	Beskrivelse av tiltaket	241
7.5.2	<i>Natt-/kriseplass</i> : Oppsummering	244
7.6	Tett på.....	244
7.6.1	Beskrivelse av tiltaket	244
7.6.2	Hvordan ivaretar <i>Tett på</i> målsetningene i Storbysatsingen?	246
7.6.3	<i>Tett på</i> : Oppsummering	247
7.7	Trondheim kommunes psykiske helsearbeid – Storbytiltakenes rolle	248
8	Stavanger kommunes prosjekter	249
8.1	Innledning	249
8.2	Stavangers prosjekter – en oversikt.....	250
8.3	OBS-teamet.....	255
8.3.1	Beskrivelse av tiltaket	255
8.3.2	Hvordan ivaretar OBS-teamet målsetningene i Storbysatsingen?	258
8.3.3	OBS-teamet: Oppsummering og vurdering.....	267
8.4	En dør inn.....	268
8.4.1	Beskrivelse av tiltaket	268

8.4.2	I hvilken grad ivaretar <i>En dør inn</i> målene i Storbysatsingen?	270
8.4.3	<i>En dør inn</i> : Oppsummering	273
8.5	Stavanger kommunes psykiske helsearbeid – Storbyiltakenes rolle	273
9	Drøfting på tvers av byene, sammenlikning av tiltakene	275
9.1	Innledning	275
9.2	Tiltakene innenfor Storbysatsingen	276
9.3	Målgrupper for tiltakene	279
9.3.1	Oppsummering målgrupper	289
9.4	Bidrar Storbysatsingen til identifisering og videreformidling?	290
9.5	Gir storbyiltakene god og kompetent hjelp?	292
9.6	Gir storbyiltakene et helhetlig og samordnet tilbud?	300
9.7	Praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning i storbyiltakene?	307
9.8	Oppsummering	309
DEL IV OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER		312
10	Oppsummering, konklusjoner og refleksjoner	313
10.1	Oppsummering	313
10.1.1	Organiseringen av Storbysatsingen	313
10.1.2	Byenes storbyiltak	314
10.2	Refleksjoner rundt videre oppfølging av Storbysatsingen	316
Litteratur		320
Vedlegg 1	Registreringsskjema tiltak	324
Vedlegg 2	Registreringsskjema brukere	327

Tabelloversikt

Tabell 2.1	<i>Datatilfang i evalueringens to hoveddeler.....</i>	36
Tabell 2.2	<i>Antall registrerte brukere av Storbytiltakene i de fire byene... </i>	37
Tabell 5.1	<i>Oslos prosjekter 2005-2007.....</i>	63
Tabell 5.2	<i>Oslo kommunes tiltak innenfor Storbysatsingen (2007).....</i>	67
Tabell 5.3	<i>Hva slags hjelp får brukerne av tiltaket? Oslo kommune. (N=158).....</i>	69
Tabell 5.4	<i>Navn på prosjektforslag knyttet til Utdanningssetaten</i>	133
Tabell 5.5	<i>DPS'er i Oslo som har akutte ambulante tjenester og informerer om det på internett.....</i>	150
Tabell 1.1	<i>Bergen kommunes tiltak innenfor Storbysatsingen (2007)...</i>	204
Tabell 1.2	<i>Hva slags hjelp får brukerne av tiltaket? Bergen kommune. (N=40).....</i>	206
Tabell 1.3	<i>Konsultasjoner ved Livskrisehjelpen.....</i>	223
Tabell 1.1	<i>Trondheim kommunes tiltak innenfor Storbysatsingen (2007).....</i>	230
Tabell 8.1	<i>Stavanger kommunes tiltak innenfor Storbysatsingen (2007).....</i>	252
Tabell 8.2	<i>Hva slags hjelp får brukerne av tiltaket? Stavanger kommune. (N=24).....</i>	253
Tabell 9.1	<i>Klassifisering av tiltakene under Storbysatsingen.....</i>	277
Tabell 9.2	<i>Klassifisering av de ambulante tjenestene som får midler gjennom Storbysatsingen.....</i>	292
Tabell 9.3	<i>Kompetansen i tiltakene innenfor Storbysatsingen høsten 2007. Prosent av totalt antall årsverk.</i>	293
Tabell 9.4	<i>Hva slags hjelp ytes? Prosent av alle registrerte brukere som mottar ulike tjenester.....</i>	295
Tabell 9.5	<i>Omfanget av hjelp som ytes. Prosent av alle registrerte brukere.....</i>	296

Figuroversikt

Figur 1.1	<i>Enkel oversikt over hovedelementer i evalueringen</i>	30
Figur 1.2	<i>Endringsteorien for evalueringen av storbysatsingen</i>	31
Figur 5.1	<i>Utkoder 2006. Videre oppfølging av brukere av Akutteamet</i>	156
Figur 5.2	<i>Henndelsene med psykososiale problemstillinger til teamet i 2006 etter type problemstilling (hver henndelse kan ha mer enn en problemstilling)</i>	163
Figur 9.1	<i>Psykisk sykdom blant brukerne av tiltakene. Prosent</i>	280
Figur 9.2	<i>Psykisk sykdom hos brukerne i de fire byene. Prosent av antall registrerte i hver by</i>	281
Figur 9.3	<i>Psykisk sykdom blant brukerne av botiltakene. Prosent</i>	282
Figur 9.4	<i>Psykisk sykdom blant brukerne av ambulante tjenester. Prosent</i>	282
Figur 9.5	<i>Rusavhengighet blant brukerne av storbytiltakene samlet. Prosent</i>	283
Figur 9.6	<i>Rusmisbruk blant brukerne av botiltak. Prosent</i>	284
Figur 9.7	<i>Aldersfordeling blant brukerne av storbytiltakene. Prosent</i>	285
Figur 9.8	<i>Aldersfordeling på brukerne i de fire byene. Prosent av registrerte i hver by</i>	285
Figur 9.9	<i>Alder på brukerne av botiltakene. Prosent</i>	286
Figur 9.10	<i>Alder på brukere av ambulante tjenester. Prosent</i>	287
Figur 9.11	<i>Registrerte brukere av storbytiltakene, etter kjønn. Prosent</i>	287
Figur 9.12	<i>Kjønnfordeling blant brukerne av storbytiltak i de fire byene. Prosent av antall registrerte i hver by</i>	288
Figur 9.13	<i>Registrerte brukere av storbytiltakene, etter opprinnelsesland. Prosent</i>	289

Sammendrag

Trine Monica Myrvold, Marit Kristine Helgesen og Lillin Knudtzon

Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse

NIBR-rapport 2009:24

Tema for rapporten

I statsbudsjettet for 2005 ble det satt av 50 millioner kroner av midlene innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse til de fire største norske byene – Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger – ”for å styrke innsatsen overfor de som ikke nås av hjelpeapparatet”.

NIBR fikk i 2006 i oppdrag fra Helsedirektoratet å evaluere Storbysatsingen. Direktoratet ønsket at evalueringen skulle konsentreres rundt to hovedspørsmål:

- Hvilken betydning har selve organiseringen av Storbysatsingen?
- I hvilken grad bidrar tiltakene som etableres under Storbysatsingen til et tilstrekkelig tilbud overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser som ikke har ressurser til å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke nås av dette?

I stortingsproposisjonen ble det tatt initiativ til å nedsette en Hurtigarbeidende prosjektgruppe som skulle utarbeide et grunnlag for valg av tiltak og fordeling av pengene i storbysatsingen. Hurtigarbeidende gruppe anbefalte at tiltakene i storbyene bør sikre:

- Identifisering av folk som trenger hjelp, og videreformidling inn i hjelpeapparatet
- God, kompetent hjelp til denne brukergruppen

- Helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne, inkl. klar ansvars plassering, rutiner for bredt samarbeid og samhandling, samt bruk av individuell plan
- Bruker- og pårørendemedvirkning

Evalueringen ser nærmere på hvorvidt og hvordan disse fire hovedpunktene fra Hurtigarbeidende prosjektgruppe ivaretas gjennom de tiltakene storbyene har iverksatt.

Data og metode

Evalueringen av Storbysatsingen er i all hovedsak en mål-evaluering: I hvilken grad oppnås de målene for Storbysatsingen som er satt opp av Stortinget, Helsedirektoratet og Hurtigarbeidende prosjektgruppe? I hvilken grad er kommunens målsetninger for sine tiltak i tråd med de sentralt gitte målene for satsingen?

Evalueringen av organiseringen av Storbysatsingen (hoveddel 1) benytter kvalitative data (intervjuer og dokumentstudier).

Evalueringen av kommunenes resultater (hoveddel 2) består både av en generell studie som dekker samtlige 21 tiltak, og en nærmere studie av åtte tiltak. For å beskrive og belyse tiltakene er det benyttet både kvalitative og kvantitative data. For samtlige tiltak har vi innhentet opplysninger om kommunenes målsetninger med tiltaket, målgruppe, organisering, ressursbruk, antall ansatte og ansattes kompetanse (ved survey og intervjuer). Det er også foretatt registreringer av brukere i samtlige tiltak som har kontakt med enkeltbrukere.

Sentrale funn

Organiseringen av Storbysatsingen

Storbysatsingens ordning med en Hurtigarbeidende prosjektgruppe representerte en ny måte å trekke kommunene inn i utviklingen av prosjekter og tiltak på. Kommunene kom tidlig inn i prosessen med å spesifisere og utvikle satsingen, og kunne på denne måten legge premisser for utformingen av de konkrete tiltakene i satsingen. Samtidig kunne statlige myndigheter gjennom arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe sikre at byene ville ivareta hensikten med satsingen gjennom sine tiltak. De fire byene var svært tilfreds med å komme tidlig inn i Storbysatsingen. Ordningen brøt imidlertid

med den etablerte styringskanalen gjennom rådgiverne hos fylkesmennene, noe som tidlig i satsingsperioden skapte en viss usikkerhet om styringssignalene fra staten til kommunene.

Arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe strakk seg bare over et par måneder, og byene fikk liten tid til utviklingen av prosjekter og søknader. Dette bidro til at en del tiltak kom raskt i gang, men innebar også at noen forslag ble fremmet prematurt og derfor måtte omarbeides flere ganger. Behandlingen av søknadene fra byene avdekket dessuten at notatet fra Hurtigarbeidende gruppe på flere punkter var såpass lite spesifikt at viktige avklaringer måtte skje i forbindelse med søknadsbehandlingen.

Ordningen med å søke midler på konkrete prosjekter bidro til større bevissthet om målgruppens behov og til å gjøre prosjektene bedre og mer målrettet. De langsiktige effektene av at midlene som gis gjennom Storbysatsingen er usikre og vil trolig avhenge av hvilken type tiltak det er snakk om. Generelt gjelder at målgruppen(e) for tiltakene i Storbysatsingen består dels av svært ressurs-svake personer, som har få sterke talspersoner som kan arbeide for at tilbudet opprettholdes. Det er derfor grunn til å tro at det over tid vil kunne oppstå et visst press i forhold til å redusere tilbudet i tiltakene etablert innenfor Storbysatsingen.

Byenes storbytiltak

Målgruppen for storbytiltakene skulle være alvorlig psykisk syke (en del av dem også med rusproblemer) som unndrar seg eller ikke er fanget opp av hjelpeapparatet, eller som ikke har fått adekvate tjenester. Etter hvert ble det også en aksept for å inkludere ungdom i overgangen til voksen. Alt i alt synes storbytiltakene i stor utstrekning å ivareta de målgruppene som ble prioritert av Hurtigarbeidende gruppe, selv om det er også etablert tiltak som retter seg mot barn.

Fordi en viktig del av målgruppen for Storbysatsingen ble antatt å ville unndra seg kontakt med hjelpeapparatet ble det viktig å sikre at tiltak faktisk ville bidra til å identifisere hjelpetrengende psykisk syke. Det er få tiltak i satsingen som har selvstendig oppsøkende virksomhet, men både kartleggingstiltakene og volumtiltakene kan bidra til avdekking av udiagnostisert psykisk sykdom.

Videreformidling er et viktig aspekt ved flere av tiltakene, men representerer også ofte en utfordring. For de dårligste brukerne med både psykiske problemer og rusavhengighet, og særlig hvis de har en ustabil bosituasjon, er erfaringen at det kan være vanskelig å få hjelpeapparatet til å ta ansvar.

Totalt sett har storbytiltakene en rimelig balanse mellom pleiefaglig og sosialfaglig kompetanse, noe som trolig speiler behovene til brukerne på en god måte. I tilknytning til tiltakene i Storbysatsingen er det bygget opp mye kunnskap om psykisk helse. Spesielt er det økt kompetanse om kombinasjonen psykisk helse og rus.

Nesten alle brukerne av storbytiltakene får tilbud om samtaler. Mange får også hjelp med kontakt og koordinering med andre tjenester, samt ulike typer hjelp til å mestre hverdagen. Det er relativt få som får hjelp til arbeidstrening eller oppfølging av skolearbeid.

Brukerne vi har intervjuet i forbindelse med evalueringen er stort sett godt fornøyd med den hjelpen de får. Også de pårørende er tilfreds, men noen mener at rammene for brukerens livsførsel burde vært noe strengere.

Sikring av gode samarbeidsrelasjoner står sentralt i mange av storbytiltakene, og oppleves generelt som vanskelig. I Oslo fremstår samarbeid og samordning som en særlig utfordring for de tiltakene som rekrutterer brukere fra alle de 15 bydelene. Noen av tiltakene har gode erfaringer med å forplikte andre deler av tjenesteapparatet gjennom skriftlige avtaler og klare bestillinger. Det oppleves generelt som noe enklere å få til gode samarbeid rundt unge brukere enn rundt etablerte brukere med dobbeltdiagnose. Langvarige og stabile botilbud ser ut til å bedre mulighetene for helhetlig oppfølging også for de svakeste brukerne.

Brukermedvirkning praktiseres på ulike måter i storbytiltakene. Viktigst er trolig den medvirkning som skjer når brukere skal motiveres for ulike typer hjelp eller aktiviteter. Hjelpeapparatet må være på ”tilbudssiden”. Noen pårørende mener brukermedvirkningen går for langt, dvs. at det ikke legges nok press på brukerne for å inngå i behandlingsopplegg o.l.

Refleksjoner rundt videre oppfølging av Storbysatsingen

Storbysatsingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse har gitt nødvendige midler til og et klarere fokus på å utvikle tiltak for grupper som ikke var blitt tiltrekkelig høyt prioritert gjennom det øvrige arbeidet innenfor Opptrappingsplanen.

Vår vurdering er at ordningen med å la byene søke midler til konkrete prosjekter bidro til sterkere fokus på målgruppen. Dette opplegget, som innebærer en direkte styring av kommunenes virksomhet bør bare brukes i særtilfeller. Dette kan være situasjoner der andre måter å fordele midler på har vist seg ikke å gi nødvendig prioritering av en gitt målgruppe eller i tilfeller der målgruppen ikke har sterke talspersoner blant organisasjoner, pårørende eller i hjelpeapparatet lokalt. Det kan være vanskelig for kommunene å prioritere tiltak for grupper som selv unndrar seg hjelpeapparatet, spesielt når andre hjelpetrequende presser på for å få bedret sitt tilbud. For disse gruppene kan det derfor være særlig hensiktsmessig med en ordning der øremerkede midler gis til konkrete prosjekter etter søknad.

Selv om de fire storbyene hadde ulike utfordringer i sitt psykiske helsearbeid, var det store behov for tiltak for de aller svakeste psykisk syke i alle de fire byene. Så å si alle de realiserte storbytiltakene har derfor gitt et substansielt bidrag til å bedre tilbudet for de svakeste i byene.

Det er etablert flere ulike botiltak med midler fra Storbysatsingen. Innenfor Storbysatsingen varierer botiltakene i forhold til flere kjennetegn, bl.a. type bolig (selvstendig leilighet el. institusjonspreget boform), grad av fellesskap (fellesarealer/felles aktiviteter), holdning til mestring av rus samt ambisjoner knyttet til strukturering av beboernes dagligliv. Botiltakene representerer omfattende og ressurskrevende tilbud. Etter vår mening bør ulike utforminger av botiltak for alvorlig psykisk syke med rusproblemer, kognitiv svikt eller lavt evnenivå studeres nærmere.

I tre av byene har Storbysatsingen medført satsing på ambulante tjenester. Disse tiltakene er rettet mot ulike brukergrupper og er organisert på ulike måter. Både *OBS-teamet* i Stavanger og *PART* i Trondheim representerer samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra samarbeidet mellom forvaltningsnivåene i disse tiltakene bør være relevante i forhold til

den forestående samhandlingsreformen. *OBS-teamets* erfaringer i forhold til å arbeide tosidig – både med behandling av brukere skrevet inn i teamet og med aktiv oppfølging av bekymringsmeldinger – bør også ha overføringsverdi til andre kommuner.

I Oslo er det etablert tre tiltak innenfor Storbysatsingen med fokus på kartlegging for å avdekke eventuell psykisk sykdom. Vi vil her særlig trekke frem metodikken benyttet i *Institusjonsprosjektet*, og de mulige vidtrekkende konsekvensene arbeidet kan få for organiseringen av barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien, og for samhandlingen mellom de to tjenestene. Dette er kunnskap som må løftes opp og drøftes på et høyere nivå enn internt i Oslo.

Prosjektet *Psykisk helse i Oslo-skolen*, som innebærer utforming av en modell for samarbeid og samhandling mellom aktuelle tjenester for barn og unge med psykiske problemer, vil trolig kunne danne mønster for arbeidet også i andre kommuner. En særlig utfordring vil sannsynligvis være knyttet til opprettholdelse av fokuset på psykisk helse på skolene når selve prosjektperioden er over. Det vil bli interessant å se hvorvidt opplegget faktisk bidrar til at de ulike tjenestene lærer en ny måte og arbeide på, og om arbeidsmetodene oppleves som så gode at alle involverte tjenester ønsker å vedlikeholde samarbeidsrelasjonene over tid. Prosjektet bør derfor følges nøye over tid.

Til slutt vil vi nevne verdien av Storbysamlingene som ble arrangert to ganger årlig i deler av virkeperioden for Storbysatsingen. Det synes å være et stort behov for denne typen arenaer for erfaringsutveksling mellom kommuner. Selv om de største byene kan sies å ha særlige utfordringer i det psykiske helsearbeidet, er det trolig mye å lære også for – og av – mindre byer i utviklingen av tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet.

Summary

Trine Monica Myrvold, Marit Kristine Helgesen and Lillin Knudtzon

Evaluation of Urban Action Plan for Mental Health

NIBR Report 2009:24

Theme of the report

In the 2005 national budget NOK 50 million of the funding for the wider Mental Health Action Plan was set aside for the four largest cities – Oslo, Bergen, Trondheim and Stavanger – “to strengthen the commitment to those who elude the care services”.

The Norwegian Directorate of Health asked NIBR in 2006 to evaluate the Urban Action Plan for Mental Health, concentrating on two issues:

- The significance of the organisational setup of the Urban Action Plan
- The extent to which programmes established under the Urban Action Plan represented an adequate response for the seriously mentally ill who lack the resources to contact the care services or simply elude the services

In the Proposition to the Storting an initiative was taken to appoint a fast track project group to report on how action plan projects could be selected and funding allocated. In the opinion of the project group, urban programmes should endeavour to ensure

- Identification of people in need of help and referral to the services
- Good, competent help for this client group

- Integrated and coordinated management, including clear location of responsibility, procedures for broad collaboration and interaction and use of individual plans
- Client and family participation

The evaluation should investigate whether these four main points from the fast track project group were actually addressed by the programmes put in motion by the city authorities, and if so, to what level of success.

Data and method

The evaluation of the urban action plan for mental health is essentially a performance evaluation. Were the targets established by the Storting, Directorate and project group met? How closely aligned were locally established targets and plans with those set by the national authorities?

The evaluation of the organisation of the urban action plan (Part I) uses qualitative data (interviews, document studies).

The evaluation of the outcomes (Part II) comprises a general part in which all 21 programmes are reviewed, and a closer study of eight programmes. To describe and appraise the programmes, we made use of both qualitative and quantitative data. We obtained information from the city authorities about their programme objectives, target group, organisation, resource use, number of employees and employee qualifications (by surveys and interviews). In addition, registrations were made of clients in all programmes who have contact with individual clients.

Key findings

Organisation of the urban action plan

The urban action plan's scheme with a fast track project group represents a new approach to engage the municipalities in the design and development of projects and actions. Because the municipalities were involved in the process from an early date and helped specify and build the projects, they had an opportunity to lay down the principles governing the genesis of the action plan projects. At the same time, central government authorities could monitor via the fast track project group whether the cities were translating the plan's overall purpose into the individual project.

The four cities were very happy for the opportunity of early involvement. The system, however, did cut across the established administrative route which goes through the consultants at county governors' offices, which in the early stages of the plan's implementation did cause a certain amount of uncertainty as to how best to read the government policy signals aimed at the municipalities.

The lifetime of the fast track project group lasted only two or three months, giving the city authorities little time to develop projects and prepare applications. Some projects got off to an early start, but some applications were filed prematurely, and had to go back to the drawing board for revision. As the authorities worked through the applications the project group's report was found to be insufficiently specific. Several important issues needed further clarification before the application procedure could proceed.

The system of applying for funding project by project increased awareness of the target group's needs, and improved the quality and specificity of the projects. What the long-term impact of the funding provided under the urban action plan will be is difficult to say and will likely depend on the type of project. Most members of the group targeted by the urban action plan projects are particularly disadvantaged and lack forceful advocates to lobby on their behalf for project extensions. There is therefore reason to believe that pressures could arise over time in relation to reducing the amenities provided in the projects established under the sponsorship of the urban action plan.

Urban action plan projects in the cities

The group targeted by the urban projects was intended to be the seriously mental ill (some of whom also struggle with alcohol and drug abuse) who either avoid or elude the care services, or who have received inadequate help. There was acceptance after a while for including young people on the cusp of adulthood. All told, the urban city projects appear to have addressed the target groups recommended by the fast track project group, although some projects addressed children.

It was assumed that a large proportion of the target group would fight shy of contact with the care services. It was therefore considered of importance to make sure that projects could help identify sufferers of mental health problems with unmet needs of

assistance. Only a few urban action plan projects involved an outreach facility, but work to establish the incidence of mental health problems in a given population and examinations carried out at high turnover facilities such as A&E departments may have helped identify undiagnosed mental illness.

Referral procedures are an important feature of several of the projects, but represent something of a challenge. It can be difficult to persuade the services to accept responsibility for the least well clients who have an alcohol and drug addiction problem and live in a perilous housing situation.

All in all, the urban projects seem to have achieved a reasonable balance between expertise provided by the care services and by the social services, a balance which likely reflects the needs of the clients in a good way. In connection with the urban action plan's projects, one has learned a great deal about mental health, especially the combination of mental health and misuse of psychoactive substances.

Almost all the users of the urban projects receive an offer to talk with professionals. Many are helped to contact other services and coordinate responses. They can also get help for various problems in their everyday lives. Only a few, relatively speaking, get help with job training or school work.

Clients we have interviewed in connection with the evaluation were mostly very pleased with the help they received. Their families are also pleased, though some would have liked somewhat greater discipline with respect to clients' lifestyles and general conduct.

Ensuring productive partnerships is a central element of many of the urban projects, but is generally considered difficult. In Oslo, cooperation and coordination are particularly difficult for the projects that recruit clients from each of the capital's fifteen urban districts. Some projects had successfully tied service providers to their pledges by means of a written contract and clear requisitions. Good working relations between services were easier to achieve when the client was young, more difficult with "old" clients with a dual diagnosis. Stable, long-term accommodation also facilitated an integrated approach, including cases where the client was among the least advantaged.

Client involvement is practised in different ways by the urban action projects. The most important form of participation is possibly where the client is encouraged to take make use of different types of assistance or activities. The services need to be “on the offensive”. Some family members feel that client participation has gone too far, and that not enough pressure is put on clients to take part in therapeutic programmes etc.

Some thoughts about following up the urban action plan for mental health

The urban action plan under the sponsorship of the Mental Health Action Plan has procured much-needed funding for and given a sharper focus to project development for groups whose priority under the implementation of the Mental Health Action Plan was too low.

In our opinion, the application procedure whereby the cities apply for funding for concrete projects helped sharpen the focus on this target group. This approach, which entails the direct supervision of municipal activity, should be used only in exceptional cases such as when other means of distributing funding fail to give the targeted group the necessary priority or when the target group lacks strong advocates in organisations, families or local care services. It can be difficult for municipalities to give priority to groups which themselves shrink from involvement with the care services, especially when others in need of assistance are clamouring for better services for themselves. For these groups, it might be productive to ring-fence funding awarded to concrete projects after application approval.

While the four cities faced different challenges in their mental health commitments, there was a great need for targeted action for the most disadvantaged groups of the mentally ill in all four cities. Virtually all the concrete projects represented in that sense a substantial contribution to improving services for the cities’ least advantaged citizens.

Several housing programmes were put into effect under the sponsorship of the urban action plan. These housing programmes varied across several measures including type of accommodation (separate apartment or semi-institutional living), degree of community living (rooms/amenities/activities shared with others),

approach to coping with addiction and ambitions to organise tenants' everyday life. The provision of housing requires considerable resources and expenditure. In our opinion, different forms of housing for the seriously mentally ill who suffer in addition from alcohol/drug abuse problems, cognitive impairment or low coping skills should be studied more closely.

In three of the cities, the urban action plan occasioned a commitment to ambulatory care. Ambulatory care targets different clientele groups and is organised in different ways. The Stavanger-based *OBS Team* and Trondheim-based *PART* are examples of the municipal authorities working together with the specialist health service. Experience gained from different government levels working together in these schemes should be of some relevance to the imminent coordination reform (*sambehandlingsreform*). The experience of the OBS Team of working bilaterally – treating clients accepted by the team and responding actively to reports from concerned parties – should be of potential value to other municipalities.

In Oslo, three urban action plan projects sought to identify mental illness. We would like to mention in this connection the methodology applied by the *Institution Project (Institusjonsprosjektet)*, its potential to institute wide-ranging changes in how child welfare and child and adolescent psychiatry are organised, and coordination between them. This is knowledge which deserves to be taken and discussed at a higher level than internally in Oslo.

The project *Mental Health in Oslo Schools (Psykisk helse i Oslo-skolen)*, which involves creating a method of cooperation and coordination between relevant services for children and adolescents with mental health problems, could possibly stand as a model for the work in other municipalities. Maintaining a focus on mental health in schools after the lifetime of the project will probably constitute a particular challenge. It will be interesting to see how far the scheme actually contributes to the different services' ability to learn new practices and whether the procedures are considered so good that all the involved services will want to maintain collaborative relations ahead. The project should therefore be followed closely.

We would finally like to mention the value of the urban action plan meetings, arranged twice annually at different periods of the action plan's lifetime. There appears to be a great need for this type of arena where municipalities can pool experiences. While the largest cities could be said to have particular challenges in their mental health work, there is potentially much to learn for – and from – smaller towns in the development of projects in the sphere of mental health.

DEL I EVALUERINGSOPPLEGGET

1 Innledning

1.1 Tema for rapporten

I statsbudsjettet for 2005 ble det satt av 50 millioner kroner av midlene innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse til de fire største norske byene – Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger – ”for å styrke innsatsen overfor de som ikke nås av hjelpeapparatet” (St.prp. 1 (2004-2005): 176). Midlene kom i tillegg til det ordinære tilskuddet gitt gjennom Opptrappingsplanen, i erkjennelse av at byene gjennom rammetilskuddet ikke klarte å fange opp en gruppe av de sykeste og mest svakstilte som bor i til dels svært dårlige boliger. Midlene fordeles etter søknad, der byene redegjør for konkrete prosjekter rettet mot målgruppen for Storbysatsingen. Ordningen er videreført på samme nivå i 2006, 2007 og 2008.

Sent i 2009 ble det klart at beløpet i Storbysatsingen likevel ikke blir lagt inn i rammen til kommunene ved avslutningen av Opptrappingsplanen, men at satsingen blir videreført som en øremerking av midler til tiltak for de svakeste psykisk syke.

NIBR fikk i 2006 i oppdrag fra Helsedirektoratet å evaluere Storbysatsingen. Direktoratet ønsket at evalueringen skulle konsentreres rundt to hovedspørsmål:

- I hvilken grad bidrar tiltakene som etableres under Storbysatsingen til et tilstrekkelig tilbud overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser som ikke har ressurser til å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke nås av dette?
- Hvilken betydning har selve organiseringen av tilskuddsordningen?

1.2 Nærmere om problemstillingene for evalueringen

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som mål å styrke alle deler av det psykiske helsearbeidet. Planen legger vekt på å bedre samordningen og samarbeidet for mennesker med psykiske problemer: ”Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus” (St.prp.nr. 63 (1997-98)). Behovet for bolig, meningsfylt aktivitet, sosial omgang og kulturell og åndelig stimulans nevnes eksplisitt i Opptrappingsplanen. For å realisere målet om et helhetlig behandlingstilbud må samordning og samarbeid skje både mellom kommunale tjenesteenheter og mellom kommunale tjenester og tjenester fra andre forvaltningsnivåer.

Gjennom et eget program i Norges forskningsråd gjennomføres det en rekke evalueringer av ulike sider ved Opptrappingsplanen. Generelt sett viser evalueringene at Opptrappingsplanen har bidratt til et sterkere fokus på og en klarere prioritering av psykisk helsearbeid både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet 2004b, St.prp.nr. 1 (2005-2006):171; Norges Forskningsråd 2009). Det er likevel områder innenfor det psykiske helsearbeidet som trenger ytterligere styrking. Arbeidet med individuell plan var lenge ikke tilstrekkelig prioritert (Myrvold og Helgesen 2005, 2009). Samarbeidet, både internt i kommunene og mellom kommunene og andrelinjen eller andre statlige aktører (for eksempel Aetat), har ofte vist seg vanskelig (Myrvold og Helgesen 2005, 2009, Myrvold 2005, Flermoen 2005, St.prp.nr. 1 (2005-2006):172). Dette bidrar til at mange med behov for hjelp ikke får et tilstrekkelig koordinert og helhetlig tilbud. Likeledes viser noen av evalueringsrapportene at brukerperspektivet og hensynet til pårørendes behov ikke alltid blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet 2004b, Sverdrup m.fl. 2005, 2009, St.prp. 1 (2005-2006):172).

Til tross for en klar bedring i tilbudet både til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og til de med lettere problemer, har det vist seg problematisk å fange opp noen av de aller vanskeligst stilte ved hjelp av de opptrappingsmidlene som fordeles til kommunene etter faste kriterier. Problemene med å fange opp denne gruppen av innbyggere ble antatt å være mest omfattende i de største byene.

I Statsbudsjettet for 2005 ble det derfor satt av 50 millioner kroner til fordeling mellom Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger for å nå følgende målgrupper:

- ”De som ikke nås av hjelpeapparatet”
- ”En gruppe av de sykeste og mest svakstilte som bor i til dels svært dårlige boliger”

I Statsbudsjettet angis målet med satsingen å være ”at tjenesteapparatet finner fram til og får gitt et helhetlig tilbud til de personene det gjelder” (St.prp nr. 1 (2004-2005)).

Helsedepartementet ba Helsedirektoratet (frem til 01.04.08 het direktoratet Sosial- og helsedirektoratet) iverksette en prosess for å fordele midlene på spesifiserte tiltak etter søknad. I stortingsproposisjonen ble det tatt initiativ til å nedsette en Hurtigarbeidende prosjektgruppe som skulle utarbeide et grunnlag for valg av tiltak og fordeling av pengene i storbysatsingen. Hurtigarbeidende prosjektgruppe forfattet et dokument med en rekke anbefalinger til kommunene. Anbefalingene kan oppsummeres i fire hovedpunkter. Tiltakene i storbyene bør sikre:

- Identifisering av folk som trenger hjelp, og videreformidling inn i hjelpeapparatet
- God, kompetent hjelp til denne brukergruppen
- Helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne, inkl. klar ansvars plassering, rutiner for bredt samarbeid og samhandling, samt bruk av individuell plan
- Bruker- og pårørendemedvirkning

Evalueringen av Storbysatsingen ser nærmere på hvorvidt og hvordan disse fire hovedpunktene fra Hurtigarbeidende prosjektgruppe ivaretas gjennom de tiltakene storbyene har iverksatt.

1.3 Evalueringsopplegget: Målevaluering og programteori

Målevaluering

Evalueringer kan gjøres på ulike måter. I faglitteraturen om evaluering skilles det gjerne mellom flere retninger. To

hovedformer for evaluering er målorientert evaluering og prosessorientert evaluering (Sverdrup 2002:28).

Målorientert – eller beslutningsorientert – evaluering er opptatt av resultater og målsettinger. Evalueringsformen er basert på en mål-middel-rasjonalitet. Hensikten med evalueringen vil være å måle effektene av en intervensjon (et program eller et tiltak) i forhold til målsettingene for intervensjonen. Resultatene av evalueringen skal gjerne inngå som premiss i den videre beslutningstakingen knyttet til tiltaket. Et hovedspørsmål i slike evalueringer vil være om de resultatene som er oppnådd er i overensstemmelse med målene satt opp for tiltaket, og i hvilken grad og på hvilken måte dette i så fall skyldes intervensjonen som studeres (Sverdrup 2002:29).

Prossessorientert evaluering er opptatt av hvordan man kan forbedre en innsats underveis i en prosess – evalueringen er orientert mot innsikt, forståelse og læring (Sverdrup 2002:32). I prosessorientert evaluering er prosessen rundt iverksettingen av intervensjonen i søkelyset, og selve organiseringen av intervensjonen blir gjerne studert, analysert og vurdert. Denne formen for evaluering har ofte som mål å kunne påvirke et tiltaks utvikling, retning og innhold underveis i implementeringsprosessen. Prosessevalueringer forutsetter derfor at forskeren har mulighet til å følge utviklingen av tiltaket over tid.

Evalueringen av Storbysatsingen er i all hovedsak en mål-evaluering: I hvilken grad oppnås de målene for Storbysatsingen som er satt opp av Stortinget, Helsedirektoratet og Hurtigarbeidende prosjektgruppe? I hvilken grad er kommunens målsetninger for sine tiltak i tråd med de sentralt gitte målene for satsingen? Hvert tiltak vurderes også i forhold til de målene kommunene selv har satt for tiltaket.

På tidspunktet da evalueringen ble igangsatt var det ikke kjent om Storbysatsingen ville fortsette i 2008. Evalueringen skulle derfor gjennomføres i løpet av 2007. Da det senere ble klart at Storbysatsingen ville løpe ut Opptrappingsplanens virkeperiode, dvs. ut 2008, ble evalueringen trukket ut i tid. Denne endringen i tidsperspektiv for evalueringen ga mulighet for å følge prosessene rundt implementeringen av noen av tiltakene, slik at evalueringen på noen punkter får et visst innslag av prosessorientert tilnærming. Også drøftingen av organiseringen av tilskuddsordningen har preg av å være prosessorientert, selv om de viktigste prosessene knyttet

til mandatutforming og tilskuddstildeling i Storbysatsingen allerede var gjennomført da evalueringen ble startet opp. Dette betyr at prosessene vurderes i ettertid, og ikke i form av en følgeevaluering underveis.

En prosessorientert evaluering er dessuten betydelig mer ressurskrevende enn en målevaluering. Innenfor de rammene som var satt for evalueringen av Storbysatsingen har det ikke vært rom for noen omfattende vurdering av prosessene rundt implementeringen av de ulike tiltakene.

Programteori

Programteori (Weiss 1998, Sverdrup 2002) er et hjelpemiddel i evalueringsforskning, der evalueringen tar utgangspunkt i initiativtakernes forventninger til tiltakenes implementering og virkninger. Programteori innebærer at forskeren først søker å kartlegge de program- eller tiltaksansvarliges antakelser om hvordan virkemidlene skal føre til de ønskede målene, for deretter å undersøke om disse effektene faktisk er realisert. Hvilke mekanismer var antatt å virke for at virkemidlene skulle føre til målrealisering, og i hvilken grad har disse mekanismene fungert slik man hadde tenkt? Programteori gjør det også mulig å vurdere de logiske sammenhengene i program- eller tiltaksansvarliges resonnementer: Kunne man forvente at virkemidlene ville gi ønsket effekt – er det noen logisk sammenheng mellom midler og mål?

En slik rekonstruksjon av programmet, der evaluator setter opp en mer eller mindre detaljert kjede over de antatte utviklingsstadiene i et program, kalles gjerne ”programteori” (Sverdrup 2002:64). Programteorien synliggjør hvilke mekanismer som antas å være til stede for at innsatsen – eller ”input” – skal føre til de ønskede resultater – ”output” eller ”outcome”.¹

Storbysatsingen kan sees som et program, en virkemiddelpakke med en sammensetning av ”folk, organisasjoner, arbeid og penger som samlet skal bidra til å oppnå bestemte mål” (Sverdrup 2002: 40-41). I satsingen var målet som var gitt i stortingsproposisjonen relativt enkelt formulert, og det var i første rekke opp til Hurtig-

¹ Output refererer her til det umiddelbare resultatet, f.eks. endrede holdninger, mens ”outcome” har å gjøre med de mer langsiktige resultater av en gitt strategi, f.eks. bedre levekår for psykisk syke.

arbeidende gruppe å presisere målet. Kommunene skulle så foreslå tiltak som både var i samsvar med målene satt av myndighetene og Hurtigarbeidende gruppe, og i tråd med de behovene kommunene hadde avdekket hos egne innbyggere.

I evalueringen vil programteori benyttes som verktøy i vurderingen av hvorvidt kommunenes implementering av tiltak og effektene av tiltakene kan sies å være i tråd med kommunenes egne mål og med sentrale myndigheters forventninger. Helt enkelt kan dette fremstilles slik:

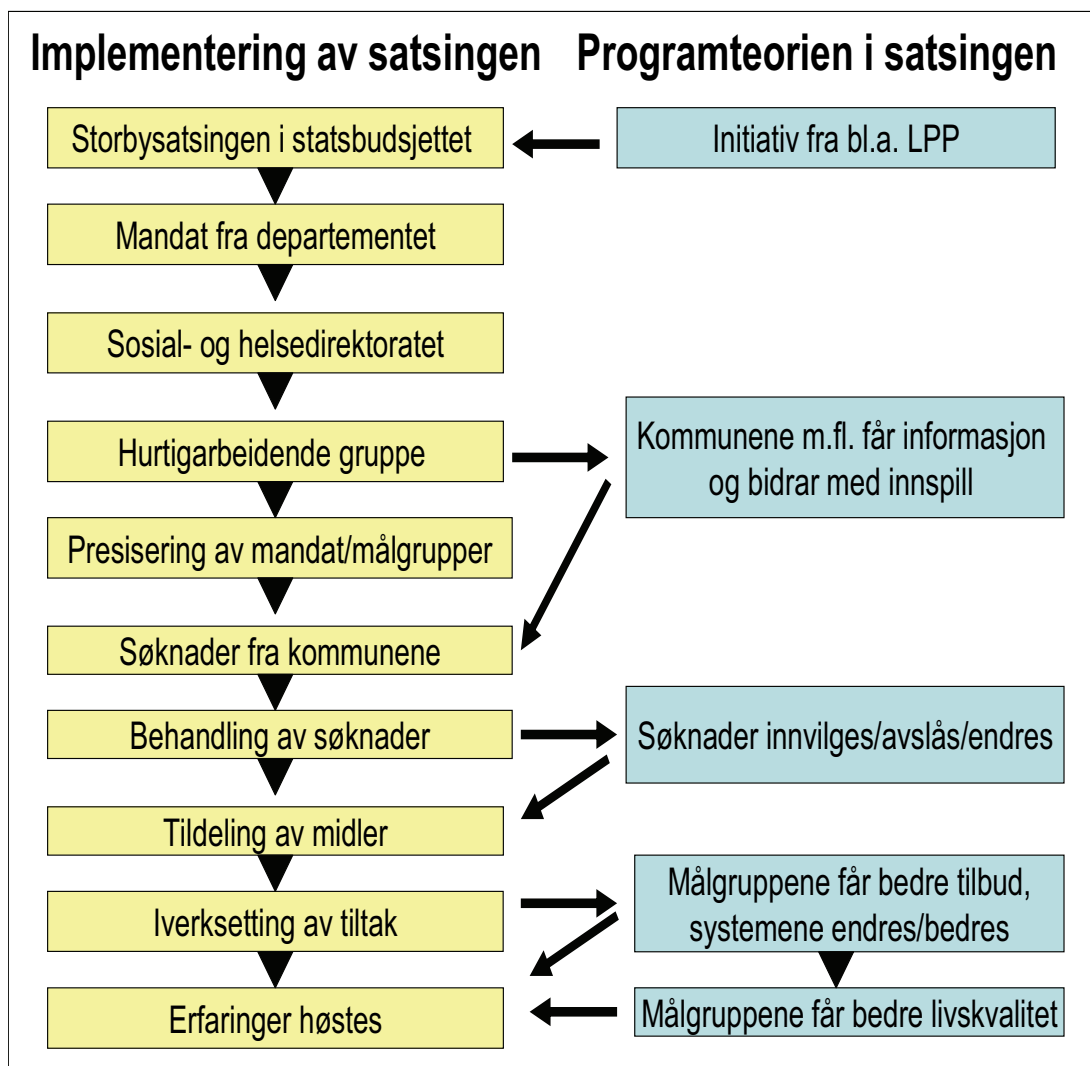
Figur 1.1 *Enkel oversikt over hovedelementer i evalueringen*



Ved alle pilene i figuren over kan det stilles spørsmål: I hvilken grad er det samsvar mellom myndighetenes mål med satsingen og kommunenes mål? Er tiltakene utformet på en slik måte at de er egnet til å realisere kommunenes mål? Og er resultatene av tiltakene som planlagt og ønsket?

Sverdrup (2002:70-) kombinerer programteori og implementeringsteori i det hun kaller *endringsteori*. Implementeringsteorien dreier seg om hvilke aktiviteter som er iverksatt innenfor programmet, mens programteorien dreier seg om endringsmekanismene som man antar vil komme som resultat av implementeringen av tiltakene. Figur 1.2 viser en mer detaljert oversikt over elementene i implementerings- og programteorien for Storbysatsingen.

Figur 1.2 *Endringsteorien for evalueringen av storbysatsingen*



Figur 1.2 illustrerer endringsteorien for Storbysatsingen. Satsingen ble til bl.a. etter initiativ fra Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP) og Rådet for psykisk helse. I Statsbudsjettet for 2005 ble det satt av 50 millioner kroner til fordeling mellom de fire største byene til prosjekter for å nå ”en gruppe av de sykeste og mest svakstilte som bor i til dels svært dårlige boliger” og ”som ikke nås av hjelpeapparatet” (St.prp. nr. 1 (2004-2005)). I kapittel 3 går vi nærmere inn på den videre prosessen frem til iverksetting av prosjektene i Storbysatsingen. I korte trekk kan endringsteorien for satsingen skisseres slik: Sosial- og helsedirektoratet får i mandat å sørge for at byene utvikler prosjekter i tråd med intensjonen i Storbysatsingen. Brukerorganisasjonene og de aktuelle byene bidrar inn i prosessen med å utforme rammene for satsingen. Kommunene søker penger på konkrete prosjekter, som blir godkjent eller avslått i Direktoratet. Når kommunene får tildelt midler, starter de arbeidet med å realisere tiltakene. Tiltakene innebærer at tilbudet til målgruppene blir bedre, og at personer i målgruppene får bedre livskvalitet. Gjennom kommunenes egne rapporteringer og gjennom evaluering av Storbysatsingen høstes erfaringer med prosjektene.

I evalueringen analyserer vi både denne styringsprosessen fra forslaget i Stortingsproposisjonen til realiserte prosjekter, og hvorvidt erfaringene med prosjektene kan sies å være i tråd med intensjonene lagt til grunn for Storbysatsingen. Den siste av disse problemstillingene er viet mest plass i denne rapporten.

1.4 Rapportens disposisjon

I neste kapittel redegjør vi for datamaterialet og metodene som benyttes i evalueringen av Storbysatsingen.

Kapittel 3 omhandler selve styringen av satsingen, med særlig fokus på prosessen frem mot tildeling av tilskuddsmidler.

Kapitlene 4 – 9 ser nærmere på de konkrete prosjektene utviklet i de fire byene. Først, i kapittel 4, gir vi en samlet fremstilling av de realiserte prosjektene. I kapitlene 5, 6, 7 og 8 behandler vi hver by for seg. Her analyserer vi hvert enkelt prosjekt i byene, drøftet opp mot de målene som var satt for Storbysatsingen og for prosjektet. Vi diskuterer også hvordan prosjektene inngår i byenes totale

psykiske helsearbeid. Kapittel 9 består av en samlet analyse av prosjektene, hvor vi blant annet sammenlikner prosjekter på tvers av byene der det er aktuelt.

Kapittel 10 oppsummerer resultatene fra begge delene av evalueringen.

2 Data, metode, evalueringsdesign

2.1 Datatilfang og metodebruk i evalueringen

Evalueringen har som mål å belyse en rekke spørsmål knyttet til innholdet i og resultatene av Storbysatsingen. Evalueringen skal både gi en oversikt over vesentlig sider ved de ulike tiltakene, bidra til sikrere kunnskap om tiltakenes resultater, og drøfte årsakene til at resultatene ble slik de ble. For å imøtekomme disse kravene er det behov for ulike typer data – både av kvantitativ og kvalitativ art.

Som skissert i innledningskapitlet består evalueringen av to hovedproblemstillinger. Den første, og i omfang mest beskjedne delen av evalueringen, er knyttet til selve organiseringen og styringen av Storbysatsingen, mens den andre hovedproblemstillingen dreier seg om hvordan de realiserte tiltakene ivaretar intensjonene i satsingen.

Evalueringen av organiseringen av Storbysatsingen

Evalueringen av organiseringen av Storbysatsingen (hoveddel 1) benytter primært kvalitative data (intervjuer og dokumentstudier), selv om det også her brukes opplysninger fra andre kilder for å belyse enkelte spørsmål.

Evalueringen av tiltakene

Evalueringen av kommunenes resultater (hoveddel 2) består både av en generell studie som dekker samtlige tiltak, og en nærmere studie av åtte tiltak. For å beskrive og belyse tiltakene finner vi det hensiktsmessig å benytte både kvalitative og kvantitative data. De kvantitative dataene er nyttige for å få et bilde av hvilke brukere

som fanges opp av tiltakene, omfanget av og type hjelp brukerne mottar.

Kvalitative tilnæringer – dokumentstudier, individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer – brukes for å kaste lys over sentrale spørsmål knyttet til utformingen av tiltakene, arbeidsmåte og erfaringer. Gjennom gruppeintervjuer når vi dessuten frem til mange ansatte i kommunene, slik at vi har kunnet danne oss et godt og nyansert bilde av det som er evalueringens tema.

I de fire kommunene er det til sammen 21 tiltak som mottar midler fra Storbysatsingen. Oppdragsgiver ønsket at evalueringen skulle gjøre rede for hvert enkelt tiltak innenfor satsingen. For samtlige tiltak har vi derfor innhentet opplysninger om kommunenes målsetninger med tiltaket, målgruppe, organisering, ressursbruk, antall ansatte og ansattes kompetanse. Det er også foretatt registreringer av brukere i samtlige tiltak. Tabell 2.1 gir en oversikt over datatilfanget i de ulike delene av evalueringen. Nedenfor kommer vi tilbake til en nærmere beskrivelse av de ulike datakildene som er benyttet i evalueringen.

Tabell 2.1 *Datatilfang i evalueringens to hoveddeler*

	Kvantitative data	Kvalitative data
Hoveddel 1: Evaluering av organiseringen av Storby- satsingen		<ul style="list-style-type: none"> • Intervjuer med ansatte i kommunene, ansatte i tiltakene, representanter for andrelinjen, fylkesmannen, Helsedirektoratet • Dokumentstudier
Hoveddel 2: Evaluering av tiltakene	<ul style="list-style-type: none"> • Registrering av brukere i samtlige tiltak • Registreringsundersøkelse til ansatte i samtlige tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervjuer med statlige myndigheter • Intervjuer med ledere og ansatte på ulike nivåer i kommunene • Fokusgruppeintervjuer med ansatte i de utvalgte tiltakene • Intervjuer med samarbeidende tiltak • Intervjuer med brukere og pårørende innenfor utvalgte tiltak • Intervjuer med representanter for brukerorganisasjonene • Dokumentstudier

2.1.1 Kvantitative datakilder

Registrering av brukere

For å få en oversikt over hvilke brukergrupper de ulike tiltakene fanger opp, har vi bedt de ansatte gjennomføre enkle registreringer av brukerne i tiltakene i løpet av én uke. Registreringene ble gjennomført på samme måte (men tilpasset vårt formål) som registreringene av bostedsløse gjennomført av forskere på Byggforsk (nå NIBR) (se bl.a. Hansen, Dyb og Østerby 2006, Dyb og Johannessen 2009). Registreringen gir en mulighet til å belyse hvilke målgrupper tiltakene fanger, samt om tiltakene omfatter brukere som ikke ligger innenfor målgruppen definert i Storby-satsingen.

Tabell 2.2 *Antall registrerte brukere av Storbytiltakene i de fire byene*

	Antall registrerte brukere
Oslo	158
Bergen	40
Trondheim	128
Stavanger	24
Totalt	350

For å få anledning til å registrere brukere krevde personvernombudet at vårt utkast til registreringskjema ble kraftig forenklet for å sikre anonymitet. Verdiene på de registrertes bakgrunnsvariabler er derfor delt i ganske brede kategorier. Dette innebærer begrensninger på hvor detaljerte opplysninger vi har om brukerne av tiltakene innenfor Storbysatsingen. Vi mener likevel registreringsdataene gir en god mulighet til å få et bilde av om brukerne av tiltakene er innenfor de målgruppene satsingen er rettet mot.

For å sikre anonymitet har vi også valgt ikke å offentliggjøre resultater av registreringer for enkelttiltak. Dette er særlig viktig for botiltakene, der brukerne bor permanent. Vi slår derfor tiltakene sammen i større grupper, eller ser resultatene for tiltakene samlet, når vi presenterer resultatene av kartleggingen i denne rapporten.

Survey til ansatte i tiltakene

Vi har gjennomført en kort spørreskjemaundersøkelse til samtlige tiltak som mottar støtte fra storbysatsingen. Spørsmålene dreier seg blant annet om målgruppe, antall ansatte og ansattes kompetanse. Denne enkle undersøkelsen er gjennomført for å få en samlet oversikt over de viktigste forholdene ved alle tiltakene som inngår i Storbysatsingen.

2.1.2 Kvalitative datakilder

Intervjuer med myndighetene og ledere i kommunene/ tiltakene

I evalueringen er det gjennomført intervjuer med representanter for statlige myndigheter (Helsedirektoratet, fylkesmennene) og med ledere i kommunene (på system- og tjenestenivå). I disse

intervjuene er det fokusert på målene og målgruppene for Storbysatsingen, styringen og organiseringen av satsingen og utviklingen av de kommunale tiltakene. Det konkrete fokuset i hvert intervju avhenger av den enkelte informants arbeidsområde og plassering i kommuneorganisasjonen. Intervjuene er gjennomført som semi-strukturerte samtaler, der det er et ”program” for hvilke spørsmål som skal stilles, men der det også er åpent for innspill fra informantene. Det er benyttet intervjuguider tilpasset hver informant. Intervjuene gir bred kunnskap til bruk i begge hoveddelene av evalueringen, dvs. både om organiseringen av satsingen og om de ulike tiltakene. Intervjuene med lederne for tiltakene har også omhandlet tiltakets mål, organisering, arbeid, kompetanse og samarbeid. Ledere for samtlige tiltak er intervjuet.

Fokusgruppeintervjuer

I de tiltakene som er valgt ut for nærmere analyse har vi gjennomført fokusgruppeintervjuer med ansatte i tiltakene. Fordelen med å benytte gruppeintervjuer er at forskerne får mange informanter i tale, og selve intervjusituasjonen gir en dynamikk som gjør at pålitelig, viktig og mangfoldig informasjon kommer frem. Gruppeintervjuene bidrar til å gi et fyldigere bilde av det enkelte tiltak: målgruppe, arbeidsmetoder, kompetanse, samarbeidspartnere og samarbeidsrelasjoner, samt bruker- og pårørendemedvirkning. Fokusgruppeintervjuer er dessuten en rask og kostnadseffektiv måte å innhente informasjon på. Intervjuene har vært semi-strukturerte, dvs. at samtalen ble gjennomført ved hjelp av intervjuguider, men med rom for å få frem relevante momenter som ikke er berørt i guiden.

Intervjuer med samarbeidende instanser

For de tiltakene som er valgt ut for nærmere analyse er det gjennomført intervjuer av ansatte i samarbeidende tjenester, både i det kommunale hjelpeapparatet og i andre linjetjenesten. For enkelte tiltak har vi også intervjuet f.eks. ansatte i politiet og i frivillige organisasjoner. Gjennom et bredt inntak av informanter, er det mulig å danne et bilde av hvordan tiltakene fungerer, også i forhold til det kommunale psykiske helsearbeidet ellers.

Bruker-/pårørendeintervjuer

For de utvalgte tiltakene som har direkte kontakt med brukere har vi intervjuet et utvalg brukere av tiltakene samt pårørende, i den

grad det har vært mulig. Intervjuene omhandler brukernes og pårørendes erfaring med tiltaket (og evt. videre behandling), betydningen for deres livskvalitet, og deres opplevelse av å bli tatt med på råd og bli tatt hensyn til. Informantene er rekruttert gjennom hjelpeapparatet/tiltakene og forutsetter frivillig samtykke, slik personvernombudet krever. Antall brukere intervjuet innenfor hvert tiltak er for lite til at vi kan si at informantene er representative for brukerne av tiltaket. Informasjonen fra disse intervjuene blir derfor primært brukt for å vise eksempler på erfaringer med tiltakene.

Vi har også gjennomført intervjuer med representanter for brukerorganisasjonene Mental Helse og LPP.

Dokumentstudier

Studiene omfatter måldokumenter fra statlige myndigheter (Stortingsproposisjon, dokumenter fra Helsedirektoratet, etc.), notatet fra Hurtigarbeidende prosjektgruppe, søknads- og rapporteringsdokumenter fra kommunene og tiltakene, kommunenes planer for psykisk helsearbeid samt andre kilder for informasjon om kommunenes hjelpeapparat generelt og de aktuelle tiltakene spesielt. Kommunenes egevalueringer av tiltakene utgjør også en del av datamaterialet.

2.1.3 Utvalg av tiltak for nærmere studier

Åtte tiltak er valgt ut for noe grundigere analyse. Valget av disse tiltakene skjedde etter forslag fra fylkesmennene, og i samråd med oppdragsgiver. Det var ønsket at evalueringen skulle se nærmere på tiltak som kunne sies å representere nye innfallsvinkler eller metoder, og som kunne gi viktige lærings- og overføringseffekter i utviklingen av tiltak for målgruppene for Storbysatsingen.

De tiltakene som er valgt representerer ulike typer tiltak, dvs. både botiltak, ambulerende virksomhet, tiltak for forsterket kartlegging og tiltak rettet mot barn og unge.

DEL II

ORGANISERINGEN OG STYRINGEN AV SATSINGEN

3 Organiseringen av Storbysatsingen

3.1 Innledning

Fordelingen av midlene til de fire største byene gjennom Storbysatsingen skiller seg fra fordelingen av de øvrige midlene i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Mens midlene til kommunene fra Opptrappingsplanen ellers fordeles etter nøkkelen for helse- og sosialområdet i inntektssystemet for kommunene, ble tilskuddet fra Storbysatsingen fordelt etter søknad. Kommunene søkte på foreslåtte tiltak, og det foregikk en dialog mellom kommunene og statlige myndigheter (Helsedirektoratet/Fylkesmennene) rundt utformingen av det enkelte tiltak. Alt i alt ble storbymidlene fordelt omtrent i forhold til byenes folketall.

Denne delen av evalueringen ser på betydningen av å la midler fordeles til tiltak i storbyene etter søknad i stedet for gjennom de generelle Opptrappingsmidlene, og på selve styringsdialogen mellom sentrale myndigheter og kommunene. Følgende spørsmål blir belyst:

- Hvilken rolle har Hurtigarbeidende prosjektgruppe og anbefalingene fra denne hatt for innholdet i Storbysatsingen?
- Hvordan har Helsedirektoratet og fylkesmennene håndtert forvaltningen av tilskuddet, og hvordan har deres oppfølging og veiledning overfor kommunene vært?
- Hvilken betydning har oppfølgingen fra direktoratet og fylkesmennene hatt for innholdet i prosjektene som er iverksatt gjennom satsingen?

- Har kommunene håndtert tilskuddet i tråd med kravene fra Helsedirektoratet? Innebærer tilskuddsordningen gjennom Storbysatsingen at byene prioriterer andre målgrupper enn de gjør gjennom de øvrige opptrappingsmidlene?
- Hva er de langsiktige effektene av at midlene som gis gjennom storbysatsingen er tidsbegrenset? Hvilke forhold øker sannsynligheten for at tiltakene opprettholdes også etter tilskuddsperioden? Er det lettere å opprettholde delfinansierte tiltak enn fullfinansierte? Hvilken betydning har *innholdet* i tiltaket for dets videre skjebne?

Dette kapitlet tar utgangspunkt i det mandatet som ble gitt gjennom Stortingsproposisjon 1 (2004-2005) (Statsbudsjettet for 2005), og drøfter prosessen frem mot realisering av tiltakene.

Datatilfanget for analysene i kapitlet er intervjuer med sentrale aktører på statlig nivå (Helsedirektoratet og fylkesmennene) og kommunalt nivå, samt gjennomgang av relevante dokumenter.

3.2 Mandatet

Storbysatsingen ble lansert i Statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) på denne måten:

Prosjektgruppe for å styrke innsatsen overfor de som ikke nås av hjelpeapparatet

Det er påpekt fra Landsforeningen for pårørende og fra Rådet for psykisk helse at man gjennom Opptrappingsplanen ikke klarer å fange opp en gruppe av de sykeste og mest svakstilte som bor i til dels svært dårlige boliger. Dette er en gruppe som ofte ikke har ressurser til å oppsøke hjelpeapparatet, og som ikke over alt nås av de som skal hjelpe. Departementet vil nedsette en hurtigarbeidende prosjektgruppe som skal kartlegge og ta konkrete initiativ overfor og veilede ansvarlige parter, slik at tjenesteapparatet finner fram til og får gitt hjelp og et helhetlig tilbud til de personene det gjelder. Prosjektgruppen skal særlig ta for seg situasjonen i de største byene.

(...)

I Opptrappingsplanen pekes det på at mennesker med alvorlige psykiske lidelser er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. Den største hyppigheten her finner vi i hovedsak i de største byene. Mange av dem dette gjelder får ikke den oppfølging som er nødvendig. Styrkingen av tjenesteapparatet gjennom Opptrappingsplanen ser ikke ut til å ha nådd fram til denne gruppen i tilstrekkelig grad. Det er derfor behov for å rette en del av kommunesatsningen i statsbudsjettet for 2005 inn mot økt innsats for denne gruppen i form av en særskilt bevilgning til storbyene.

Det foreslås satt av 50 mill. kroner til de fire største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger). I tillegg kommer det storbyene vil få gjennom den ordinære rammen som fordeles etter fordelingsnøkkelen i inntektssystemet for kommunene. Midlene vil bli fordelt etter søknad. I søknadsbehandlingen vil det blant annet bli lagt vekt på at kommunene viser hvordan de skal nå fram til og gi de dårligste et tilbud, samt hovedtrekkene i hva dette skal bestå i.

Statsbudsjettet trekker frem følgende kjennetegn ved målgruppen for Storbysatsingen:

- De sykeste og mest svakstilte som bor i til dels svært dårlige boliger, som
- ofte ikke har ressurser til å oppsøke hjelpeapparatet, og som
- ikke får den oppfølging som er nødvendig

3.3 Arbeidet i hurtigarbeidende prosjektgruppe

I Stortingsproposisjonen ble det bestemt at departementet skulle nedsette en hurtigarbeidende prosjektgruppe for å ”kartlegge og ta konkrete initiativ overfor og veilede ansvarlige parter”. Departementet ga Helsedirektoratet i oppgave å implementere satsingen.

Arbeidet med Storbysatsingen ble innledet med at byene og brukerorganisasjonene ble invitert inn i den hurtigarbeidende

prosjektgruppen. Hensikten med gruppen var blant annet å diskutere og presisere mandatet gitt i Stortingsproposisjonen, spesielt å definere målgruppen for satsingen klarere. Samtidig skulle gruppen avklare hvilke behov kommunene så som mest prekære, og legge premissene for kommunenes søknader. Blant våre informanter er det svært ulike meninger om arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe.

En informant fra en av byene gir uttrykk for stor tilfredshet med arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe:

Arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe fungerte bra. Det ble ledet av en flink prosjektleder, han jobbet strukturert og målrettet i forhold til det arbeidet som skulle gjøres. SHdir sendte ut et arbeidsnotat, så ble dette supplert med kommentarer fra byene og andre i Hurtigarbeidende gruppe (Intervju 26.04.07).

En informant fra en av de andre byene har en helt annen opplevelse av arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe:

Det var fire møter på rappen i januar/februar. Det er de verste møtene jeg har vært med på. Gruppen rundt bordet var veldig sammensatt, men den hadde et kjennetegn og det var lite kompetanse angående de aller sykeste. De kunne ikke noe om de som er umotiverte og som er for syke til å be om hjelp, og dem som er usynlige på grunn av alvorlig psykisk lidelse. Det var jo den gruppen som skulle være utgangspunktet for pengene. Der ble jeg veldig urolig for gruppens bidrag. Den hadde et rent administrativt forhold til temaet og generell helsefaglig kompetanse. Det gjaldt de som kom fra kommunene (Intervju 25.05.07).

Denne informanten er heller ikke særlig tilfreds med Helse- direktoratets rolle i Hurtigarbeidende gruppe. Han synes direktoratets arbeid var preget av diskontinuitet, og at de som ledet arbeidet fra direktoratets side ikke hadde erfaring med utvikling av konkrete tiltak.

En annen informant er også kritisk til Helsedirektoratets arbeid i Hurtigarbeidende gruppe:

Det var manglende evne eller vilje til å holde seg til mandatet. Utgangspunktet var jo statsbudsjettet, som var ganske klart, Hurtigarbeidende gruppe skulle presisere målgruppen med utgangspunkt i det. Jeg mener at Sosial- og helsedirektoratet overlot til gruppen å bestemme innretningen i strid med statsbudsjettet (Intervju 25.04.07).

Det er større samstemmighet blant informantene fra de fire byene om at det var viktig at kommunene ble tidlig trukket med i prosessen rundt Storbysatsingen:

For [kommunen] har det vært verdifullt å få delta. Ikke minst var det bra å få være med underveis i prosessen, ikke bare få noe som var avgjort og som vi kunne søke på. Vi føler oss ikke så veldig *sett av* Sosial- og helsedirektoratet ellers. Det øker engasjementet. Det var også viktig at gruppen bidro til å skape nettverk og til at vi fikk innsikt i andres prosjekter (Intervju 22.05.07).

Hurtigarbeidende gruppe var sammensatt av folk fra ulike forvaltningsnivåer og med ulike kompetanse i psykisk helsearbeid. Vi kan observere visse forskjeller i deltakernes meninger om arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe, bl.a. avhengig av deltakerens kjennskap til feltet. Det synes å være en tendens til at medlemmer av gruppen som ikke hadde mye egen erfaring fra psykisk helsearbeid (og særlig i forhold til målgruppene for satsingen), hadde størst utbytte av arbeidet i gruppen. For disse personene virket diskusjonene i Hurtigarbeidende gruppe særlig opplysende og avklarende.

Til tross for at Hurtigarbeidende gruppe bare hadde fire møter (inkl. oppstartsmøtet) i arbeidsperioden, som strakk seg fra desember til februar, var det en viss utskiftning i gruppen fra møte til møte. Særlig fra noen av kommunene møtte stadig nye personer i gruppen. Dette bidro til å gjøre diskusjonene i gruppen mindre avklarende enn de trolig kunne ha vært. Hurtigarbeidende gruppe ble nedsatt raskt, og arbeidet foregikk intenst i januar/februar. I følge enkelte informanter var det ikke mulig å rydde alle andre arbeidsoppgaver av veien i denne perioden, noe som innebar at

sentrale personer, særlig fra kommunene, ikke hadde anledning til å møte på alle møtene.

Involvering av brukerorganisasjonene i Hurtigarbeidende gruppe synes naturlig og fruktbar. Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP) hadde en sentral rolle i initieringen av Storbysatsingen, og følte et klart eierskap til satsingen. LPP fikk også en rolle som voktere av mandatet i Stortingsproposisjonen, spesielt i diskusjonene rundt målgruppen(e) for tiltakene. En av informantene fra Oslo sier det på denne måten:

Oslo kommune syntes mandatet var trangt. Vi ønsket å utvide det fordi vi så at behovet var stort også andre steder. Det var ikke så stor uenighet mellom byene, men LPP var uenig. Organisasjonen har nok oversikt over behovene for noen grupper, men den har ikke full oversikt over alle behovene en stor kommune som Oslo har. Men de argumenterte ut fra sin oppfatning (Intervju 13.04.07).

Diskusjonen rundt målgruppe ble et sentralt element i arbeidet til Hurtigarbeidende gruppe. Flere av kommunene hadde i utgangspunktet et ønske om at tiltak for barn og unge og tiltak der rusmisbruk var et hovedproblem, skulle inngå i Storbysatsingen. Andre aktører, kanskje særlig LPP, definerte mandatet fra departementet til at satsingen skulle rettes mot alvorlig psykisk syke voksne. Hurtigarbeidende gruppe kom til en slags enighet om at tiltak for ungdom i overgangsfasen mot voksen kunne aksepteres innenfor rammene av Storbysatsingen:

Vi hadde en stor diskusjon om barn og unge. Her syntes jeg storbyene burde ha større frihet til å prioritere denne gruppen, og det fikk vi jo også gehør for. Ungdom i overgangsfasen til voksen ble inkludert som en del av målgruppen (Intervju 26.04.07).

Når det gjaldt rusproblematikken kom det til en avklaring om at psykisk sykdom skulle utgjøre hovedproblemet til målgruppen, ikke rus. Til tross for enigheten, ønsket LPP å legge ved en tilføyelse til rapporten fra Hurtigarbeidende gruppe, der de presiserer sin forståelse av mandatet fra departementet. Selve prosessen rundt behandlingen av søknadene fra kommunene viser

også at diskusjonene knyttet til målgruppe ikke var endelig over med rapporten fra Hurtigarbeidende gruppe.

En annen diskusjon knyttet til målgrupper dreide seg om hvorvidt Storbysatsingen skulle ha særlig fokus på personer som ikke var kjent for hjelpeapparatet. Problemene med "ikke kjente" alvorlig psykisk syke ble sagt å være særlig store i Oslo, mens noen av de andre byene mente de hadde oversikt over de hjelpetrengende, men ikke var i stand til å gi dem tilstrekkelig og god hjelp. Uten at det fremgår eksplisitt av dokumentene, tyder intervjumaterialet på at Hurtigarbeidende gruppe kom frem til en forståelse av at omfanget av fenomenet "ukjente" hjelpetrengende varierer mellom kommunene, men at alle kommunene står overfor problemer med å nå frem med hjelp til en gruppe alvorlig psykisk syke som ikke fanges opp av det eksisterende hjelpeapparatet, og som ofte ikke selv oppsøker hjelp. I praksis ga Hurtigarbeidende gruppe svake føringer for kommunene i forhold til nye eller kjente brukere, slik at det ble overlatt til byene selv å bestemme hvilken innretning de ønsket å ha på sine prosjekter.

Arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe resulterte i et notat som blant annet inneholdt anbefalinger knyttet til målgruppen for Storbysatsingen. Mange vesentlig spørsmål var imidlertid ikke endelig besvart i notatet, og notatet kan derfor ikke sees som noe endelig måldokument. Viktige avklaringer ble derfor gjort først i behandlingen av byenes søknader.

Styringsdialogen mellom kommunene og Helsedirektoratet

For enkelte av byene var søknadsprosessen frem til endelig vedtak lang og kronglete. Noen av informantene peker på at styringsdialogen mellom direktoratet og kommunen var problematisk, særlig i begynnelsen. Dette synes først og fremst å skyldes uklarheter knyttet til hvilken rolle rådgiverne for Opptrappingsplanen hos de aktuelle fylkesmennene skulle spille i prosessen. I forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse var det etablert en ordning med rådgivere for Opptrappingsplanen hos samtlige fylkesmenn (opprinnelig hos fylkeslegene, men disse gikk etter hvert inn i fylkesmannsembetet). Rådgiverne skulle, som statens forlengede arm og bindeleddet mellom staten og kommunene, ivareta en lang rekke oppgaver overfor kommunene (Myrvold og Helgesen 2005, 2009). Rådgiverne hadde både en

veiledende rolle, en pådriverfunksjon og var kontrollører i forhold til bruken av de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid.

Konstruksjonen med en hurtigarbeidende gruppe med representasjon fra de fire aktuelle byene innebar direkte kommunikasjon mellom Helsedirektoratet og kommunene. Kommunene kom med i prosessen rundt fordelingen av storbymidlene helt fra starten av, og fikk direkte innflytelse på innretningen av satsingen. Representanter fra storbyene uttrykker stor tilfredshet med den tidlige og direkte kontakten med Helsedirektoratet i forbindelse med Storby-satsingen. Forholdet mellom fylkesmennene og de største byene har historisk vært vanskelig. Til forskjell fra mindre kommuner har de største kommunene gjerne mye kompetanse på sine ansvarsområder, og innblanding fra Fylkesmannen oppleves ofte som unødvendig statlig styring (Hansen et al. 2009).

Organiseringen av Storbysatsingen betød imidlertid et brudd med de etablerte styringskanalene i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette innebar at det i noen grad ble gitt (eller i hvert fall oppfattet fra kommunal side) noe ulike signaler i starten av prosessen. Noen av våre informanter peker på at flere av de involverte fra Helsedirektoratets side hadde liten forvaltningskompetanse, noe som kan ha bidratt til at den etablerte styringslinjen gjennom rådgiverne hos fylkesmennene ble tilsidesatt i starten. En av våre informanter uttrykker seg slik:

SHdir satte i gang arbeidet mot kommunene uten å involvere fylkesmannen. Direktoratet kalte inn kommunene uten at rådgiverne hos fylkesmennene visste noe. (...) Det er et problem hvis det er flere kanaler inn til kommunene. Det kan gi uklare meldinger til kommunene, noe kommunene kan utnytte til sin fordel (Intervju 23.05.07).

En annen informant sier mye av det samme:

Midlene var høyt frontet og det var en prominent sak i direktoratet. Både statssekretær og statsråd var involvert. Det skulle gjøres på skikkelig måte, men det ble komplikasjoner. Det var bare nye folk i direktoratet. De skjønte ikke fylkesmannens rolle. Jeg måtte gjøre det klart for dem, hvordan prosessen skulle være. Direktoratet ville ha noe som var spesielt for disse

midlene. Men jeg mener at det ville ha underminert Opptrappingsplanens prosedyrer, det var lagt noen prosedyrer der [i stortingsmeldingen om Opptrappingsplanen] vi måtte forholde oss til. (...) Kommunene fikk etter hvert forholde seg til dem de var vant å forholde seg til. Vi unngikk at det ble etablert delte linjer (Intervju 26.04.07).

Både i Oslo og i Stavanger måtte det oppvaskmøter til mellom kommunen, Fylkesmannen og Helsedirektoratet til for å løse flokene rundt Storbysatsingen.

En av informantene er kritisk til at byene ikke fikk vite hvor mange år Storbysatsingen skulle vare:

Det er en frustrerende måte å styre på. Hvis vi hadde fått beskjed om at dette var midler som ble stoppet, hadde vi satt i gang noe som kunne vare i tre år. Det vi har satt i gang nå, det kan ikke stoppes. Derfor har vi sagt det her i [xxx] kommune, at vi tror de kommer til å fortsette. Vi har satt i gang nye typer boligprosjekter, de kan ikke avvikles, de må inn i rammen og det må planlegges. Jeg mener direktoratet styrer ved å skape utrygghet og usikkerhet. De holder kommunene på pinebenken hele tiden angående penger.

Vi må heller tenke at vi har felles mål som vi må jobbe mot. At vi skal søke om penger hvert år er meningsløst, at vi skal dokumentere hva vi bruker penger til er greit. Men så mye mer enn det skal vi ikke gjøre. Spillereglene bør være klare på forhånd. Vi vil vite og vi vil ha forutsigbarhet. Vi har latt som om det er forutsigbart (Intervju 25.05.07).

Tiltakene i Storbysatsingen

Søknadsprosessen frem til godkjenning av tiltakene var, som nevnt over, lenger og mer kronglete for noen av byene enn for andre. Prosjektene skulle jobbes frem på svært kort tid. Mens f.eks. Bergen hadde relevante prosjekter ”liggende i skuffen” i påvente av å få finansiering, måtte andre byer begynne omtrent fra scratch. Oslo kommune skiller seg dessuten fra de andre byene både rent størrelsesmessig, og ved at byen har en betydelig mer kompleks

organisatorisk struktur. Disse forholdene bidro trolig til at Oslo ikke fikk frem tilstrekkelig gode og bearbejdede søknader i tide, og måtte gå flere runder med fylkesmann/direktorat før prosjektene kunne godkjennes. Også Trondheim og Stavanger søkte om midler til prosjekter som ikke ble godkjent. Dette gjaldt først og fremst tiltak rettet mot barn og unge som ikke ble ansett å ligge innenfor målgruppene til Storbysatsingen.

Informantene sier seg stort sett tilfreds med at arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe foregikk raskt og konsentrert. Likevel er det flere som nevner at arbeidet med selve søknadene og utformingen av tiltakene ble forsert på en måte som kanskje var uheldig for det faglige innholdet i prosjektene:

Vi burde nok hatt bedre tid til å jobbe frem søknadene på slutten. Søknadene hadde nok blitt bedre da (Intervju 22.05.07).

Selv om byene fikk midler etter søknad på prosjekter, var utfallet at storbymidlene i hovedsak ble fordelt i tråd med byenes folketall. Inntrykket er likevel at fordelingen på ingen måte skjedde mekanisk, men at prosjektsøknadene ble underlagt grundig og kritisk behandling. Flere prosjektsøknader ble avslått fordi de ikke ble ansett å treffe målgruppen. Som nevnt gjaldt dette særlig prosjekter for barn og unge, i noen grad også prosjekter knyttet til rusmisbrukere, der psykiatri ikke ble sett som brukernes primære problem. I behandlingen av søknadene har det hele tiden vært oppmerksomhet på om prosjektforslagene ville nå målgruppen.

Flere informanter fra kommunene innrømmer at arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe og prosessen med at midlene ble gitt etter søknad hadde positive sider:

Når alle byene er samlet får vi opp ideer og kan reflektere litt rundt problemstillingene. Jeg tror denne prosessen førte til at vi tenkte litt annerledes. Samtidig synes jeg at byene burde hatt litt større frihetsgrader

Flere av våre informanter peker på at de – etter deres mening – aldri fikk noen endelig, skriftlig godkjenning på sine prosjekter fra Helsedirektoratet:

Og vi fikk aldri noen egentlig godkjenning av prosjektene våre. Jeg tror det var fordi de skiftet saksbehandler på det, eller fordi det var en maktkamp internt i direktoratet. Og ulike personer i SHdir ga ulike svar. Når vi trodde vi hadde fått positivt svar fra én, kunne en annen etter en tid komme med en liten detalj som måtte endres. Prosessen tok veldig lang tid. Det var først da [xxx] ble ansatt at det ble kontinuitet i arbeidet fra SHdirs side. Vi oppfattet i alle fall SHdir som uklare, og at tilbakemeldingene ofte var helt uten mål og mening (Intervju 13.04.07).

Da pengene til tiltakene kom, tolket de likevel dette som en godkjenning fra Helsedirektoratets side.

Storbysamlinger

I de første par årene av Storbysatsingen arrangerte Helse- direktoratet samlinger med de fire byene to ganger i året. Hver samling hadde gjerne et spesifikt tema, f.eks. boliger for mennesker med alvorlige rus- og psykiatriproblemer. På samlingene deltok ansvarlige for Storbysatsingen i byene samt noen av de ansatte som arbeidet med det temaet som var valgt for samlingen. Også rådgiverne hos de aktuelle fylkesmennene møtte stort sett på samlingene, i tillegg til de ansvarlige i Helsedirektoratet. Disse samlingene ble høyt verdsatt av deltakerne fra de fire byene, både ledelsen og ansatte. Gjennom presentasjoner av andre byers prosjekter og tiltak, og gjennom sammenlikning av ulike løsninger for én og samme gruppe og utveksling av erfaringer, fikk byene ideer til utvikling av egne tiltak og tjenester:

Storbysamlingene er veldig nyttige. Vi får informasjon om andre byers tiltak, som kan brukes i utviklingen av tiltak i egen kommune. Vi har ikke hatt noen slik arena for erfaringsutveksling tidligere (Intervju 26.04.07).

En sideeffekt ved samlingene, i tillegg til at det gis orienteringer om prosjektene, er at de er blitt et forum for diskusjon av faglige utfordringer. Det er en gevinst, det har vært viktige og gode diskusjoner. Jeg håper det kan fortsette. Fagfolk som jobber med problemene har stor glede av å møte hverandre. Det viser også at det er mye ugjørt (Intervju 25.04.07).

En annen informant uttrykker også sin positive erfaring med Storbysatsingen og storbysamlingene:

Det har skjedd en økt bevisstgjøring i forhold til situasjonen for de aller sykeste. Både storbysamlingene og resten av arbeidet med satsingen har fungert positivt for å få utviklet kommunenes arbeid for denne gruppen. Satsingen var et godt grep for å få ting til å skje (23.05.07).

Mot slutten av storbysatsingsperioden falt disse samlingene bort, noe flere av våre informanter mener er et savn.

Betydningen av tidsbegrensede midler

Det er usikkert hva som vil være de langsiktige effektene av at midlene som gis gjennom Storbysatsingen er tidsbegrenset. Betydningen av tidsbegrensningen vil trolig avhenge av hvilken type tiltak det er snakk om. Noen av de realiserte tiltakene har preg av å være tidsbegrensede prosjekter, som f.eks. kartlegging av psykiske problemer og belastninger i en viss gruppe mennesker. Slike prosjekter vil sannsynligvis forsvinne når pengene blir borte. Noen tiltak bærer mer preg av å være kompetansehevingstiltak. Her vil trolig også ytterligere kompetanseheving avta når pengene ikke øremerkes, men den kompetansen som er opparbeidet i prosjektperioden vil bestå (hvis ikke personene flytter på seg).

Tiltak som innebærer etablering og vedlikehold av samarbeid mellom ulike tjenester er sannsynligvis svært sårbart overfor kutt i midlene. Samarbeid oppfattes ofte som ressurskrevende ”ekstra-

arbeid” for den enkelte tjenesten. For å prioritere samarbeid må det derfor foreligge øremerkede ressurser og gjerne en prosjektgruppe som har spesiell oppmerksomhet rundt temaet. Hvorvidt disse tiltakene overlever etter storbysatsingsperioden vil trolig avhenge av om kommunen ser det som et prioritert område å opprettholde det som er oppnådd gjennom satsingen.

I mange av storbytiltakene er midlene fra satsingen brukt som et ekstra tilskudd i forbindelse med å etablere mer varige tilbud. Midlene har f.eks. vært benyttet til å sørge for ekstra tilrettelegging og oppfølging ved flytting av alvorlig psykisk syke fra institusjon til egen bolig. I flere av botiltakene benyttes storbymidler til forsterket oppfølging av beboere. For noen av disse tiltakene er kostnadene ved oppfølging allerede veltet over på kommunen/bydelen, eller den forsterkede oppfølgingen er avsluttet. På kort sikt er det ikke sannsynlig at disse tiltakene legges ned, i alle fall ikke de botiltakene som representerer varige boliger, men oppfølgingen kan bli redusert. Også her er det avhengig av om kommunen/bydelen vil prioritere å opprettholde tilbudet på det nivået som er lagt gjennom Storbyatsingen. Kommunens vurdering vil trolig avhenge av hvilke alternative tilbud som foreligger til denne gruppen, og antatte kostnader ved alternative tilbud (eller ved ikke å gi noe tilbud).

For noen tiltak, som *Akutteamet* i Oslo og *Livskrisehjelpen* i Bergen, har storbymidler inngått som tilskudd til driften. Det er vanskelig å forutsi disse tiltakenes skjebne etter at tilskuddsperioden er over. Målgruppen(e) for tiltakene består dels av svært ressursvake personer, dels av helt ”vanlige” innbyggere som trenger akutt hjelp i en kort periode. Bortsett fra de ansatte som arbeider i tiltakene har disse gruppene få sterke talspersoner som kan bidra til at tilbudet opprettholdes. Kortvarige tilstander gir i seg selv et ganske dårlig utgangspunkt for lobbying til fordel for et tilbud. Det er derfor grunn til å tro at det over tid vil kunne oppstå et visst press i forhold til å redusere tilbudet i disse tiltakene.

3.4 Oppsummering

Ordningen med Hurtigarbeidende prosjektgruppe representerte en ny måte å trekke kommunene inn i utviklingen av prosjekter og tiltak på. De fire byene var svært tilfreds med å komme tidlig inn i

Storbysatsingen, slik at de kunne legge premisser for utformingen av de konkrete tiltakene i satsingen. Ordningen brøt imidlertid med den etablerte styringskanalen gjennom rådgiverne hos fylkesmennene, noe som tidlig i satsingsperioden skapte en viss usikkerhet om styringssignalene fra staten til kommunene.

Arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe foregikk over bare et par måneder, og byene fikk liten tid til utviklingen av prosjekter. Denne raske fremdriften bidro trolig til at en del tiltak kom raskt i gang, men innebar også at noen forslag ble fremmet prematurt og derfor måtte omarbeides flere ganger. Gjennom behandlingen av søknadene fra byene ble det også klart at notatet fra Hurtigarbeidende gruppe på flere punkter var såpass lite spesifikt at viktige avklaringer knyttet til bl.a. målgruppe måtte skje i forbindelse med søknadsbehandlingen.

Selv om ordningen med å søke midler på konkrete prosjekter oppfattes som unødvendig styrende av noen av byene, må de fleste informantene fra byene medgi at søknadsprosessene med stor sannsynlighet har bidratt til større bevissthet om målgruppens behov og til å gjøre prosjektene bedre og mer målrettet. Målgruppen i Storbysatsingen har sjelden sterke talspersoner, og har derfor en tendens til å komme på etterskudd i kampen om midler. Gjennom en tilskuddsordning som krever søknad på prosjekter, som i Storbysatsingen, er det større sannsynlighet for å holde fokus på målgruppen.

De langsiktige effektene av at midlene som gis gjennom Storbysatsingen er usikre og vil trolig avhenge av hvilken type tiltak det er snakk om. Generelt gjelder at målgruppen(e) for tiltakene i Storbysatsingen består dels av svært ressurssvake personer, som har få sterke talspersoner som kan arbeide for at tilbudet opprettholdes. Når midlene fra satsingen blir lagt inn i rammen for finansieringen av kommunene er det derfor grunn til å tro at det over tid vil kunne oppstå et press i forhold til å redusere tilbudet i tiltakene etablert innenfor Storbysatsingen.

DEL III

STORBYENES PROSJEKTER

4 Storbysatsingens mål: spørsmål for vurdering av tiltakene

4.1 Innledning

Innledningsvis i kapittel 1 oppsummerte vi Hurtigarbeidende gruppes anbefalinger til kommunene i fire hovedpunkter. Tiltakene innenfor Storbysatsingen skulle ivareta (i) identifisering og videreformidling av folk i målgruppen, (ii) gi god og kompetent hjelp, (iii) sørge for et helhetlig og samordnet tilbud til brukerne, og (iv) ivareta bruker- og pårørendemedvirkning i tiltakene.

Vi tar utgangspunkt i disse fire punktene når vi analyserer tiltakene som er realisert innenfor Storbysatsingen. I anbudsdokumentene for evalueringen listet oppdragsgiver (Helsedirektoratet) opp en rekke relevante spørsmål som kan knyttes til disse fire hovedpunktene. I de neste fire kapitlene vil vi presentere de tiltakene hver av byene har iverksatt med midler fra Storbysatsingen. Tiltakene drøftes på to plan: i hvilken grad ivaretar hvert tiltak de hensynene som er vektlagt i Storbysatsingen, og hvordan forholder hver by seg – gjennom sine tiltak – til intensjonene i satsingen? Vi redegjør her noe nærmere for hva vi vil legge vekt på i behandlingen av tiltakene i de neste kapitlene.

4.2 Spørsmål for drøfting og vurdering

4.2.1 Identifisering og videreformidling av folk i målgruppen

Et helt sentralt mål i mandatet for Storbysatsingen er å nå ut til ”nye” folk – mennesker med stort behov for hjelp, men som av ulike grunner ikke fanges opp av hjelpeapparatet, eller som har falt ut av hjelpeapparatet fordi det ikke finnes noe godt og tilpasset tilbud til dem. Dette er ingen homogen gruppe, men består av mennesker med ulike problemer og lidelser. Samtidig er det åpenbart en utfordring for hjelperne både å finne og å oppnå kontakt med folk som ikke selv oppsøker hjelp, og som kanskje ikke selv anerkjenner at de er syke.

I gjennomgangen av de ulike tiltakene vil vi drøfte i hvilken grad Storbysatsingen bidrar til å nå denne gruppen av hjelpetrequende. Blant de momentene vi skal se nærmere på, er disse:

- Hvordan har kommunen gjennom sine foreslåtte og realiserte tiltak forhold seg til målgruppen for Storbysatsingen, slik denne var definert i overordnede dokumentene fra departement, direktorat og Hurtigarbeidende gruppe? I hvilken grad har kommunen faktisk nådd frem til målgruppen for Storbysatsingen gjennom tiltakene? Har tiltakene truffet andre grupper enn først tenkt? Har tiltakene brukere utenfor den definerte målgruppen? Er det grupper/personer innenfor målgruppen som kommunene *ikke* har lyktes i å nå frem til gjennom tiltakene, evt. hvilke grupper/personer er dette?
- Omfatter tiltakene mennesker som tidligere ikke har vært kjent for hjelpeapparatet, eller er det kjente grupper som nå får et nytt tilbud? I hvilken grad innebærer tiltakene oppsøkende virksomhet? Hvilke metoder tas i bruk for å sikre at hjelpen når ut til de aller svakeste? Har satsingen ført til at alvorlig psykisk syke som ikke selv oppsøker hjelpeapparatet har fått en bedre situasjon?
- Representerer tiltakene noe nytt i forhold til hva kommunen ellers tilbyr innenfor det psykiske helsearbeidet?

- Hvordan sikres videre oppfølging av mennesker i målgruppen som har behov for hjelp? Hvilke metoder benyttes for å skape kontakt med andre relevante tjenester?

4.2.2 Kompetent hjelp

Kartleggingen som ble foretatt i startfasen av Storbysatsingen tydet på at byene i beskjeden grad har hatt et godt, tilpasset og differensiert tilbud til en del av de aller svakeste. Dette gjelder ikke minst personer med alvorlige rusproblemer og psykiske lidelser. Fokuset for Storbysatsingen var derfor å sørge for et bedre og mer tilpasset tilbud til denne gruppen. I gjennomgangen av tiltakene vil vi derfor se på hvorvidt og hvordan midlene gjennom Storbysatsingen faktisk benyttes til å bygge opp et kvalitativt godt tilbud til denne gruppen:

- Hvilken kompetanse har ansatte i tiltakene? Hvor mange årsverk omfatter tiltakene? I hvilken grad brukes midlene gjennom storbyatsingen til å bygge opp (ny) kompetanse i hjelpeapparatet? I hvilken grad opplever kommunene å ha hevet kompetansen når det gjelder innbyggere med alvorlige psykiske lidelser? Er det kompetansebehov som foreløpig ikke er dekket?
- Hva slags hjelp ytes, og hvor mye/hvor ofte? Hvilke faglige og metodiske tilnærminger benyttes? I hvilken grad bygger byene opp differensierte tjenester for målgruppen?
- Mener brukerne selv og deres pårørende at de får god og tilpasset hjelp?
- Bidrar storbymidlene til å styrke andre fagfelt (f.eks. rus, barnevern, rehabilitering) i kommunen?

4.2.3 Helhetlig og samordnet tilbud

Målgruppen for Storbysatsingen har komplekse problemer, og mange vil trenge hjelp fra flere tjenester, både kommunale og statlige. For at tilbudet skal være helhetlig og godt, forutsetter det et tett samarbeid mellom ulike hjelpetjenester. Det er derfor viktig å se på hvorvidt og hvordan kommunene har bygget inn mekanismer og metoder for samarbeid og samordning i tiltakene som er etablert innenfor Storbysatsingen:

- Hvordan er tjenestene organisert? Hvor og hvordan er tiltakene forankret i kommuneorganisasjonen (evt. og/eller i spesialisthelsetjenesten)? Hvordan er storbysatsingen integrert i kommunenes samlede psykiske helsearbeid?
- Innebærer tiltakene et formelt/uformelt samarbeid med andre tjenester/etater/nivåer – både internt i kommunen, mellom kommunale tjenester og andrelinjen (evt. andre statlige etater/tjenester), og mellom kommunale tjenester og relevante frivillige organisasjoner?
- Hvordan sikres nødvendig samarbeid? Skjer samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på systemnivå og/eller på individnivå? Hvordan og hvor utvikles individuelle planer for brukerne? Hvem tar ansvar for at slike planer utarbeides? Hvilke ordninger skaper gode betingelser for samarbeid, og hvilke forhold kan hindre samarbeid?

4.2.4 Bruker- og pårørendemedvirkning

Brukermedvirkning står sentralt i Opptrappingsplanen, og er også vektlagt i Storbysatsingen. Brukermedvirkning er viktig av flere grunner. Det er et demokratisk aspekt ved slik medvirkning, ved at alle har krav på respekt for egne meninger når det gjelder eget liv og helse. Brukermedvirkning kan også bidra til at den hjelpetregende får større selvrespekt og større tiltro til egne ressurser og vurderinger. I tillegg oppfattes brukermedvirkning å bidra til at den enkelte får et bedre tilbud, og til at den hjelpen som gis blir mer effektiv fordi motivasjonen er større når brukeren selv har vært med på å ta beslutningene. Samtidig eksisterer det flere utfordringer i brukermedvirkningen innenfor psykisk helse (Sverdrup m.fl. 2007), kanskje særlig for mange av de personene som er i målgruppen for Storbysatsingen. I behandlingen av tiltakene drøfter vi derfor i hvilken grad og på hvilken måte tiltakene legger til rette for bruker- og pårørendemedvirkning:

- Hvordan praktiseres brukermedvirkning i tiltakene? Hvilke muligheter og hindringer eksisterer i involvering av brukere/pårørende? I hvilken grad deltar brukerne selv og/eller deres pårørende i utviklingen av individuelle planer?
- Innebærer tiltakene kontakt med pårørende? Hvordan ivaretas pårørendes synspunkter, ønsker og behov?

- Hvordan opplever brukerne og deres pårørende sin egen medvirkning?

4.3 Videre behandling av spørsmålene

I de neste fire kapitlene skal vi gjøre rede for de fire byenes storbytiltak. For alle tiltakene drøfter vi de fire hovedtemaene som er skissert her, i tillegg til spørsmålet om satsingen treffer den intenderte målgruppen:

- Fanger tiltakene opp målgruppen?
- Innebærer tiltakene identifisering og videreformidling av folk i målgruppen?
- Gir tiltakene god og kompetent hjelp?
- Gir tiltakene helhetlig og samordnet tilbud til brukerne?
- Sørger tiltakene for bruker- og pårørendemedvirkning?

Rammene for evalueringen tillater ikke at vi går detaljert inn på alle underspørsmålene for alle tiltakene. Som nevnt i metodekapitlet er det valgt ut et mindre antall tiltak som vil behandles i noe større bredde, blant annet med intervjuer av brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

I de neste kapitlene behandler vi hver by og hvert tiltak for seg. I kapittel 9 vil vi gi en mer systematisk drøfting av de fire hovedtemaene for evalueringen, sett i lys av samtlige realiserte tiltak innenfor Storbysatsingen.

5 Oslo kommunes prosjekter

5.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi drøfte tiltakene som Oslo kommune har utviklet ved hjelp av midler fra Storbysatsingen i forhold til målene satt for Storbysatsingen:

- Omfatter tiltakene målgruppen for Storbysatsingen?
- Innebærer tiltakene identifisering og videreformidling av folk som trenger hjelp?
- Klarer tiltakene å gi helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?
- Gir tiltakene god, kompetent hjelp til brukergruppen?
- Hvordan sørger tiltakene for bruker- og pårørende-medvirkning?

Først i kapitlet går vi gjennom prosessen rundt Oslos søknader om storbymidler, og gir en kort oversikt over kommunens storbyprosjekter. Deretter beskriver og drøfter vi tiltakene i mer detalj. I Oslo har vi valgt å gå nærmere inn på fire prosjekter: *Min plan*, *Schandorffsgate*, *Psykkisk helse i Oslo-skolen* og *Akutteamet* ved Oslo Legevakt. De andre prosjektene behandles noe mer summarisk.

5.2 Oslos prosjekter – en oversikt

5.2.1 Prosessen med å få frem prosjekter

Oslo kommune er betydelig større enn de andre store byene i Norge, og kommunen har en tilsvarende kompleks organisasjons-

struktur. Mange etater var involvert i prosessen knyttet til Storby-satsingen. Da Hurtigarbeidende gruppe ble satt i gang var kommunen dessuten i en omorganiseringsprosess, noe som kan ha bidratt til å komplisere utviklingen av storbytiltakene i Oslo.

En informant fra Oslo sier at det var en lang avklaringsprosess for å få godkjent storbyprosjektene. Fylkesmannen i Oslo og Akershus hadde en sentral rolle i prosessen rundt utformingen av prosjektsøknadene. Etter at Oslo kommune sendte sine søknader var det en omfattende dialog med Fylkesmannen om hva som kunne og burde endres for at hvert prosjekt skulle kvalifisere for storbymidlene. Fylkesmannen holdt kontinuerlig Helsedirektoratet orientert om utviklingen og om hvilke prosjekter som ble anbefalt.

Oslo kommune ved byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjeneseter, sendte 15/3-05 den første søknaden på til sammen ni ulike prosjekter til Fylkesmannen. I april oversendte de en presisering av søknaden og identifiserte til sammen 15 prosjekter i seks ulike etater. I en prosess de påfølgende månedene ble noen prosjekter skrinlagt fordi de ikke oppfylte kriteriene for storbymidlene, og noen ble trukket av andre grunner. De fleste prosjektene ble spesifisert i prosessen, og noen av dem gikk gjennom ganske store endringer. I juli 2005 forelå fullstendige prosjektbeskrivelser.

Det endelige antall godkjente prosjekter i Oslo i henhold til Årsrapporteringen for 2007 var 11² fordelt på fem ulike etater, se Tabell 5.1.

² I årsrapporten blir de to prosjektene innenfor Barne- og familieetaten behandlet som ett prosjekt "Barnevern for psykisk helse". De to prosjektene er imidlertid i andre sammenhenger behandlet som to separate prosjekter, noe vi også gjør i gjennomgangen av prosjektene.

Tabell 5.1 *Oslos prosjekter 2005-2007*

15/3 – 05 Søknader	4/7 – 05 Fullstendige prosjektbeskrivelser	Navn ved årsrapporteringen for 2007
Legevakten A. Psykososialt koordinerende team	Mobilt psykososialt team	Akutteamet
B. Forprosjekt khatmisbrukere	-	-
C. Styrking av avd for migrasjonshelse	-	-
Rusmiddeletaten Styrking av kompetanse og bemanning for psykisk syke rusmisbrukere	Styrke Lassonløkken rehabiliteringssenter	Lassonløkken
	Psykisk helsearbeid i seksjon skadereduksjon	Seksjon skadereduksjon (Dobbeltprosjektet)
Storbyavdelingen Nye boliger, botrening, tilføring av kompetanse, kartlegging	1a) 11 boliger i Schandorffsgate	Schandorffsgate
	1b) Værestedet Trefoldighet	Sentrumsprosjektet
	2b) Styrket kartlegging og oppfølging ved Fredensborg	Min plan
	2c) Styrket tilbud ved Fredensborg bosenter Værestedet Fredensborg	
	2d) Sterkboliger for ungdom i Ungbo	To skritt fram (Ungbo)
	3c) Prosjekt Schwensengate 7.	Bolig Schu
	4a) Ambulerende team Lovisenberg sektor	-
	4b) 4 kontaktkoordinatorer i psykiatrisektorene	-
Oslo kommune Spesialisert botilbud	Storbyavdelingen – 3b) 7-11 nye boliger til psykisk syke ved Grefsenlia	Grefsenlia

Forts. neste side

Barne- og familieetaten (BFE) Styrking av etaten med midler til resosialiserings-arbeid	Barnevern for psykisk helse. Samarbeid mellom BFE og BUP Ullevål om to tiltak:	Styrking av barnevernvakta
	a) Styrket barnevernvakt	
	b) Forsterket tilbud i tre institusjoner: Institusjonsprosjektet	Institusjonsprosjektet
Utdanningsetaten A. Øke antall plasser i vidr.g. opplæring for psykisk syke	-	-
B. Styrking av PPTs* arbeid med barn og unge med psykiske lidelser	Byomfattende, ambulant team for unge innvandrere/ flyktninger med psykiske vansker	Psykisk helse i Oslokolene

*Pedagogisk-psykologisk tjeneste.

**Barne- og ungdomspsykiatrien

Oslo kommune syntes mandatet i Storbysatsingen var trangt. Kommunen, i likhet med de fleste andre byene, ønsket å utvide mandatet fordi de mente behovet var stort også hos andre grupper enn de som var Storbysatsingens primære målgruppe. Oslo argumenterte dessuten for at det var vanskelig å treffe midt i målgruppen, og at en må gå bredt ut for å fange opp de personene som har behov for hjelp. Byene møtte imidlertid motstand fra LPP.

I følge en informant sentralt i Oslo kommune vokste det frem litt etter litt at Oslo kommune skulle satse på barn og unge, samt personer med både rus- og psykiske problemer. Det var i starten intern diskusjon i byrådsavdelingene om midler fra Storbysatsingen skulle tilfalle Barne- og familieetaten, Utdanningsetaten og Rusmiddeletaten, eller om midlene burde deles ut til bydelene. Hadde pengene blitt fordelt til bydelene, ville de ha virket raskt. Informanten mener at kommunens innretning på bruken av midlene kanskje ikke helt treffer målgruppene i mandatet:

Hvis vi skulle tolke mandatet for Storbysatsingen strengt, måtte vi ha prioritert å gi pengene til bydelene. Men vi valgte likevel som vi gjorde. Barne- og familieetaten har en noe annen målgruppe enn den som lå i mandatet fra starten av. Rusmiddeletaten har den målgruppen vi opprinnelig tenkte oss (Intervju 13.04.07).

Tanken bak å fordele pengene på ulike sentrale etater var å konsentrere midlene, slik at de kunne brukes mer målrettet mot de gruppene som hadde behov (bl.a. skolesatsingen). Oslo kommune ønsket å satse på områder innenfor psykisk helse som ble oppfattet som forsømt. Bydelene fikk likevel noen penger fordi Oslo det første året hadde ti millioner i underforbruk av storbymidler. Disse pengene ble fordelt på bydelene som et engangsbeløp (med 650 000 – 700 000 til hver bydel). Bydelene brukte i stor grad pengene til det kommunen kaller ”booppfølgere”, altså folk som går hjem til psykisk syke og hjelper og veileder dem med ”å bo”. I den grad det har vært underforbruk av midler de senere årene, blir disse nå brukt i de etablerte storbytiltakene, og ikke av bydelene

Den lange avklaringsprosessen både internt i kommunen og mellom kommunen og Fylkesmannen/Helsedirektoratet bidro til å forsinke oppstarten av en del av prosjektene. Kommunen, spesielt Utdanningsetaten, ønsket ikke å sette i gang prosjekter før det forelå formell godkjenning fra direktoratet. Etter at prosjektene var godkjent, ble enkelte av prosjektene forsinket fordi det var vanskelig for Utdanningsetaten og Barne- og familieetaten å få tak i kompetent personale. Det var særlig et problem å få tak i psykologer.

I Oslo kommune var Utdanningsetaten i utgangspunktet lite involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Enkelte av våre informanter mener å ha opplevd at etaten helst ville ”eksportere problemene”, og at det lå an til å utvikle seg en profesjons- eller domenekamp om barn og unge med psykiske vansker. Gjennom prosessen med å arbeide frem storbyprosjektene er det blitt klart for Utdanningsetaten at de må ta tak i problemene selv, dvs. de må avveie virkemidler og finne løsninger.

Som tidligere nevnt knyttes noen av Oslo kommunes problemer i forhold til utviklingen av prosjekter innenfor Storbysatsingen til at kommunen opplevde omorganisering på alle kanter:

Alle personlige relasjoner ble brutt opp. Og det holder ikke med formelle avtaler, det er veldig viktig med personlig kjennskap. Oslo kommune omorganiserte bydelene, psykiatrien ble reorganisert, helseforetakene ble etablert. DPSene og BUPene ble omorganisert, slik at de som snakket sammen i 2003/2004 ikke gjør det lengre. Nå er det stabilt, og ting er på vei opp (Intervju 13.04.07)

At alle omorganiseringene kom samtidig skapte problemer med samhandlingen for Oslo kommune. I følge våre informanter i Oslo kommune innebærer kommunens komplekse struktur fremdeles visse vansker for kommunikasjonen:

Bydelene er selvstendige enheter, etatene er selvstendige og foretakene er selvstendige. Og ulike byrådsavdelinger er involvert. Det er ikke uten videre enkelt å få en byrådsavdeling til å gi fra seg betydelige midler til et tiltak som en annen byrådsavdeling har ansvar for. Det er mao mange kokker involvert i arbeidet. Kommunens størrelse har selvsagt betydning, det har også det parlamentariske systemet og byrådsavdelingene (Intervju 13.04.07).

Når de ulike omorganiseringene nå i all hovedsak er gjennomført og fått virke en stund, er det etablert nye samhandlingsarenaer i Oslo kommune. Det er også laget en handlingsplan som fungerer som styringsverktøy for kommunens psykiske helsearbeid.

Oslo kommune har avtaler med spesialisthelsetjenesten på alle nivåer. Oslo kommune har avtale med Helse Sør-Øst (avtale med Helse Øst inngått i 2004), bydelene har avtaler med sykehus, DPS (fra 2005) og BUP (fra 2006). Det var kommunen (Helse- og velferdsetaten) som laget malen for avtalene. I avtalene er det beskrevet prosedyrer og nivåer avtalen gjelder for. Avtalene er utarbeidet på direktørnivå, faglig nivå og om enkelte brukere. Det er laget prosedyrer for hvordan det skal samhandles om brukere, hvordan informasjonsflyten skal gå etc. Det oppfattes som et problem for kommunen at DPS og BUP har ulike geografiske opptaksområder. Dette betyr at bydelene må samhandle med flere instanser. Samtidig uttrykker spesialisthelsetjenesten at de har problemer med Oslo kommunes bestillerkontor, de mener det er vanskelig å vite hvor de skal henvende seg. Det er etablert et råd

som behandler tvistesaker mellom kommunen og spesialisthelse-tjenesten. I rådet sitter det to leger fra kommunen og to leger fra Helse Sør-Øst. Det er et lite antall saker som behandles i rådet hvert år.

Representanter fra brukerorganisasjonene var ikke aktivt med fra begynnelsen av i arbeidet med å utvikle storbytiltak i Oslo, men de kom inn etter hvert. Det var motstand fra brukerne (LPP) angående to foreslåtte storbytiltak for barn og unge, noe som sannsynligvis bidro til å forsinke godkjenningen av tiltakene.

Tabell 5.2 *Oslo kommunes tiltak innenfor Storbysatsingen (2007)*

Tiltak	Type tiltak	Mål-gruppe	Midler 2007	Års-verk	Underlagt/ drives av
To skritt fram (Ungbo)	Bolig-tiltak (21 pl.)	17-23 år m/psyk lidelse	2 mill	4	Storbyavd./ Ungbo
Grefsenslia	Bolig-tiltak (12 pl.)	18-60 år m/psyk lidelse	1,45 mill	5,2 (del-finans)	Bydel St.Hans-haugen/ NKS
Bolig Schu	Bolig-tiltak (5 pl.)	Psyk lidelser el utvikl.h.	0,25 mill	0,5 (del-finans)	Storbyavd.
Lasson-løkken	Bolig-tiltak (5 pl.)	Menn 30+ m/rus og psykiatri	1,55 mill	2,8 (del-finans)	Rusmiddel-etaten
Dobbelt-prosj.	Kart-legging/ oppflg	Psyk syke rusmisbr.	1,55 mill	2,5	Rusmiddel-etaten
Institu-sjonsprosj.	Kart-legging/ oppflg	Unge m psyk probl i barne-vern tiltak	3,02 mill (for begge tiltakene)	4 (2 va-kanser)	Barne- og familieetaten
Styrking barne-vern vakt	Sam-arbeid ml tjenester	Barn, unge i kontakt m Barne-vern vakta		1,2	Barne- og familieetaten

Forts. neste side

Tabell 5.1. forts.

Tiltak	Type tiltak	Målgruppe/mål	Tildelte midler 2007	Årsverk	Underlagt/drives av
Værestedet Trefoldighet	Møtested helg	Folk 18+ Rus, psyk, fattige, ensomme	0,5 mill	1	Storbyavd./ Kirken (samarbeid)
Psykisk helse i Oslo-skolen	Samarbeid ml tjenester	Elever m psyk probl	4,95 mill	2,9	Utdannings-etaten
Akuttteamet	Ambulant tjeneste	Folk m psykiske og psykososiale problemer	5,95 mill	7 (del-finans)	Oslo komm. Legevakt
Min Plan	Kartlegging/videreformidl.	Psyk syke bostedsløse 18+, ofte også rus	1,8 mill	4	Storbyavd.
Schandorffsgate	Boligtiltak (11 pl.)	Folk m både rus og psykiatri	5,95 mill	7	Storbyavd./ Kirkens Bymisjon

Målgruppe og type hjelp i Oslo kommunes storbyprosjekter

Vi gjennomførte i 2007 en registrering av brukerne i ti av Oslo kommunes storbyprosjekter, totalt 158 brukere. Noen av tiltakene har "faste" brukere som er registrert (f.eks. beboerne i botiltakene), mens andre tiltak har registrert kontakter i løpet av en bestemt uke. Når vi har presenterer resultatene av registreringen for Oslo er hensikten å gi et bilde av hvilke grupper storbytiltakene i Oslo treffer. Det er selvsagt svært store forskjeller mellom ulike tiltak.

Nesten to av tre av de registrerte brukerne av tiltakene i Oslo vurderes å ha en alvorlig eller svært alvorlig psykisk lidelse. For

mange av de registrerte er det ikke snakk om sikre diagnoser, men om hvordan en mer eller mindre kompetent person vurderer tilstanden. En av fem brukere antas å ha en mindre alvorlig eller lettere lidelse, mens under ti prosent vurderes til ikke å ha noen psykisk lidelse. To av tre brukere oppleves å være funksjons-hemmet pga. sin psykiske lidelse.

Halvparten av de registrerte oppgis å være avhengig av rusmidler. 36 prosent av brukerne har både en alvorlig psykisk lidelse og rus-problemer.

I Oslo er over 85 prosent av de registrerte brukerne mellom 19 og 59 år. 7 prosent er under 19 år, og 7 prosent er 60 år eller mer. Andelen unge reflekterer imidlertid ikke helt ressursbruken i forhold til yngre brukere av storbyprosjektene i Oslo, da det finnes prosjekter rettet mot gruppen (for eksempel *Psykisk helse i Oslo-skolen*) som er systemutviklingsprosjekter, og som derfor ikke har enkeltbrukere som kan registreres. Den største gruppen er mellom 40 og 49 år. En av fire bruker er i denne gruppen.

Nesten seks av ti registrerte brukere i Oslo er menn. Under ti prosent av de registrerte er fra land utenom Europa.

Tabell 5.3 *Hva slags hjelp får brukerne av tiltaket? Oslo kommune.*
(N=158)

Hva slags type hjelp ytes?	Prosent av alle registrerte i Oslo
Samtaler/rådgivning	68
Kontakt/koordinering med andre tjenester	63
Husarbeid/matlaging	34
Fritidsaktiviteter	27
Kontakt med pårørende/venner	23
Økonomistyring	22
Innkjøp o.a.	18
Medisinering	17
Avrusning/mestring av rusavhengighet	16
Arbeidstrening/kvalifisering for arbeid	8
Påkledning/personlige gjøremål	8
Oppfølging/kontakt med skole/utdanning	8

I registreringsskjemaet har vi spurt om hvilken hjelp som ytes til brukerne. Omtrent to av tre får samtaler med hjelpere og hjelp til kontakt med andre tjenester. En av tre får hjelp med huslige sysler, mens omtrent en av fire får hjelp til fritidsaktiviteter, kontakt med familie og venner og økonomistyring. Det er svært få av brukerne i Oslo som får hjelp – gjennom tiltakene i Storbysatsingen – til arbeidstrening eller til å følge opp skole og utdanning.

Utviklingen etter prosjektperioden

Noen av Oslos storbyprosjekter er ”engangstiltak”, mens andre prosjekter er lagt opp til å fortsette også etter at Storbysatsingen og Opptrappingsplanen er avsluttet. Noen av prosjektene fikk midler fra Storbysatsingen i en startfase, mens de nå er selvgående. Flere av tiltakene er dessuten botiltak der beboerne har kontrakt på leiligheten eller er blitt forespeilet at de kan bo langsiktig. Trus-selen om nedleggelse gjelder derfor i verste fall bare noen av Oslos tiltak. Likevel er en informant sentralt i Oslo kommune bekymret for hvordan det vil gå med storbyprosjektene når de øremerkede midlene til dem skal inn i rammen:

Det smuldrer nok opp. Vi får aldri den summen som vi får når midlene er øremerket, ikke halvparten en gang. (...) Utdanningsetaten og Barne- og familie-etaten vil antakelig trenge særfinansiering noen år for å integrere tiltakene i sin virksomhet. Øremerking gir etablering av tiltak, og de kan ikke legges ned igjen. Rusmiddeletaten er kommet langt, og de prosjektene kan ikke reverseres (Intervju 13.04.07).

Også ledere og ansatte i enkelte av tiltakene synes det er uvisst hva som vil skje når Storbysatsingen avsluttes. Selv om de mener at kommunen ikke kan slutte å gi hjelp til de brukerne som nå får tjenester gjennom storbytiltakene, tar de ingenting for gitt. De ser ikke helt bort fra at de rett og slett blir lagt ned, eller i hvert fall at bemanningen blir redusert. Samtidig er enkelte bekymret for at betalingen som pålegges bydelene vil øke når storbymidlene opphører, slik at tiltakene ”priser seg ut”. Flere av informantene nevner at det vil være viktig å bevare den kompetansen som nå er bygget opp i prosjektene.

Videre i kapitlet behandler vi hvert tiltak i noe mer detalj. Etter gjennomgangen av samtlige tiltak har vi avslutningsvis i kapitlet en samlet drøfting av Oslo kommunes storbytiltak.

5.3 To skritt fram (Ungbo)

5.3.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

To skritt fram er sterkboliger for ungdom i regi av Ungbo. Målgruppen for tiltaket er unge fra 17 til 23 år, og innebærer:

bolig og tett og tilrettelagt oppfølging til unge som på grunn av psykiske lidelser ellers faller utenom eller ut av Ungbos opprinnelige tilbud (Årsrapportering 2007)

Beboerne får oppfølging hjemme i boligen 1-3 ganger i uken, og også tilbud om fritidsaktiviteter. De som tilbys bolig gjennom *To skritt fram* får hyppigere oppfølging enn andre beboere i Ungbo, og det utarbeides detaljerte oppfølgingsplaner for beboerne. Mange av *To skritt fram*-beboerne har også individuell plan.

Det er plass til maksimalt 18 unge i prosjektet. På tidspunktet da vi intervjuet de ansatte i prosjektet var det 12 ungdommer på forsterket oppfølging, mens 6 var på et slags ettervern i en overgangsperiode. I løpet av 2007 omfattet prosjektet totalt 25 brukere, mens det ved utgangen av 2007 var 21 brukere som bodde i Ungbo med oppfølging fra *To skritt fram*.

De unge kan bo i boligene i tre år. Det hender at noen blir boende litt lenger mens det jobbes med å finne andre boløsninger for dem. I følge de ansatte i Ungbo kastes ingen ut. I prinsippet skal de hjelpes over i andre boformer, enten kommunal bolig, leid bolig eller egen kjøpt bolig. I løpet av prosjektperioden var (på intervju-tidspunktet høsten 2007) 16 unge blitt skrevet ut av prosjektet, syv av disse på grunn av omfattende rusbruk.

Beboerne rekrutteres til *To skritt fram* på flere måter. Noen plukkes ut gjennom den ordinære søkermassen til Ungbo, ved at de som behandler søknadene ser at det er søkere med økt oppfølgingsbehov. Ellers rekrutteres unge gjennom henvendelser fra

bl.a. DPS, sosialkontorene, leger og akuttpsykiatriske enheter (særlig avdeling for førstegangssykose). Mange av beboerne har vært innlagt i psykiatrien, og mange har en barnevernshistorie. Det er ulike psykiske problemer blant beboerne. Omtrent halvparten har en psykiatrisk diagnose: bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelse, schizofreni, ADD, angst, depresjoner, Aspbergers. Noen har ingen diagnose, og andre har vansker bare en kortere periode i livet.

I følge de ansatte er det en del rusbruk blant de unge beboerne. Det er ikke nødvendig å være helt rusfri for å få bolig i *To skritt fram*, men i prinsippet er det ikke lov å bruke ulovlige rusmidler i leilighetene. Forstyrres naboene for mye på grunn av rus, skrives beboeren ut av prosjektet. Siden de fleste ansatte jobber bare én kveld i uken, er det begrenset oppfølging av beboerne på kvelden/natten.

Blant beboerne i *To skritt fram* har det over tid vært omtrent halvparten av hvert kjønn. Ca. 50 prosent er etnisk norske. De fleste som er eller har vært i prosjektet er nye for Ungbo, men to av beboerne bodde tidligere i det ”ordinære” Ungbo.

Ungbo er byomfattende, og de ansatte må forholde seg til alle Oslos bydeler. De fleste kommer fra Søndre Nordstrand og Alna, mens det for eksempel kommer svært få fra St. Hanshaugen.

Proessen mot etablering av tiltaket og eventuelle endringer underveis

Den opprinnelige søknaden fra Storbyavdelingen i Oslo kommune var betydelig mer omfattende enn midlene som ble tildelt. I utgangspunktet ønsket Ungbo å tilby både boliger og et organisert dagtilbud til unge med psykiske problemer. Med de reduserte midlene ble det besluttet å etablere boliger til unge med større oppfølgingsbehov enn det som ellers er mulig i Ungbo, mens dagtilbudet ble droppet. Opprinnelig hadde prosjektskissen også tatt sikte på å ha døgnbemanning i boligene og å etablere en krisebolig. Døgnbemanningen ble droppet på grunn av manglende finansiering, men det ble tidlig i prosjektperioden laget en krisebolig med to plasser for svært syke, unge brukere. Kriseboligen var imidlertid ikke tilstrekkelig bemannet, og da den brant ned, ble den ikke gjenopprettet. De ansatte vurderte at det ikke var forsvarlig å

opprettholde kriseboligen med den bemanningen som var tilgjengelig.

I 2007 ble det for første gang arrangert sommerleir for ungdommene i prosjektet. Dette var et tiltak som ikke lå inne i de opprinnelige planene for *To skritt fram*.

Ressursbruk

To skritt fram ble i 2007 tildelt 2 000 000 kroner av storbymidlene. Prosjektet omfatter 4 årsverk. Tre av de ansatte er barnevernpedagoger (med diverse videre-/etterutdanning), og én er sosionom. De fire ansatte i prosjektet har bredere kompetanse, spesielt i forhold til unge med psykiske helseproblemer, enn det som er vanlig blant ansatte i Ungbo.

Storbymidlene benyttes primært til å lønne de ansatte i prosjektet, og til å betale for infrastrukturen rundt de ansatte. Det koster bydelene ca. 7000 kroner i måneden å ha unge i Ungbo, i tillegg kommer husleie som betales av den enkelte beboer. Beboerne leier selv leilighetene.

De ansatte mener at det er nødvendig å ha mulighet til å være svært fleksible, slik at de kan rykke ut på kort varsel til beboere som har behov for hjelp og støtte. Flexibiliteten innebærer også at de ansatte kan gi mer støtte til beboere i særlig vanskelige perioder. Ansatte er også fleksible i forhold til hvor de møter de unge – det er stort sett beboerne selv som får bestemme hvor de vil møte de ansatte i *To skritt fram*.

Oslos øvrige tilbud: hvordan passer Ungbos *To skritt fram* inn?

Før etableringen av *To skritt fram* var alternativene for unge med relativt alvorlige psykiske vansker enten å bo hjemme hos foreldre (hvis det i det hele tatt var mulig), å forsøke å skaffe bolig på det private markedet, eller å bo i kommunal bolig i regi av bydelen. I disse tilfellene ville bydelen hatt plikt til å skaffe nødvendig hjelp og oppfølging i hjemmet, mens spesialisthelsetjenesten ville hatt ansvar for å ivareta behovet for poliklinisk behandling og eventuelle innleggelse. For de aller sykeste ville det vært aktuelt med mer institusjonsliknende bosted. Slik sett representerer *To skritt fram*-prosjektet et nytt tilbud til unge med psykiske vansker. Ungdommene får et eget, stabilt sted å bo, samtidig som deres

behov i forhold til botrening, sosiale aktiviteter, arbeid/utdanning og behandling blir fulgt opp av et fast, kompetent personale. *To skritt fram* innebærer at Ungbo kan tilby bolig til en del unge som tidligere fikk avslag fordi de var for syke, og som ble sendt tilbake til bydelen.

5.3.2 Ivaretas målene med Storbysatsingen i *To skritt fram*?

Innebærer *To skritt fram* identifisering og videreformidling av hjelpetrequende?

Et av målene med Storbysatsingen er å identifisere mennesker med en psykisk sykdom som ikke er kjent for behandlingsapparatet fra tidligere, eller som har unndratt seg kontakt med hjelpetjenestene.

De fleste av beboerne i *To skritt fram* -prosjektet er kjent av hjelpeapparatet før de kommer inn i prosjektet, og er søkt inn i prosjektet fordi de trenger en annen ramme rundt sin tilværelse enn de fleste andre unge. Noen brukere ”oppdages” imidlertid også av prosjektet, enten fordi søknadene til den ordinære delen av Ungbo avslører at de har mer omfattende hjelpebehov enn andre søkere, eller ved at deres atferd som beboere i Ungbo tilsier at de trenger tettere oppfølging.

De unge som får bolig i Ungbo kan beholde boligen i inntil tre år. Aldersgrensen oppad er 23 år. Dette gjelder også for ungdommer som er med i *To skritt fram*. I følge de ansatte i prosjektet kastes ingen ut på grunn av 3-års-regelen uten at Ungbo har forsøkt å sikre dem en annen bolig.

De aller fleste unge i prosjektet vil ha behov for hjelp fra kommunen med å skaffe seg en varig boløsning når de må ut av Ungbo-boligen. Ungdommene i prosjektet beholder sin opprinnelige bydelstilknytning, og det er bydelen som har ansvar for å skaffe dem hensiktsmessig bolig. De ansatte i Ungbo mener det er både fordeler og ulemper med dette. Noen har i utgangspunktet liten tilknytning til bydelen, eller de har vonde opplevelser fra det miljøet de vokste opp i. Disse har ofte lite utbytte av å flytte tilbake til bydelen etter endt botid i Ungbo. For andre er det helt greit.

Totalt hadde prosjektet ved utgangen av 2007 omfattet 33 ungdommer. Av de 16 som er skrevet ut av prosjektet så langt er 3-4

skrevet ut til rusinstitusjon, to er kastet ut uten at de ansatte vet hvor de er blitt av, én er i fengsel, én er død. Bydelen har bare laget et opplegg for én. I følge de ansatte i *To skritt fram* er det som oftest ikke motvillighet hos bydelen som er problemet, men snarere at de unge ofte ikke er motivert for hjelp. Noen ”skrives ut til mor”, dvs. de flytter tilbake til foreldrene etter årene i Ungbo.

Gir *To skritt fram* helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Samordnende tiltak

De ansatte i prosjektet lager, sammen med beboerne, oppfølgingsplaner som bydelene må forholde seg til (dvs. bydelene må betale for tiltakene i planen). De ansatte i Ungbo opplever at det i en viss grad kan være tilløp til forhandlinger med bydelen om omfanget og innretningen på hjelpen.

De fleste beboerne har såpass store hjelpebehov at de har mange offentlige personer i livene sine. De ansatte i *To skritt fram* samarbeider med de øvrige tjenestene beboerne får hjelp fra, og følger beboerne til ulike hjelpeinstanser og aktiviteter når det er ønskelig.

Alle beboerne har ansvarsgrupper. Det hender at Ungbo koordinerer slike grupper, men det er bydelens ansvar å etablere dem. Ved utgangen av 2007 hadde åtte av 21 beboere individuell plan. Ytterligere fem ungdommer har fått tilbud om individuell plan, men ønsket ikke en slik plan. Det varierer hvilken tjeneste som utvikler denne, men vanligvis er det en tjeneste i bydelen. Ansatte i prosjektet utarbeider ikke individuelle planer for sine beboere. De mener det er bydelens ansvar å utarbeide individuell plan i samarbeid med den enkelte bruker (Årsrapportering 2007). Alle ungdommene har også kriseplaner, som trer i kraft hvis de skulle bli dårlige.

Alle beboerne har en primær- og en sekundærkontakt blant de ansatte. De unge skriver under på en fullmakt som opphever taushetsplikten overfor andre, samarbeidende tjenester. Dette fungerer, i følge de ansatte, greit. Men hvis de unge begynner å komme i trøbbel, er de ofte raske med å trekke samtykket tilbake, særlig det som gjelder informasjon til foreldre.

Samarbeidsrelasjoner

Botreningen som foregår i regi av *To skritt fram* favner hele livet til beboerne: bolig, arbeid, fritid og fysisk og psykisk helse. De ansatte synes det er en stor utfordring å finne et godt dagtilbud til de unge, men de fleste har nå et opplegg.

I intervjuet gir de ansatte uttrykk for at samarbeidet med NAV fungerer godt. NAV oppleves som fleksible, og våre informanter i Ungbo mener de unge blir høyt prioritert i NAV-systemet. Av årsrapporteringen framgår det at NAV har gode tilrettelagte tiltak, men at det kan være en lang prosess før det foreligger et konkret tilbud om tiltak fra NAV (Årsrapportering 2007).

De ansatte i prosjektet i Ungbo synes også at psykiatrien (DPS m.v.) er svært lydhøre: ”De tar i mot de unge med åpne armer.” Beboerne beholder boligen ved kortere innleggelseser. Det har så langt vært få innleggelseser, og de ansatte sier at deres oppfatning har vært – og er – at tiltaket virker svært godt forebyggende. Men ganske nylig fikk de plutselig tre innleggelseser blant beboerne i løpet av ganske kort tid, noe som innebar et brudd i forhold til den tidligere gode statistikken.

De ansatte mener at det er viktig med helhetlig tilnærming for å oppleve tilfriskning: både bolig, dagtilbud og helsetjenesten m.v. må med. De er tydelige på at de ikke ønsker å sykeliggjøre de unge, og det fokuseres derfor mer på ressurser og muligheter enn på diagnoser. Beboerne benytter også de ulike aktivitetene som er knyttet til Ungbo for øvrig.

Gir *To skritt fram* god, kompetent hjelp til brukerne?

Beboerne i *To skritt fram*-prosjektet får ulike typer tjenester. De ansatte i prosjektet er både botrenere og en slags støttekontakter, med mulighet for følge på kino, shopping, etc. De ansatte driver mye relasjonstrening, der boligen brukes som virkemiddel. De ansatte sier at de opplever seg som ”beboernes advokat” overfor resten av systemet.

Som tidligere nevnt er tre av de ansatte barnevernpedagoger, mens én er sosionom. To av de ansatte har tatt videreutdanning i familierterapi. De ansatte hadde på intervjudtidspunktet i 2007 gjennomført to studieturer for å se på tilsvarende boliger i København og Skottland. Ellers har de vært på kortere kurs og konferanser. De

ansatte mottar veiledning fra en ansatt ved Diakonhjemmet sykehus. Det arrangeres jevnlig team-møter for de ansatte. I starten var det felles møter for ansatte i de prosjektene i Storbyavdelingen som hadde fått midler fra Storbysatsingen (*Ungbo, Bolig Schu, Min Plan*). Dette varte i ½ - 1 år. Møtene skulle sikre kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. Etter hvert fant de ut at de ulike tiltakene hadde lite felles, og det ble slutt på møtene.

To av tre ungdommer som har bolig gjennom *To skritt fram* har vært innlagt i psykiatrien før de kom til Ungbo (Årsrapportering 2007). I følge årsrapporteringen for 2007 har det i hele prosjektperioden kun vært tre innleggelses blant beboerne. Ti av de 33 ungdommene som så langt har vært omfattet av prosjektet har fått situasjonen stabilisert slik at de har gått over til Ungbo-bolig med ”ettervern”, som innebærer langt mindre oppfølging. Av 25 beboere i 2007 var 22 i jobb/tiltak eller skole (Årsrapportering 2007).

I årsrapporteringen fra 2007 skriver de ansatte at de ikke kan gi tilstrekkelig hjelp til de aller vanskeligst stilte beboerne i Ungbo-prosjektet. Dette gjelder ikke minst ungdommer med både psykiske vansker og rusproblemer. Etter de ansattes mening vil disse beboerne trenge tettere oppfølging, for eksempel i mer institusjonsliknende tiltak.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning i *To skritt fram*?

Ved inntak gjennomfører de ansatte en boligsamtale med den unge. Her møter ofte også foreldre, evt. en psykolog eller annet hjelpepersonell. De ansatte legger vekt på at de unge får et eiendomsforhold til oppfølgingsplanen som utvikles for dem. Deltakerne må selv definere sine målsetninger, de må styre innholdet i oppfølgingsplanen, og de ansvarliggjøres i forhold til å jobbe mot målene. De ansattes rolle er å hjelpe dem i valgene. De ansatte sier at det hender at de unge ikke vil eller orker å jobbe mot de målene som er satt. Da gir ikke de ansatte opp, men fortsetter å motivere dem.

Beboerne står selv som leietakere av boligen – det er deres bolig, boligen er ikke noen institusjon. Dette betyr at det er beboerne selv som bestemmer over boligen, og at de ansatte ikke kan låse

seg inn i leiligheten uten etter avtale med beboerne, hvis ikke det er fare for liv og helse.

Det varierer veldig hvor involvert foreldrene til de unge er. Noen foreldre sliter selv, og er slitne. Andre er veldig aktive. Noen av de unge er i konflikt med foreldrene. Ungbo oppfordrer foreldrene til å være med ved inntak. Prosjektet var høsten 2007 i ferd med å sette i gang en satsing på samarbeid med foreldre. De ansatte anser foreldrene som viktige medspillere. I følge de ansatte kan samarbeidet med foreldre være særlig utfordrende for unge med ikke-norsk bakgrunn. De har vanskeligere for å forstå hva en psykisk lidelse er, og en del vil ikke akseptere at barna er syke.

5.3.3 *To skritt fram*: Vurderinger, utfordringer

To skritt fram fremstår som et nytt og godt tilbud til unge med psykiske problemer i Oslo. Tiltaket representerer en ny type tilbud til en gruppe som ellers ville bodd på institusjon, hjemme hos foreldre eller i vanlige kommunale boliger med oppfølging.

Tiltaket tilbyr fleksibel og helhetlig oppfølging til de unge beboerne. Gjennom et godt samarbeid med andre relevante tjenester oppnås en viss stabilitet rundt beboerne, noe som ser ut til å resultere i færre innleggelses i psykiatrien.

Det kan stilles spørsmål ved om beboerne i *To skritt fram* fullt ut faller inn under målgruppen for Storbysatsingen, slik denne ble definert i mandatet fra Stortinget. Gjennom drøftingene i Hurtigarbeidende gruppe ble det imidlertid åpnet for at storbymidlene kunne brukes til tiltak for unge i overgangen til voksen. Beboerne i *To skritt fram* er åpenbart i denne fasen i livet.

Den største utfordringen for *To skritt fram* synes å være knyttet til hva som skjer etter at oppholdet i Ungbo er slutt, og de unges forberedelser til tilværelsen etter Ungbo. På det tidspunktet vi intervjuet de ansatte i prosjektet var det relativt lite kunnskap om hvor beboerne flyttet etter Ungbo-oppholdet. Bare én av beboerne hadde fått et opplegg fra bydelen. For å sikre at oppholdet i *To skritt fram* skal ha varige positive virkninger for de unge beboerne er det viktig at det jobbes målrettet i forhold til overgangen til tilværelsen etter årene i Ungbo.

5.4 Grefsenlia

5.4.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

Storbytiltaket *Grefsenlia* består av tolv boliger for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. De fleste beboerne har hatt langvarige opphold på institusjoner i psykiatrien. Botiltaket holder til i en egen fløy, vegg i vegg med Grefsenlia bo- og behandlingshjem (for mennesker med alderpsykiatriske problemer, under Ahus), som er drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening. Tiltaket ble utviklet i et samarbeid mellom Sanitetskvinnene, Lovisenberg Diakonale Sykehus og de tre bydelene som hører inn under Lovisenberg (St. Hanshaugen, Grünerløkka, Gamle Oslo).

Målgruppe for tiltaket er voksne personer med alvorlige psykiske lidelser med behov for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (<http://www.bydel-st-hanshaugen.oslo.kommune.no/om/bydelen/prosjekter>).

De aller fleste av beboerne kommer fra institusjoner for psykisk syke i spesialisthelsetjenesten. Selv om alle beboerne var rusfrie ved inntak, har et flertall av dem en rushistorikk. Men beboerne kategoriseres ikke med dobbeltdiagnose. I følge avdelingslederen ønsket noen beboere seg til *Grefsenlia* for å unngå rus.

Utagerende atferd aksepteres ikke, og det er svært lite vold blant beboerne. En tidligere beboer var for syk til å bo på *Grefsenlia*. Han oppførte seg truende overfor de andre beboerne, og ble flyttet til en sikkerhetsavdeling.

Prosessen mot etablering av tiltaket

Ombyggingen av bygningen ved *Grefsenlia* ble satt i gang høsten 2005. Innflytting i *Grefsenlia* startet i februar/mars 2006. Ni beboere var flyttet inn pr. 1. juni 2006. I januar 2007 ble *Grefsenlia* utvidet til 12 boliger. Tiltaket ble opprinnelig etablert for beboerne i Lovisenberg sykehussektor, men ble i 2007 utvidet til et byomfattende tilbud, selv om de opprinnelige kjernebydelene fortsatt har flesteparten av plassene.

Utgangspunktet for ideen til botiltaket var at Sanitetskvinnene satt med et hus som tidligere var brukt til personalboliger. De henvendte seg til storbyavdelingen/Bydel St. Hanshaugen, som var interessert i å benytte huset til boliger for alvorlig psykisk syke. Sanitetskvinnene finansierte ombyggingen av egne midler.

Ressursbruk

Det er 6,4 årsverk i *Grefsenlia*, hvorav 1,2 årsverk var finansiert med øremerkede storbymidler til psykisk helsearbeid. Midler fra Storby-satsingen ble brukt til avlønning i planleggings- og oppstartfasen til tiltaket. Tiltaket er nå selvgående, dvs. finansiert uten Storbymidler. Bydelene kjøper bolig tjenester til sine brukere fra Sanitetskvinnene, mens beboer betaler husleie selv. Bydelene betaler grunnpakken på 250 000 kr/år for omsorgstjenestene. Sanitetskvinnene skal ikke gå med overskudd.

Avdelingslederen sier at *Grefsenlia* ikke er så mye mer bemannet enn boliger som finnes i bydelene. De har ikke nattevakt, og ellers er det to på vakt på dagen og to om kvelden. Fordi botiltaket er vegg i vegg med hovedhuset, dvs. *Grefsenlia* bo- og behandlingshjem, har beboerne mulighet til å kalle på ansatte der ved behov om natten. Dette innebærer besparelser i forhold til bemanning, samtidig som tryggheten for beboerne ivaretas.

I og med at *Grefsenlia* var etablert og i full drift i 2007, ble midler for 2007 også benyttet til avlønning av prosjektmedarbeider knyttet til etablering av ytterligere 38 boliger for mennesker med psykiske lidelser i Colletts gate 52. Tiltaket er basert på erfaringene fra *Grefsenlia*, og på samarbeidsavtalen mellom Lovisenberg Diakonale Sykehus og bydelene.

Hvordan passer *Grefsenlia* inn i Oslos øvrige tilbud?

Et hovedgrep i Opptrappingsplanen for psykisk helse var å bygge ned institusjoner for psykisk syke. Psykisk syke skal, så langt det er mulig, bosesettes i egne boliger sin hjemkommune, med hjelp fra kommunens ordinære tjenesteapparat (St.prp.nr. 63 (1997-98)). I tillegg skal brukerne få behandling fra spesialisthelsetjenesten etter behov.

Kommunene har ansvar for å skaffe tilrettelagte boliger for sine innbyggere med store psykiske problemer. I Oslo er denne oppgaven delegert til bydelene. Det eksisterer ulike typer botiltak

til ulike grupper av psykisk syke, men stort sett er det mangel på gode tilrettelagte boliger. Mennesker med langvarig opphold i psykiatrisk institusjon bak seg har ofte behov for mer oppfølging enn det som er mulig å gi i boliger uten fast bemanning. Mange er derfor blitt boende i institusjon lenger enn forutsatt på grunn av manglende egnede boliger i bydelene.

Grefsenlia har hatt søkere fra alle bydeler til sine boliger for psykisk syke, men de tre kjernebydelene har forrang til de fleste plassene. Disse bydelene har ønsket å holde på plassene sine, og har i kortere perioder betalt for plass selv om den har stått tom. Av de tolv beboerne som nå (høsten 2007) bor i *Grefsenlia* er det ni som tilhører de tre kjernebydelene, mens tre hører til Alna og Bjerke.

Grefsenlia er, i følge avdelingslederen, et pilotprosjekt, og det finnes ikke tilsvarende boliger i de andre sektorene.

5.4.2 Hvordan ivaretar *Grefsenlia* målsetningene for Storbysatsingen?

Innebærer *Grefsenlia* identifisering og videreformidling av hjelpetrequende?

Blant de tolv beboerne som bodde i *Grefsenlia* da vi intervjuet avdelingslederen høsten 2007, var det ingen som var ”nye” for behandlingsapparatet. De aller fleste kom fra institusjon:

- 7 beboere kom direkte fra spesialisthelsetjenesten
- 4 beboere kom fra utenbys institusjon, der noen hadde bodd lenge (opp til 12 år)
- 1 beboer kom fra bolig i bydelen, men taklet en slik boform svært dårlig, og hadde stadige innleggelse i akuttpsykiatrien

Kriteriene for rekruttering til boligene er følgende:

- Langvarig behov for oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten
- Schizofrenidiagnose
- Alder: voksne (i 2007 var beboerne fra 28 til over 60 år)
- Rusfrie ved inntak
- Ikke utagerende atferd

Ved intervju tidspunktet var det 50/50 kvinner/menn i boligene.

Beboerne blir tatt inn etter søknad fra sin bydel, men det er *Grefsenlia* som avgjør i siste instans hvem som skal få plass. Når det søkes om at en ny skal få plass, reiser ansatte ut for å hilse på og for å vurdere vedkommende. Det varierer hvor mye forarbeid som gjøres. De fleste beboerne har selv ønsket å komme til *Grefsenlia*. Noen har fått tilbud, men har takket nei. Etterspørselen etter plassene er relativt stor, og avdelingslederen sier hun har et greit samarbeid med bydelene. *Grefsenlia* forholder seg til bestillerkontoret i bydelene.

Grefsenlia er et tiltak med varige/permanente boliger. Det er derfor ikke snakk om videreformidling av beboere til andre botiltak. Likevel opplyser avdelingslederen at en av kvinnene snart (høsten 2007) skal flytte fordi hun er blitt bedre og klar for å bo i en kommunal bolig i bydelen. Kvinnen ønsker selv å flytte, for å bo mer sentralt.

Hvordan ivaretas behovet for helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Som nevnt innledningsvis er beboerne i *Grefsenlia* personer med alvorlige psykiske lidelser, og med behov for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. For hver beboer er det inngått avtaler både med bydelen og med spesialisthelsetjenesten. Beboerne beholder sin opprinnelige bydelstilknytning, selv om de nå bor på Grefsen. Hver beboer har én kontaktperson i sin bydel.

Avdelingslederen sier at alle som ønsker det har en individuell plan. I årsrapporteringen fra 2007 oppgis det at alle beboerne har en slik plan. Hennes oppfatning er at det er mer frivillig å utarbeide individuell plan nå sammenliknet med tidligere. Tidligere måtte alle med tvungent psykisk helsevern ha individuell plan, det må de ikke lenger, mener hun.

Grefsenlia er koordinator for beboernes individuelle plan. Alle beboerne har ansvarsgruppe, som gjerne i tillegg til *Grefsenlia* består av DPS og bydel (gjerne ved sosialkontoret, som vanligvis har økonomiforvaltningen).

Samarbeidet med andre går stort sett greit, sier avdelingslederen, selv om de av og til sliter litt med sosialkontoret. Hvis det oppstår

noe problem i samarbeidet, henviser *Grefsenlia* til avtalen med bestillerenheten, og ber om at bydelen ordner opp internt. Avdelingslederen sier det er store forskjeller mellom bydelene. St. Hanshaugen og Grünerløkka er det ikke noe problem med, de er aktive og interesserte.

Grefsenlia samarbeider med DPS. Alle beboerne har en navngitt kontaktperson på DPS. Tre av beboerne er ikke i aktiv behandling. Også de beboerne som ikke går til behandling på DPS nå har en kontaktperson, i tilfelle det skulle oppstå kriser. Alle beboerne i *Grefsenlia* er i følge lederen regnet som kronikere, og de fleste trenger behandling for å forhindre kriser eller forverring av sykdommen.

Samarbeidet med Lovisenberg Diakonale Sykehus er formalisert gjennom en forpliktende samarbeidsavtale mellom *Grefsenlia*, Lovisenberg Diakonale Sykehus og bydelene i sektoren. Dette innebærer blant annet:

- Møter hvert kvartal med Lovisenberg og de bydelene som har personer i tiltaket
- Faste ansvarsgruppemøter
- Halvårlige møter mellom ansvarlige for virksomheten og Lovisenberg Diakonale Sykehus

Avtalen beskriver ansvarsfordelingen mellom de ulike nivåene og hvilke tjenester beboerne skal motta fra de ulike tjenesteyterne. Samarbeidet evalueres i jevnlig møter mellom ledelsen ved Lovisenberg Sykehus og bydelene.

I årsrapporteringen for 2007 fremholdes det at samarbeidsmodellen mellom tjenestenivåene har svært god overføringsverdi til andre tiltak som arbeider med liknende brukergrupper.

Gir *Grefsenlia* god, kompetent hjelp til beboerne?

Avdelingslederen ved *Grefsenlia* er psykiatrisk sykepleier. Ansatte ellers består av én ergoterapeut, to sosionomer (1 med og 1 uten videreutdanning i psykiatri), én hjelpepleier og én psykiatrisk hjelpepleier. Alle har kurs slik at de kan dele ut medisiner. De ansatte gir beboerne medisiner som skal tas daglig, men setter ikke depotsprøyter. Av hensyn til tillitsforholdet mellom beboere og ansatte ønsker de ikke å gjennomføre medisiner under tvang.

De ansatte deltar på interne og eksterne kurs. De får også veiledning fra DPS ved behov. Dette er først og fremst veiledning knyttet til enkeltbeboere. Ellers inngår *Grefsenlia* i et nettverk av samlokaliserte boliger i Oslo.

Mange av beboerne i *Grefsenlia* har bodd lenge i institusjon. Meningen er at de skal gjøre mest mulig selv i boligen, men de ansatte hjelper med booppfølging. De tvinger seg ikke på, men prøver med motivasjon. Hver leilighet er på 32-50 kvadratmeter, med hybelkjøkken. Et par av kvinnene lager litt mat selv, ellers kjøper de mat fra kjøkkenet i hovedhuset i *Grefsenlia* bo- og behandlingshjem.

I tillegg til leilighetene er det to fellesstuer og en sofakrok i *Grefsenlia*. Det er felles kaffestund for beboerne hver ettermiddag, og fast turdag. En av de ansatte kan også ta med seg et par beboere for eksempel på kino, på handling, etc. Alle – bortsett fra to som har flyttet – hadde høsten 2007 bodd stabilt på *Grefsenlia* i minst ett år. Flere av beboerne går på tilrettelagte jobber.

Avdelingslederen sier at de har erfaring for at beboerne blir bedre av stabile rammer: de bor i egne leiligheter, og får styre selv. Det å bo i egen bolig, ikke i institusjon, gir mestringsfølelse. De fleste beboerne hadde i starten flere akuttinnleggelser, men det har blitt færre og færre av disse. Antall liggedøgn i psykiatriske institusjoner er klart redusert for beboerne i *Grefsenlia*. Nå (i september 2007) har de ikke hatt noen innleggelse siden lenge før sommeren. I følge årsrapporten for Bydel St. Hanshaugen 2007, er antall innleggelser og varigheten av innleggelser i 2007 redusert til 1/3 i forhold til hva som var tilfellet for innflytting.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Leiligheten er beboerens egen bolig, og det er beboeren selv som – innenfor forsvarlige grenser – bestemmer hva som skjer i leiligheten. Beboerne innreder leiligheten selv, og de ansatte kan ikke bare låse seg inn. Beboere legger ukeplaner, som innebærer at de legger føringer for samarbeidet med personalet.

Brukerne bestemmer også over innholdet i sin individuelle plan. De ansatte arrangerer av og til husmøter/beboermøter, men behovet for slike møter har vist seg ikke å være så stort.³

Noen av beboerne har en del kontakt med pårørende, mens andre har veldig lite kontakt. Noen av de yngre har foreldre de har kontakt med, og som i visse tilfeller også sitter i ansvarsgruppen, men noen av beboernes pårørende er selv syke. Det er ofte et komplisert forhold mellom beboer og pårørende, og i noen tilfeller er det nødvendig å begrense kontakten, sier avdelingslederen. Generelt har *Grefsenlia* relativt liten kontakt med pårørende. De beboere som ønsker det har tilbud om deltakelse fra pårørende i ansvarsgrupper. Personalet har jevnlig telefonisk kontakt med pårørende.

Enkelte pårørende er svært bevisst sin rolle. Avdelingslederen nevner som eksempel en av de yngre beboerne, som har en mor som har mye kontakt. Moren er veldig klar på at hun ikke skal være en del av behandlingsapparatet. Sønnen har hatt til dels traumatiske opplevelser med behandlingsapparatet tidligere, og moren mener det er viktig at hun representerer noe annet.

5.4.3 *Grefsenlia*: Vurderinger, utfordringer

Grefsenlia fyller et klart behov for varige kommunale boliger til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Den gruppen av beboere som har leilighet i *Grefsenlia* har bodd lenge i institusjon, og Oslo kommune hadde behov for å utvikle egnede boliger til denne typen pasienter. *Grefsenlia* ivaretar beboernes behov for trygge og stabile rammer, samtidig som beboerne får bo i egne leiligheter uten unødig innblanding. Måten Sanitetskvinnene har organisert *Grefsenlia*, med nærheten til bo- og behandlingshjemmet, fremstår som svært hensiktsmessig.

Gjennom storbyprosjektet *Grefsenlia* er det utviklet en god modell for samhandling mellom tiltaket, bydelen og spesialisthelsetjenesten. Det synes å være en god bruk av kompetanse og ressurser når erfaringene fra *Grefsenlia* videreføres i utviklingen av liknende tiltak for tilsvarende brukergrupper i Oslo.

³ I årsrapporten for 2007 sies det at det gjennomføres beboermøter en gang i måneden.

5.5 Bolig Schu

5.5.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

Bolig Schu er et varig botilbud til ”personer med utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsproblematikk” (Storbyavdelingens nettsider sept. 2007).

I prinsippet er boforholdet livslangt. Det kan imidlertid hende at noen etter hvert kan flytte til boliger med noe mindre oppfølging. Det er seks leiligheter i botiltaket, hvorav fem er bebodd.

Følgende kriterier ble brukt for å plukke ut beboere til *Bolig Schu*:

- Beboerne skulle ikke ha systematisk utageringsproblematikk. Dette skyldes primært hensynet til andre beboere i bygården – her er det kommunale boliger til flyktninger, og ganske mange barn – men også fordi bygningen ikke egner seg til utagerende mennesker (6. etg. i en bygård)
- Relativt unge med behov for et tilbud. Den yngste var 14 år da han flyttet inn
- Beboerne skulle ikke ha fysiske handicap pga. bygningen – 6. etg. med en trang heis
- Beboerne skulle ha psykiske lidelser, i kombinasjon med kognitive problemer (bl.a. pga. lettere psykisk utviklingshemning)

Beboerne i *Bolig Schu* kom fra ulike tilbud: to kom fra enheten for førstegangpsykose, én bodde hjemme med avlastning, én kom fra et mislykket botilbud i en bydel, og én bodde på Ellingsrudåsen. De ansatte i *Bolig Schu* sier at alle beboerne ”hadde falt gjennom i psykiatrien”. De mener det er stadig flere som ikke får et godt tilbud fra psykiatrien, spesielt de som har gråsoneproblematikk. Ingen av beboerne i *Bolig Schu* har rusproblematikk.

Selve driften av *Bolig Schu* er ikke lenger et Storbyprosjekt, men et varig tiltak innenfor Storbyavdelingen. Prosjektet dreide seg i 2007 og 2008 om å gjennomføre en kartlegging i bydelene om behovet for byomfattende spesialiserte plasser. På bakgrunn av kartleg-

gingen har prosjektet utredet mulighetene for å utvikle tilbud og tiltak til nye målgrupper, bl.a. er det fokusert på tilbudet for mennesker med Asperger syndrom.

Ressursbruk

Bolig Schu fikk tilskudd fra Storbysatsingen ved oppstart av tiltaket og i ansettelsesfasen, men driften var allerede høsten 2007 uavhengig av storbymidlene. Tiltaket er ikke lenger et Storby-prosjekt, men er et varig tiltak driftet innenfor de ordinære rammene til Storbyavdelingen. Tiltaket er selvfinansierende gjennom salg av plasser til bydelene som har beboere der.

Bolig Schu har kontrakter med beboernes bydel. Dette er fire års kontrakter som revideres hvert annet år. I følge lederne av tiltaket er budsjettet tilstrekkelig fleksibelt til at det kan legges inn nye elementer i oppfølgingen ved behov.

Bolig Schu har kontrakt på 26,72 årsverk, men foreløpig (høsten 2007) benyttes ikke 2,5 årsverk fordi den siste boligen ikke er innflyttet. Alle beboerne har 1:1 oppfølging, bortsett fra én som har noe mindre hjelp på dagtid på grunn av dagtilbud.

De ansatte er vernepleiere, sosionomer og sosialarbeidere:

- 9,5 miljøterapeut (+ de to lederne)
- 7,63 miljøarbeidere
- 2,44 assistenter

Alle ansatte må gjennom systematisk kvalifisering i *Bolig Schu*. Det finnes et skriftlig opplegg som viser hva de skal gå gjennom, prosedyrer, etc. De må også ta flere tester, og testresultatene sammenliknes over tid for å se den enkeltes læringskurve. De ansatte deles i grupper. Resultatene for gruppene er kjent for alle, mens ledelsen kjenner den enkeltes score, og kan basere ytterligere oppfølging på dette.

Alle med stilling på 50% eller mer møter på husmøtene. Her får de ansatte gruppeveiledning internt på hvert tredje møte. *Bolig Schu* har også felles foredrag mv. med Ullevålsveien 34 og Holtet (to liknende botiltak). Hver tredje uke er det gruppemøte rundt hver beboer. Beboerne er delt inn i tre grupper (to beboere i to grupper, mens én ”gruppe” har bare én beboer), hver med 6-9 ansatte.

Hvordan passer *Bolig Schu* inn i Oslos øvrige tilbud?

Beboerne i *Bolig Schu* er en ganske heterogen gruppe mennesker, men alle har et omfattende hjelpebehov. Det finnes et par andre liknende tiltak i Oslo: Holtet og Ullevålsveien 34. *Bolig Schu* samarbeider med disse botiltakene. De ansatte i *Bolig Schu* har inntrykk av at det er stort behov for denne type samlokaliserte boliger i Oslo. I planleggingsfasen fikk prosjektteamet mange henvendelser fra bydeler som meldte behov for plasser.

5.5.2 Drøfte tiltaket i forhold til:

Innebærer tiltaket identifisering og videreformidling av ”nye” brukere?

Selv om beboerne i *Bolig Schu* er unge, har de store og komplekse problemer, og de fleste var godt kjent for hjelpeapparatet før de ble søkt inn. Det var derfor ikke snakk om å identifisere ”nye” og ”ukjente” hjelpetrequende ved rekruttering til tiltaket.

De fleste henvendelsene om potensielle beboere kommer fra bydelens bestillingskontor. En henvendelse kom direkte fra avdeling for førstegangspysykose. Det har også hendt at pårørende har tatt direkte kontakt, og at bydelen har kommet inn først senere.

Gir *Bolig Schu* helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

De ansatte i *Bolig Schu* har ansvar for å følge opp at beboerne får et helhetlig tilbud: bolig, skole/jobb/annet dagtilbud, nettverk og aktivisering, samt helsehjelp.

Det utarbeides individuell plan for nesten alle, selv om ikke alle er interessert i å ha en slik plan. Dette arbeidet er tidkrevende, sier de ansatte. Til den yngste beboeren (som ikke har individuell plan) leier de inn private tjenester, bl.a. for å kvalitetssikre arbeidet. Betalingen av dette er bakt inn i bestillingen fra bydelen.

Når det gjelder den formelle, administrative siden er det nær kontakt med bydelen. Ellers er samarbeidet med andre instanser avhengig av hvilken behandling beboerne har: Skole og dagsenter, der det er aktuelt, DPS, habiliteringsteam på sykehuset og private tjenesteytere.

Bolig Schu innkaller de relevante samarbeidspartene til samarbeids-møter. Stort sett møter alle opp til ansvarsgruppemøter, men det hender at noen ikke kan. Alle har ansvarsgrupper med klart definert deltakelse. Deltakerne nevnes ved navn, men også som representanter for tjenestestedet. Lederne ved *Bolig Schu* er nesten overrasket over hvor god oppfølging beboerne får av de ulike tjenestene: ”Det er forbausende stor iver knyttet til å følge opp beboerne” (Intervju 11.09.07).

Mesteparten av samarbeidet skjer på individnivå, men det har også vært noe samarbeid på systemnivå, bl.a. med AFP.

Den største hindringen for samarbeid er tid. Ellers er det få skjær i sjøen, sier lederne av *Bolig Schu*. Prosjektet er fortsatt (høsten 2007) i en oppstartfase, og fokus har vært på å bygge forpliktende samarbeid innenfor rammen av individuelle planer.

De ansatte ser ingen problemer med taushetsplikten, og benytter ikke en ordning med formell godkjenning fra beboerne. Alle vet at de har ansvarsgrupper og at deres situasjon blir diskutert på møtene.

Gir *Bolig Schu* god, kompetent hjelp til beboerne?

Lederne for tiltaket sier at hovedfokus for *Bolig Schu* er å yte omsorgstjenester av høy kvalitet. Alt ansatte skal gjøre nedfelles skriftlig.

Inntaket av beboere var en lang og grundig prosess. Før en ny beboer tas inn har ansatte i *Bolig Schu* gjerne en lang periode med hospitering der beboeren bor. De ansatte oppholder seg med andre ord der brukeren er for å få innpass, snakke med pårørende, etc. I første fase er det viktig å bli kjent, og å finne ut hva de kan gjøre, og hva de pårørende kan eller bør gjøre. ”Noen av beboerne måtte lirkes inn” sier lederne ved *Bolig Schu*.

Ikke alt arbeid ved *Bolig Schu* skjer i umiddelbar tilknytning til boligen. Det hender at en beboer reiser bort i en periode, for eksempel for å besøke slektninger eller venner. I noen slike tilfeller kan de ansatte ved *Bolig Schu* yte hjelp til beboerne også når de oppholder seg andre steder.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Lederne ved *Bolig Schu* sier at det er vanskelig å trøe tiltak og oppfølging over hodet på folk, og at beboerne må være med å bestemme selv. De ansattes jobb er å legge til rette for at beboerne kan ta noen gode valg. Den enkelte får bestemme hva som skal prøves ut av tiltak og metoder for å komme til målet. Det tar tid å endre atferd. Lederne sier at de forsøker å formidle til beboerne at alle har rett til å gjøre feil, men ikke til å ødelegge seg selv helt.

De ansatte ved *Bolig Schu* har et nært samarbeid med beboernes pårørende. Alle beboerne har pårørende som de har kontakt med. En beboer har regulert kontakt, med personale til stede.

Dagen før vårt intervju (høsten 2007) hadde *Bolig Schu* arrangert dialogkonferanse for pårørende. Han som har ansvar for brukermedvirkning i Storbyavdelingen tok ansvar for å gjennomføre konferansen, og ingen fra *Bolig Schu* var til stede. Lederne i tiltaket sier at erfaringen er at dette er en bedre metode enn formelle spørreskjema, og det er sannsynlig at andre tiltak vil kopiere denne måten å høste brukererfaringer på.

Stort sett er samarbeidet med pårørende godt, sier lederne av tiltaket. Det hender de pårørende sier i fra om forhold de ikke er tilfreds med, og da er det gjerne fortjent, mener lederne. De fleste pårørende er oppegående, men enkelte fungerer dårlig. De pårørende er kvalitetssikrere for tjenesten på godt og vondt. Det hender at tjenesten og pårørende er uenig om behandlingen.

5.5.3 *Bolig Schu*: Vurderinger, utfordringer

Bolig Schu yter omfattende, helhetlig og god hjelp til unge mennesker med komplekse problemer. Det er liten tvil om at Oslo kommune har behov for denne type tiltak. Av særlig interesse er den metodikken *Bolig Schu* benytter for å dokumentere alt som gjøres i tiltaket, samt opplegget for opplæring og testing av personalet. Også bruken av dialogkonferanser for pårørende synes å være en interessant og potensielt viktig måte for tiltaket å få tilbakemeldinger og innspill på. Fruktbarheten av slike dialogkonferanser vil trolig avhenge av at brukerne av tiltaket har pårørende som følger godt med på tilbudet som gis.

Sett i forhold til intensjonen med Storbysatsingen – ”å fange opp en gruppe av de sykeste og mest svakstilte som bor i til dels svært dårlige boliger (...) som ofte ikke har ressurser til å oppsøke hjelpeapparatet” – kan det stilles spørsmål om *Bolig Schu* fullt ut treffer målgruppen for satsingen. Riktignok er beboerne i *Bolig Schu* svært dårlige, men de er godt kjent av hjelpeapparatet. Når det gjelder *Bolig Schu* kan det synes som om Oslo kommune har benyttet storbymidler til å få på bena et tiltak som ligger litt på siden av Storbysatsingen, og det kan stilles spørsmål ved om kommunen burde ha finansiert tiltaket over andre midler. Samtidig er *Bolig Schu* et spisset tilbud til unge med komplekse problemer, med en arbeidsmåte som bør være av interesse for mange ulike tiltak som arbeider tett med brukere.

5.6 Lassonløkken

5.6.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

Målgruppen for *Lassonløkken* rehabiliteringssenter er menn over 30 år med betydelige psykiske lidelser, og som har et avhengighetsforhold til/misbruk av narkotiske stoffer (Rusmildeletatens nettsider 03.03.08). Målet med arbeidet er å gi beboerne mulighet til å bedre sin livssituasjon. Oppholdet er ment å være midlertidig. Gjennom oppholdet på *Lassonløkken* skal det kartlegges hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å styrke beboerens boevne og nettverk før etablering utenfor institusjonen.

I *Lassonløkkens* søknad om midler for 2007, blir målet for virksomheten formulert slik:

Målsettingen er å redusere, eventuelt avslutte, rusmiddelmisbruket, samt stabilisere/bedre den psykiske tilstanden/atferden med mål om økt funksjonsevne. Tjenesten skal bidra til at brukeren får tilstrekkelig utredning/behandling innen spesialisthelsetjenesten, på Lassonløkken eller annet. Lengden på oppholdet skal vurderes individuelt, men primært vil Lassonløkken tilby langtidsplasser. Det tilbys 10 heldøgns-

plasser med forvern, rehabilitering, utredning og ettervern.

Beboerne på *Lassonløkken* bodde tidligere på hospits eller i andre lavterskeltilbud. Alle er aktive rusmisbrukere, på illegale midler. I følge ansatte ved tiltaket går alle nå på Subutex el.l.

Lederen ved *Lassonløkken* sier at midlene fra storbysatsingen innebar en spissing av målgruppen for tiltaket. Tidligere var målgruppen ”slitne herrer med aktiv rusproblematikk.” Nå er den ”slitne herrer over 30 med rus og psykiatrisk lidelse.” Beboerne sies å være i ”den sårbare gruppen” snarere enn i ”den utagerende”, men det forekommer også at disse beboerne har utagerende atferd. De blir, i følge ledelsen ved tiltaket, ikke kastet ut av den grunn, men andre steder egner seg bedre til folk med utagerende atferd enn *Lassonløkken*.

De fleste beboerne har nå (høsten 2007) en alvorlig psykisk lidelse. Noen har paranoid schizofreni, og ansatte ved tiltaket sier de kommer til å ta inn flere med denne lidelsen. Det er denne gruppen som passer best inn på *Lassonløkken*, mener informantene. Nå bor det også folk med andre sammensatte problemer der, eller som ikke har fått noen sikker diagnose. De ansatte mener imidlertid at de får brukt og utviklet sin kompetanse best med en relativt homogen beboergruppe. Samtidig er det viktig at målgruppen ikke spisses for sterkt.

Prosessen mot etablering av tiltaket og eventuelle endringer underveis

Lassonløkken har eksistert som bolig for aktive rusmisbrukere i flere år. De har holdt til i en gammel og dårlig bygning sentralt i Oslo. Da storbymidlene kom, så de en mulighet for både å styrke de ansattes kompetanse og å ruste opp boligen.

I utgangspunktet har *Lassonløkken* hatt 13 – 16 beboere. I forbindelse med ombyggingen måtte alle flytte midlertidig til Ellingsrudåsen. Bare fem beboere fulgte med på flyttingen. Etter innflytting i nyoppussede lokaler kan *Lassonløkken* tilby ti møblerte leiligheter.

Da vi intervjuet ledelsen i *Lassonløkken* var tiltaket fremdeles på Ellingsrud. Tiltaket hadde nylig fått ny leder, etter en lengre periode uten fungerende leder. Etter informantenes mening hadde

denne situasjonen bidratt til at arbeidet med å oppruste *Lassonløkken* hadde tatt lang tid.

Informantene vet (høsten 2007) ingenting om hva som skjer etter 2008. De understreker at de fortsatt har en god vei å gå for å få *Lassonløkken* på skinner. De uttrykker klart at de ønsker at virksomheten som finansieres av prosjektmidlene skal bli et varig tiltak, ikke prosjekt. Ledelsen mener at det gjennom arbeidet med *Lassonløkken* er avdekket et behov som ikke kommer til å forsvinne. Disse midlene er helt nødvendig for at *Lassonløkken* skulle bli noe annet enn de hadde vært, mener informantene. De ser med engstelse på at prosjektmidlene blir borte.

Ressursbruk

Lassonløkken har 15,2 årsverk. Av disse er 2,8 årsverk i prosjekt finansiert av Storbystatsingen. Da vi intervjuet ledelsen ved *Lassonløkken* (under ombyggingen av lokalene) var det bare 5 beboere i tiltaket, men vi ble informert om at bemanningen ikke ville endres når beboertallet øker til 10. Det er alltid minimum 2 på vakt, også om natten. De ansatte karakteriserer beboergruppen som ”krevende på alle måter,” bl.a. må de kjøres/følges til alle møter og aktiviteter, all behandling, etc.

Foreløpig er det stor søkning til tilbudet. Bydelene betaler ca. 230 kr/døgn, mens den reelle prisen er 7-8000 kr/døgn. Egenbetalingen utgjør 4200,- i måneden (som inkluderer kr. 700,- i matpenger). I følge rusmiddelstatens nettsider inneholder mattilbudet frokost hver dag, og middag to kvelder i uken. Da vi intervjuet ledelsen ved *Lassonløkken* ble vi opplyst at alle beboere fikk frokost og middag hver dag.

Til tross for den relativt lave prisen for bydelene sier våre informanter at noen bydeler forsøker å etablere liknende tilbud selv, for å slippe å kjøpe tjenestene. Foreløpig er imidlertid *Lassonløkken* så billig, og tilbudene så få, at tilgangen på beboere er stor.

Hvordan passer *Lassonløkken* inn i Oslos øvrige tilbud?

Informantene fra *Lassonløkken* mener at de ikke kjenner til tilsvarende tiltak i Oslo. De nevner *Schandorffsgate* – ”de har samme

type klienter”.⁴ I forhold til vanlige hybelhus kommer de mye tettere på beboerne i *Lassonløkken*. Det er vesentlig at tiltaket ligger under seksjon rehabilitering, ikke omsorg, noe som innebærer en sterk forventning om tilbakeføring til bydel.

5.6.2 Hvordan ivaretar *Lassonløkken* målene i Storbysatsingen?

Innebærer *Lassonløkken* identifisering og videreformidling av brukere?

De ansatte ved *Lassonløkken* mener tilbudet er godt kjent i bydelene. Bydelene ringer og spør etter plass, og de finner informasjon på Rusmiddeletatens nettsider.

Det er alltid beboerens bydel som søker ham inn og bestiller tjenestene fra *Lassonløkken*, men den første kontakten kan like gjerne komme fra ulike deler av hjelpeapparatet, forteller informantene. Det er *Lassonløkken* som velger ut beboerne. De ansatte intervjuer alltid søkerne før de får plass. De har ansatt en psykologspesialist i 40% stilling (varig, ikke prosjekt), som tar seg av inntaket. Han har lang erfaring som fagsjef, og kjenner lovverket godt.

De ansatte sier at det er en forventning om at *Lassonløkken* skal kartlegge den enkelte beboers behov med sikte på tilbakeføring til bydel. Denne forventningen er blitt sterkere etter hvert, mener de ansatte, og dette har ført til at *Lassonløkken* har satt fokus på dialogen med bydelene. Bydelene må ansvarliggjøres i forhold til sine klienter.

På intervjutidspunktet synes det å være mye uavklart i *Lassonløkkens* arbeid i forhold til tilbakeføring til bydelene. De ansatte sier at en sterkere vekt på målet om tilbakeføring vil måtte innebære at samarbeidet med bydelene må bli bedre og tettere enn det har vært tidligere. De må i større grad enn tidligere tenke individuelt, på den enkeltes behov, og gi beskjed i bydelene hva han vil trenge av tjenester og oppfølging ved tilbakeføring til bydel. De ansatte antyder at de så langt ikke har vært vant til å jobbe på denne måten.

⁴ Her innvender intervjuerne at *Schandorffsgate* er et varig botilbud med leiekontrakter.

Gir *Lassonløkken* en helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Alle beboerne i *Lassonløkken* skal ha ansvarsgruppe og individuell plan, sier våre informanter. Noen vil ikke ha individuell plan, og må motiveres, men de ansatte sier de fortsetter å ”selge” det til dem. *Lassonløkken* står som koordinator for noen individuelle planer, mens sosialkontoret i bydel er koordinator for andre. I ansvarsgruppene sitter gjerne sosialkontor, fastlege og DPS. Informantene sier at det også kan være aktuelt å ta med folk fra beboernes eventuelle aktivitetstilbud i ansvarsgruppen, men dette er foreløpig på tankestadiet. Heller ikke arbeidet med ansvarsgrupper ser ut til å være helt på skinner da vi intervjuet ansatte i *Lassonløkken*. Ombygningen av lokalene og den lange perioden uten fungerende leder hadde trolig bidratt til at det tok tid før prosjektet fikk på plass samtlige oppgaver i den nye organisasjonen. De ansatte uttrykker forventninger til å lage gode ansvarsgrupper, og til å få på plass en skikkelig plassering av ansvar. De mener at dette skal de få til, ikke minst fordi de er i en situasjon der de kan stille krav til bydelene. Ved utgangen av 2007 rapporter ledelsen ved *Lassonløkken* at dette arbeidet er i gang:

Tidligere tok det svært lang tid før brukere fikk adekvat hjelp når de ble dårlige. Gjennom den systematiske kompetansehevingsprosessen som er gjennomført på *Lassonløkken* vet ansatte nå hva som er nødvendig og god hjelp. De stiller tydeligere krav overfor bydelene og distriktpsykiatrisk poliklinikk. Det er nå gode avtaler rundt hver enkelt beboer, og alle ansatte vet hvem som skal kontaktes i akutsituasjoner og de som blir kontaktet vet hvilket ansvar de har (Årsrapport 2007).

Tre av fem brukere som var i prosjektet ved utgangen av 2007, hadde individuell plan. Ledelsen skriver i rapporteringen at:

Mange i målgruppen vegrer seg for den forpliktelsen de oppfatter ligger i en individuell plan. Det må brukes mye tid på å informere om retten til individuell plan for å synliggjøre nytteverdien for brukeren (Årsrapport 2007).

De fem beboerne som bodde i *Lassonløkken* da vi intervjuet ledelsen, er fra fire ulike bydeler. De ansatte sier at bydelene er svært forskjellige. Det er blant annet klare forskjeller på bydeler som har ansatt ruskonsulent (eller som beholdt ruskonsulenten da de øremerkede midlene forsvant) og de som ikke har slik konsulent på sosialkontoret. De som har ruskonsulent tar den gruppen som beboerne i *Lassonløkken* representerer på alvor, sier våre informanter.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten varierer også fra sykehussektor til sykehussektor, sier de ansatte vi intervjuet. Det er et tilfredsstillende samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bydelene i enkeltsaker, men det mangler forpliktende samarbeidsavtaler på overordnet nivå. Overordnede avtaler kan bidra til at samarbeidet på individnivå blir enklere, skriver ledelsen i årsrapporteringen for 2007.

Informantene sier at også *Lassonløkken* kan bli klarere i sine krav til samarbeidspartnere. De må bli flinkere til å spesifisere hva beboerne trenger fra bydelene eller andre for at *Lassonløkken* skal få gjort en god jobb. I årsrapporteringen fra *Lassonløkken* for 2007, skriver ledelsen at det er jobbet målrettet mot å styrke samarbeidet med andrelinjen:

Målgruppen har fått styrket kontakten med spesialisthelsetjenesten. Det har vist seg mulig å inngå forpliktende samarbeidsavtaler og opprette kontakt med hjelpeapparatet der det ikke har vært fungerende ansvarsgrupper tidligere (Årsrapport 2007).

Gir *Lassonløkken* god, kompetent hjelp til sine beboere?

Storbymidlene ble i starten blant annet benyttet til å gi alle de ansatte på *Lassonløkken* videreutdanning i rus/psykiatri tilsvarende 30 studiepoeng. Tilbudet var da helt nytt, og utviklet av Høgskolen i Østfold. Alle fulgte kurset, og omtrent halvparten tok eksamen. Ansatte har også hospitert i psykiatrien. Alle ansatte har deltatt på kurs i individuell plan.

Mange av de ansatte ved *Lassonløkken* har arbeidet der lenge, og har mye kunnskap om hvordan de skal håndtere beboerne, bl.a. ved utagering. Ledelsen mener det er viktig med langvarige relasjoner mellom ansatte og beboere, fordi dette er en gruppe med mange brutte relasjoner. Men stor stabilitet i personalet kan

også være en utfordring i forhold til nye beboere og i utviklingen/ endringen av tilbudet.

Beboerne i *Lassonløkken* bor ofte lenge i tiltaket (3-5 år +), men boligene skal ikke være permanente. På Rusmiddeletatens nettsider står det: ”Varighet: Kortest mulig, men så lenge som nødvendig.” Beboerne skal tilbakeføres til bydelene. Det er dette som ligger i at *Lassonløkken* er et rehabiliteringstiltak, ikke et omsorgstiltak.

De ansatte synes det er viktig å ta hensyn til sammensetningen av beboergruppen, også for å få utnyttet kompetansen til de ansatte optimalt. Det er hensiktsmessig med en viss spissing av ansattes kompetanse, og da er det ikke bra å ha for stort spenn i beboernes problematikk.

Hver bolig i *Lassonløkken* har dusj/wc og hybelkjøkken. *Lassonløkken* er en institusjon, og beboerne har ikke leiekontrakt på sine hybler. Det foregår en del felles aktiviteter i tiltaket. Beboerne er svært syke, men har god takhøyde for hverandre. Det er felles frokost hver dag, og også enkelte felles middager i løpet av uken. De ansatte mener det er viktig for denne gruppen at de må møte opp til måltidene og får sitte rundt et bord sammen med andre. Hver fredag har de ukelutt-sammenkomst, og det er beboermøte hver 14. dag. En gang i uken hjelper de ansatte beboerne med romvask og klesvask.

Det er lov å benytte illegale rusmidler på beboerrommene på *Lassonløkken*, men ikke i fellesarealene. De ansatte deler ikke ut medikamenter, dette må beboerne få av helsetjenesten i bydelen. De ansatte har ikke kompetanse til å dele ut medisiner (har bare én sykepleier + lederen), og vil dessuten helst unngå de konfliktene som kan oppstå rundt medisinene.

Lassonløkken er bare for menn. Dette gir bedre mulighet for behandling, mener informantene. Beboerne er svært sårbare, og en del av dem har et svært vanskelig forhold til kvinner. Det er lettere å få tak i mennenes vanskelige historier, og lettere å hjelpe dem, uten kvinner i boligen. To av beboerne har hatt akuttinnleggelser relativt nylig (høsten 2007). De som har tvangsvedtak på medisiner er forholdsvis stabile, men det hender det kommer en krise hvis de prøver å klare seg uten medisiner. Noen av beboerne forstår selv når krisen kommer, og kan si ifra. Dette er en viktig del at det de må mestre hvis de skal bo med mindre oppfølging i bydel senere,

mener informantene. Det er utviklet kriseplan for to av beboerne i *Lassonløkken*.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Brukermedvirkning på individnivå skjer gjennom ansvarsgrupper og arbeid med individuell plan. Beboerne skal sette sine egne mål for sin rehabilitering. Hver 14. dag er det beboermøter, hvor beboerne bl.a. får lov til å bestemme hva som skal lages til mat på lørdagene. Oslo kommune benytter dessuten et brukerevalueringsskjema: hver 6. måned får hver enkelt beboer et skjema som skal fylles ut (gjerne med hjelp fra en ansatt). Beboernes syn og opplevelser blir tatt på alvor, og både beboere og ansatte synes dette er svært meningsfylt og bra, i følge ledelsen ved *Lassonløkken*. Det stilles kvalitetskrav til virksomheten. Sammen med personalets vurderinger utgjør brukervurderingene et viktig grunnlag for årsplanleggingen i *Lassonløkken*.

Hvert år arrangeres åpen dag for pårørende til beboerne. Noen pårørende ringer av og til for å høre hvordan det går. Ellers er det alle varianter av (manglende) pårørendekontakt. Noen beboere ønsker ikke kontakt. Noen pårørende vil ikke ha kontakt ”– de er utslitt og har mistet håpet om endring”, som det står i årsrapporteringen for 2007. Noen har foreldre, men stort sett er disse nå over 70 år. Noen har barn og/eller søsken. Informantene forteller om en beboer som nylig har fått kontakt med sine halv voksne barn. Prosjektet tilbyr bolig med verdige rammer, og for noen pårørende kan det være lettere å ha kontakt når det er mer struktur rundt den enkelte.

Lassonløkken bruker ikke pårørende i ansvarsgruppene eller i utformingen av IP. De ansatte mener at det er best at foreldrene ikke inngår i dette arbeidet – de ønsker å skille mellom foreldre-rollen og behandlingsapparatet.

5.6.3 *Lassonløkken*: Vurderinger, utfordringer

I forhold til målgruppen for Storbysatsingen er det liten tvil om at *Lassonløkken* er et tilbud til noen av de aller svakeste med både alvorlige psykiske lidelser og alvorlige rusproblemer.

Ved tidspunktet for vårt intervju med ansatte i *Lassonløkken* var prosjektet i en slags unntakstilstand: lokalene var under om-

bygning, antall beboere var bare det halve av det normale, og prosjektet hadde vært uten lederskap i lengre tid. Det var derfor mange arbeidsoppgaver som ennå ikke var tatt skikkelig tak i i *Lassonløkken* høsten 2007. Først og fremst gjaldt dette utviklingen av samarbeidsrelasjoner med andre tjenester, og det målrettede arbeidet med å tilbakeføre beboerne til bydel. Tidligere har mange av beboerne i *Lassonløkken* bodd der over lang tid. Det blir en utfordring for prosjektet å få disse oppgavene skikkelig på plass, slik at målsetningen om at beboerne skal flytte tilbake til mindre ressurskrevende boliger i bydelen skal kunne realiseres.

5.7 Dobbeltprosjektet

5.7.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

Dobbeltprosjektets målgruppe er psykisk syke, tungt belastede rusmisbrukere som hjelpeapparatet har problemer med å hjelpe, og som ofte benytter seg av akuttjenester og midlertidige boløsninger. I prosjektets søknad om midler for 2007 beskrives hovedmålet for prosjektet slik:

Prosjektets målsetting er at denne målgruppen får systematisk tilbud om kartlegging, oppfølging og/eller videreformidling til rett instans. I tillegg er det en målsetting å heve personalets generelle kompetanse i møte med mennesker med denne dobbeltdiagnosen.

Lederen for seksjon skadereduksjon sier at det er fem overskrifter for arbeidet i prosjektet slik det nå er (høsten 2007):

1. Kartlegge forekomsten av psykiske tilleggsproblemer i lavterskeltilbudet. Problemet er diagnostiseringen av klientene. Ikke alle har diagnose, og mange lar seg av ulike grunner ikke diagnostisere. Prosjektet benytter derfor en operativ definisjon: hvor mange har psykiske problemer som gir funksjonssvikt?
2. Prosjektet skal nærme seg noen enkeltbrukere som de skal utrede nærmere og følge rundt til de ulike behandlingene, tjenestene mv. På denne måten får de noen cases, slik at de ulike erfaringene og problemene kan konkretiseres.

3. Prosjektet skal kartlegge samarbeidspartnerne i fht. klienter med psykiske problemer. De etablerer en slags ”databank” med kontaktpersoner, adresser, mv. for å kartlegge veier til hjelp.
4. Prosjektet skal veilede personalet på rusmiddelstatens institusjoner, og øke den generelle kompetansen i personalgruppen. Sammen med *Lassonløkken* bestilte de en spesiell utdanning i rus-psykiatri fra Høgskolen i Østfold.
5. Prosjektet skal drive systematiske litteratursøk for å sette egne erfaringer og funn i en sammenheng.
(Intervju 06.11.07)

De fem elementene har hatt ulik tyngde i ulike faser av prosjektet. Kompetanseheving var særlig viktig i starten. Høsten 2007 var det særlig samling av erfaring og litteratursøking som var i fokus.

Prosessen mot etablering av tiltaket

Seksjon Skadereduksjon hadde designet et psykiatriprosjekt, Broen, noen år tidligere. Broen var en samling av flere mindre prosjektskisser som ble skrevet sammen til ett prosjekt. Denne skissen dannet utgangspunkt for søknaden. Da midlene fra Storbysatsingen kom i august 2005 hadde lederen for Seksjon Skadereduksjon først hatt studiepermisjon og deretter ferie. Da hun kom tilbake fra ferien var midlene kommet, og prosjektet var blitt ganske annerledes enn det de hadde søkt om. De måtte derfor kaste seg rundt og lage en ny skisse i full fart. Denne nye skissen, som var ferdig høsten 2005, har de holdt seg ganske godt til i ettertid, i følge lederen av seksjonen.

Rusmiddelstaten fikk to prosjekter gjennom Storbysatsingen: *Dobbeltprosjektet* og *Lassonløkken*. Med *Lassonløkken* har det tatt lang tid, men *Dobbeltprosjektet* hadde folk ansatt i stillinger før jul 2005.

Det opprinnelige prosjektet, Broen, var et stort prosjekt som hadde som mål å sørge for at Rusmiddelstatens klienter med psykiske lidelser skulle få hjelp fra psykiatrien. ”Feilplasserte” klienter skulle få et nytt tilbud i en egen institusjon, med hjelp både for rusproblemer og for de psykiske problemene. Tanken var å etablere et fleksibelt tilbud til klienter med psykiske lidelser – et botilbud á la *Lassonløkken*.

Dobbeltprosjektet er en liten del av det opprinnelige, store prosjektet, og de måtte derfor redusere ambisjonene. Lederen for seksjon

skadereduksjon sier at det ikke var så mye størrelsen på pengesummen de fikk som innebar at de måtte skjære ned på prosjektet, men snarere at forutsetningen om samarbeidspartnerne ikke holdt. Det eksisterte rett og slett ikke tilpassede mer permanente boliger eller behandlingstilbud til denne gruppen.

Ressursbruk

Dobbeltprosjektet har 2,5 årsverk som er finansiert med øremerkede storbymidler. Disse årsverkene er stort sett fordelt på tre stillinger som inngår i bemanningen i tre botiltak (hybelhus):

- Ila: 22,5 årsverk/ 61 plasser
- Marcus Thrane: 17 årsverk/40 plasser
- Dalsbergstien: 17,5 årsverk/50 plasser

I tillegg til de tre ansatte betaler Storbymidlene også veileder til de ansatte samt diverse aktiviteter. Aktivitetene kan være alt fra kurs og seminarer til ulike aktiviteter sammen med klientene, som frisørbesøk, reiser, etc.

Oslos øvrige tilbud: hvordan passer dette inn?

Det har vært lite systematisk oppmerksomhet i Oslo rundt den psykiske helsen til de aller svakeste, med store rusproblemer og stort sett uten fast bopel. *Dobbeltprosjektet* representerer slik sett et første spadestikket for å kartlegge situasjonen, behovene og behandlingsmulighetene for denne gruppen. Som vi kommer tilbake til i neste avsnitt, er erfaringen fra *Dobbeltprosjektet* at det er få behandlings- og botilbud tilpasset brukere av hybelhusene med psykiske vansker.

5.7.2 I hvilken grad tilfredsstillt *Dobbeltprosjektet* målsetningene i Storbysatsingen?

Bidrar *Dobbeltprosjektet* til identifisering og videreformidling av psykisk syke?

Selve hensikten med *Dobbeltprosjektet* er å identifisere alvorlig psykisk sykdom hos brukere av hybelhusene, og formidle disse videre til aktuelle hjelpetjenester.

I og med at de fleste klientene i hybelhusene ikke har noen diagnose, må aktuelle personer for *Dobbeltprosjektet* plukkes ut på annen måte. Prosjektet har valgt å ta utgangspunkt i den enkeltes funksjonsevne. Noen ganger i året samles personalgruppen på hvert av husene, og hver medarbeider går gjennom status for de klientene han/hun er primærkontakt for: Hvem har så store psykiske problemer at det klart går ut over funksjonsevnen?

I videreformidlingen til andre tjenester møter *Dobbeltprosjektet* tre hindringer: for det første må den enkelte hjelpetrequende selv ønske hjelp, for det andre må de relevante hjelpetjenestene ønske å hjelpe, og for det tredje må det eksistere et egnet hjelpetilbud.

De ansatte forsøker å komme i inngrep med de som oppfattes som hjelpetrequende. De forsøker forsiktig å nærme seg dem. Hvis klienten ønsker kontakt, kan det etter hvert være mulig å få ham til å kontakte DPS. Noen er ganske åpne for å søke hjelp. Hvis klienten ikke vil ha noe kontakt, må de fortsette å nærme seg forsiktig, men de presser seg ikke på.

Den største hindringen i videreformidlingen av brukere oppleves imidlertid å være mangelen på gode behandlingstilbud. Mangelen på tilbud kan også bidra til at ulike tjenester er forbeholdne til å ta mennesker i denne gruppen inn i behandlingsapparatet.

I søknadsskjemaet for 2007 nevner ledelsen av *Dobbeltprosjektet* problemer med videreformidling som en kritisk faktor i forhold til å bedre brukernes situasjon:

Mangel på behandlingstilbud til denne brukergruppen innen spesialisthelsetjenesten gjør det vanskelig å videreformidle brukere til rett instans.

Også årsrapporteringen fra 2006 berører dette problemet:

Prosjektet inneholder ikke tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gi disse brukerne det nødvendige tilbud, og man opplever at ukers møysommelig arbeid med å sette en svært psykisk syk klient i kontakt med behandlingsapparatet ender med at klienten står på døren igjen neste dag, avvist som ”ikke psykisk syk” eller ”ikke mottakelig for behandling” (Årsrapport 2006).

Dobbeltprosjektet hadde i 2006 ingen formell samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten. Manglende behandlingstilbud tas opp flere steder i rapporteringen:

Tilgang til behandling i spesialisthelsetjenesten synes svært problematisk for denne brukergruppa. Korte innleggelse på 1 døgn i akutt krise synes å være det vanligste. Spesialisthelsetjenesten uttrykker ønske om samarbeid og er opptatt av god kommunikasjon. Men man kan ved enkelte samtaler bli fristet til å tro at tiltak som det herværende prosjektet oppfattes som en mulig avlastning for spesialisthelsetjenesten (Årsrapport 2006).

Ulike normer i de ulike tjenestene oppleves som vanskelig:

Vår grunnoppfatning er at mennesker som ikke kan ta vare på, og er til fare for, seg selv trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vurderer i mye større grad om pasienten er mottakelig for behandling og har en god prognose, og avviser dem som ikke har det (Årsrapport 2006).

Også mangelen på egnede boliger bidrar til at brukerne ikke kommer seg videre:

Mangelen på tilpasset bolig for brukergruppa gjør at de ofte blir gjengangere i systemet og stadig sykere.

Hvordan ivaretar *Dobbeltprosjektet* behovet for helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Dobbeltprosjektets mål er å sørge for et bedre og mer helhetlig tilbud til rusavhengige bostedsløse med alvorlige psykiske vansker. Rusmiddeletatens tilbud er bydelsovergripende, dvs. rettet mot personer fra alle bydelene. I arbeidet med å formidle brukere til ulike hjelpetjenester må dermed de ansatte i etaten forholde seg til alle bydelene, alle DPSene, etc. Lederen av Seksjon Skadereduksjon medgir at dette byr på noen utfordringer, også for *Dobbeltprosjektet*:

Det viste seg at det er en jungel av tjenester. Når vi tror vi har skaffet oss oversikt, endres det igjen (Intervju 06.11.07).

En av de første oppgavene i *Dobbeltprosjektet* var å bygge opp en kontaktdatabase over relevante tilbud og kontaktpersoner innenfor det psykiske helsearbeidet, og å ta kontakt med de ulike tjenestene og tilbudene. I rapporteringen for 2006 nevnes ROP, diverse DPSer, MAR og rehabiliteringstiltak som Mørk Gård og Manifest-senteret. Erfaringene med kontakten viste seg ikke å være gode, sier seksjonslederen:

I starten reiste vi rundt til alle DPS, ROP, ambulerende team, skjeve boliger, kompetansesentre, Sannerud sykehus. Vi hadde trodd at dette ville resultere i et nett av hjelpeinstanser, men det viste seg ikke å stemme. Det var stadig nye grunner til at klientene falt utenfor. Dette ble opplevd som frustrerende. Klientene ble definert ut av det ene psykiaritilbudet etter det andre – de var rett og slett ”for gærne” (Intervju 06.11.07).

I årsrapporten fra 2007 uttrykkes en viss frustrasjon over at tilbudene som finnes ikke er tilpasset brukergruppen for *Dobbeltprosjektet*:

Det er et sprik i forventninger fra behandlingsapparatet og det brukeren faktisk får til i livet sitt. Det er et spørsmål om hvor mye man kan forlange av denne brukergruppen, og hvilke konsekvenser de skal bli møtt med hvis de ikke møter de krav som blir rettet mot dem. Dobbeltprosjektet er av den oppfatning at behandlingstilbudet bør være nærmere målgruppen. Med andre ord vil en større grad av oppsøkende virksomhet og mer fleksibilitet fra behandlingsapparatet være mer nyttig for målgruppen (Årsrapport 2007).

I årsrapporteringen fra 2007 etterlyses ytterligere arbeid i Rusmiddeletaten for å få utarbeidet overordnede samarbeidsavtaler med ulike instanser i bydelene.

Individuell plan

I *Dobbeltprosjektets* søknad om midler for 2007 vektlegges arbeidet med samarbeid med andre instanser og arbeidet med å sørge for utvikling av individuelle planer for brukerne. I utgangspunktet er

det ikke hybelhusene eller *Dobbeltprosjektet* som skal ta ansvar for at beboerne har en individuell plan, heter det i årsrapporteringen fra 2006:

Det er sosialkontoret som søker brukerne inn i våre tiltak. Rusmiddeletatens tiltak er pr vårt oppdrag ment å være midlertidige. Det er derfor en stor fordel at sosialsenteret er der arbeidet med IP (individuell plan) blir forankret, siden de spiller en mer varig og overordnet rolle når det gjelder de ulike tiltakene som skal settes inn (Årsrapport 2006).

Av 20 brukere i *Dobbeltprosjektet* i løpet av 2007 hadde to individuell plan. Ledelsen av prosjektet mener det er viktig at de ansatte får mer kompetanse på individuell plan.

Tilbyr *Dobbeltprosjektet* god, kompetent hjelp til denne brukergruppen?

Dobbeltprosjektet innebærer ansettelse av tre personer med erfaring og fagkunnskap i psykisk helsearbeid. Disse tre personene er tilknyttet hvert sitt hybelhus. I tillegg er det ansatt en psykolog som rådgiver for prosjektet. Ut over de som arbeidet i selve prosjektet, har *Dobbeltprosjektet* prioritert å videreutdanne flere fra personalet i de tre hybelhusene innen rus/psykiatri. Alle prosjektmedarbeiderne har deltatt på kurs i ASI (kartleggingsverktøy). Med utgangspunkt i kunnskapen fra dette kurset har de ansatte utarbeidet et felles kartleggingssystem for brukere med psykiatrisk tilleggsproblematikk, hvor det også gjøres en vurdering av problemenes omfang og tyngde.

Ved hjelp av seksjonens psykolog finner prosjektet frem til beboere som trenger mer omfattende bistand. Avhengig av beboerens behov iverksetter prosjektet egnede tiltak. De dårligste får tilbud om individuell oppfølging gjennom psykososiale tiltak, motivasjonsarbeid og oppfølging fram mot adekvate hjelpetiltak. For en større gruppe av klienter settes det inn psykososiale tiltak med forebyggende hensikt for å øke sosial mestring og samhandlingsevne hos brukerne.

Mange i prosjektets målgruppe er i aktiv rus og har varierende grad av tilgjengelighet. Prosjektmedarbeiderne legger vekt på å være fleksible, slik at samtaler kan tas på sparket, særlig i tidlige faser i

kontaktoppbyggingen. På denne måten øker muligheten for å få til et fruktbart samarbeid med den enkelte klient.

Årsrapporteringen for 2007 lister opp følgende resultater for brukerne i prosjektet:

1. Beboere med store psykiske problemer, i tillegg til et stort rusmisbruk, er blitt fanget opp.
2. Kartlegging har medført bedre kunnskap om beboernes fungering og hvilket hjelpebehov de har. Der det er hjelpebehov, blir beboeren henvist til et egnet tilbud.
3. Gjennom egnede fritids- og kulturtiltak, organisert av prosjektet, opplever beboere mestring på sosiale og ”kulturelle” arenaer.

Det har vært noen utfordringer knytte til prioritering av ulike arbeidsoppgaver i prosjektet, sier lederen i Seksjon Skadereduksjon. Spesielt har det vært en tendens til at de ansatte bruker mer og mer tid på enkeltklienter. Mens enkeltklientene i utgangspunktet skulle være ”cases” for å studere systemene, har systemfokuset en tendens til å forsvinne. Prosjektet har også arbeidet med færre enkeltpersoner enn først tenkt, fordi arbeidet med den enkelte har vært mer tidkrevende enn de forutså. Arbeidet har vært frustrerende, dels fordi deltakerne er så ustabile pga. rus, og dels fordi oppfølgingen av dem i fht. ulike hjelpetjenester har vist seg å være vanskelig. Men noen erfaringer har vært gode, sier lederen: de har sett eksempler på at det faktisk har vært mulig å bedre folks situasjon med riktig og god hjelp.

Hver av medarbeiderne i *Dobbeltprosjektet* har jobbet alene (i sin funksjon) på institusjonen, men i tett samarbeid med de andre i personalgruppen på hvert sted. Til tross for at det legges vekt på opplæring av andre ansatte på hybelhusene opplever de ansatte i *Dobbeltprosjektet* en viss frustrasjon, fordi ”alle” med psykiske problemer ble overlatt dem.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Før Seksjon skadereduksjon fikk midler fra Storbysatsingen jobbet de med klienter med psykiske problemer på samme måte som de jobbet med andre klienter. Uansett sier seksjonslederen at det er viktig å spørre den enkelte:

Hva ønsker du? Hva har du behov for? Den enkelte må få sette sine egne mål. Det er på denne måte det skjer brukermedvirkning i prosjektet – brukermedvirkningen er utelukkende på individnivå (Intervju 06.11.07).

Det fokuseres på at beboere kontinuerlig er medvirkende part i sin egen ”sak”. Dette anses som en viktig betingelse for motivasjon og endring.

Det er lite pårørendekontakt i prosjektet. Beboerne på hybelhusene har i svært liten grad kontakt med pårørende

5.7.3 *Dobbeltprosjektet*: Vurderinger, utfordringer

Dobbeltprosjektets hensikt er å identifisere psykisk syke brukere av Oslo kommunes hybelhus, og å sørge for at disse får adekvat hjelp i det øvrige tjenesteapparatet. Dette arbeidet ligger helt i kjernen av tanken bak Storbysatsingen: identifisering og videreformidling av psykisk syke og svakstilte brukere med dårlige boforhold.

Dobbeltprosjektet møter flere utfordringer. Brukergruppen for prosjektet er i utgangspunktet vanskelig å jobbe langsiktig og systematisk med. I tillegg er tjenesteapparatet i liten grad tilpasset den livsførsel og de behov denne gruppen har. For å få til gode og egnede tilbud til psykisk syke rusmisbrukere med ustabile boforhold kreves sannsynligvis grunnleggende endringer på mange hold. I så måte synes *Dobbeltprosjektets* arbeid å være en god start, til tross for begrensede ressurser i prosjektet.

Hvorvidt *Dobbeltprosjektets* arbeid vil gi varige resultater avhenger av flere forhold. For det første vil det lokalt i de tre hybelhusene prosjektet arbeider i være viktig at kompetansen i psykisk helsearbeid får en bredere forankring, slik at personalet generelt får økt oppmerksomheten rundt hybelhusbeboernes psykiske tilstand. For det andre blir det viktig at *Dobbeltprosjektets* erfaringer blir formidlet til andre, liknende tjenester i Oslo kommune og i andre kommuner. For det tredje bør kommunens ledelse og spesialisthelsetjenesten ta på alvor *Dobbeltprosjektets* erfaringer knyttet til muligheten for å få gode og tilpassede tjenester for denne gruppen psykisk syke.

5.8 Institusjonsprosjektet

5.8.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

Formålet med *Institusjonsprosjektet* var i utgangspunktet å sørge for at barn og unge i tre av Oslos barneverninstitusjoner fikk riktig og god behandling, spesielt fra Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Bakgrunnen var en begrunnet mistanke om at barna og ungdommene i institusjonene hadde til dels alvorlige psykiske vansker, og at de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra BUP. Formålet med prosjektet var opprinnelig 2-delt:

- De ansatte i prosjektet skulle sørge for at barna fikk nødvendig behandling for sine psykiske lidelser. Prosjektet omfattet 3 institusjoner, to ungdomshjem og ett barnehjem (under 12 år)
- De ansatte i prosjektet skulle utarbeide en kompetansehevingspakke i samarbeid med de tre institusjonene, denne pakken skulle senere kunne brukes mer allment også i andre institusjoner

De tre institusjonene i prosjektet har til sammen 14 plasser, men da vi intervjuet en av psykologene i prosjektet høsten 2007 var det bare seks barn/ungdommer som bodde i to av institusjonene, mens det tredje hjemmet hadde alle sine plasser tomme. I løpet av 2007 var totalt 21 barn/ungdommer plassert på institusjonene, ved utgangen av 2007 omfattet prosjektet ti barn/unge.

Av ulike grunner, som vi beskriver nedenfor, har prosjektet utviklet seg til å bli noe annet enn det opprinnelig var tenkt.

Prosessen frem mot etablering av tiltaket og endringer underveis

Prosjektet startet opp våren 2006 med en prosjektleder som jobbet alene i prosjektet nesten hele 2006. Det viste seg vanskelig å få kvalifiserte søkere til stillingene i prosjektet. Prosjektet fikk ansatt en psykolog fra november 2006. Mens prosjektlederen var ansatt i Barne- og familieetaten i Oslo kommune, skulle den nye medarbeideren være ansatt i Ullevål BUF (Senter for barne- og

ungdomspsykiatri). Det ble etablert en styringsgruppe for prosjektet med representanter for Ullevål og barnevernet.

Den nyansatte psykologens første oppgave var å lage en målgruppebeskrivelse for barna og ungdommene som bodde i institusjonene som var med i prosjektet. Hensikten var å få en oversikt over barnas problemer/diagnoser. I kartleggingen ble det benyttet et SEGAS-system for diagnostisering. Dette er et system som måler barnas psyko-sosiale belastning (akse 6, ikke akse 1 som måler vanlige psykiske problemer). Mens akse 1-diagnostisering finner sted innenfor en sykdomstradisjon, innebærer akse 6-diagnostisering sosial analyse. Diagnostiseringen ga, i følge psykologen, overraskende resultater: 90-95% av barna i de utvalgte institusjonene ligger så dårlig an at de trenger langvarig (3-5 års) miljøterapi. 50% av barna er dårligere enn det BUP aksepterer som pasienter. BUP avviser disse under henvisning til at de er klienter for barnevernet, ikke BUP. Dette er barn som trenger så langvarig behandling at ikke BUP kan ta dem. Barnas problemer er svært komplekse, og skyldes i stor grad reaktive tilknytningsforstyrrelser. Dette betyr at barna er så grunnleggende skadet av mangel på tilknytning til andre mennesker, at de i liten grad vil kunne nyttiggjøre seg det tilbudet BUP kan gi. I følge psykologen i Institusjonsprosjektet trenger barna og ungdommene som bor i de aktuelle barneverninstitusjonene å utvikle en helt grunnleggende tillit. De må skape seg en ny verden, et nytt liv – de må ”fødes på ny”. For å oppnå dette må de oppleve langvarig uforbeholden omsorg, uansett hvor håpløst (og til dels farlig) de oppfører seg.

Barna og ungdommene dette gjelder, har behov for både *mer* hjelp og en annen *type* hjelp enn det som var forutsatt i prosjektet fra starten av. Det opprinnelige målet om å gi barna individuell behandling ble vanskelig å ivareta, sier psykologen, dels fordi vanlig psykologisk/psykiatrisk behandling ikke ville være det rette for barna, dels fordi ressursene i prosjektet er forsvinnende små i forhold til det avdekkede hjelpebehovet.

Prosjektet har over tid endret seg fra et prosjekt som skulle sørge for individuell behandling til et prosjekt som jobber langsiktig for å skissere hvordan systemet kan utvikles for å gi god hjelp til disse barna. Dette må, mener psykologen vi har intervjuet, være et system som er overordnet både barnevernet og psykiatrien.

Arbeidet i prosjektet består nå av tre elementer: Kartlegging av barna/ungdommene i barnevernets institusjoner i Oslo, veiledning av barnas kontakter, og utarbeidelse av en rapport om hvordan situasjonen er for denne brukergruppen og hvordan tilbudet kan utformes for å møte barnas og ungdommenes behov.

I tillegg er det utarbeidet et undervisnings- og veiledningsopplegg som konkretiserer samarbeidsavtalen mellom Ullevål Universitets-sykehus (UUS-HF) og Barne- og familieetaten i Oslo kommune (BFE) (som ble inngått i 2005). Prosjektet har involverer R-BUP i dette arbeidet.

Institusjonsprosjektet har gjennom prosjektperioden ligget litt etter skjemaet rent tidsmessig. Dette skyldes dels at prosjektet hadde sen oppstart pga vansker med å få tilsatt personer med rett kompetanse, og dels at det har vært utskiftninger i staben underveis i prosjektet.

Ressursbruk

Prosjektet har 3 stillinger, men én av stillingene har i store deler av prosjektperioden stått ubesatt. Da vi intervjuet en av de ansatte høsten 2007 hadde prosjektet to ansatte, med ytterligere én på vei inn. Av disse var to spesialister, mens én var ”helt fersk”.

Det var planlagt en utvidelse av prosjektet til en ny institusjon i 2007, men dette ble forskjøvet til 2008. I og med at arbeidet i prosjektet ble annerledes, og mer omfattende, enn først antatt, er prosjektperioden forlenget ut over Opptrappinsplanens virkeperiode. *Institusjonsprosjektet* har fått ordinære midler i 2009, med muligheter for penger også i 2010. I tillegg har prosjektet, i følge en av de ansatte, ledige lønnsmidler til ytterligere ett års drift.

Oslos øvrige tilbud: hvordan passer *Institusjonsprosjektet* inn?

Prosjektet ble startet opp fordi Oslo kommune hadde en forestilling om at mange av barna og ungdommene som bor i barnevernets institusjoner ikke fikk tilstrekkelig hjelp for sine psykiske lidelser fra BUP. I første del av prosjektet ble det, som tidligere redegjort for, klart at barna og ungdommene hadde andre og mye mer omfattende problemer enn antatt. Samtidig ble det åpenbart at verken kommunen eller BUP har et tilbud som

imøtekommer disse brukernes behov. Vår informant i prosjektet sier det slik:

Det er ingen utsikter til at BUP skal ta seg av de grunnleggende problemene til disse barna. De aller fleste viste seg å ha kontakt med BUP poliklinisk, men den hjelpen de får hjelper ikke. Dette er barn uten språk (dvs. de har ikke et språk som forstås av både avsender og mottaker), de har ikke noen forståelse av rett og galt, godt og ondt. Dette betyr at de ikke behersker sosiale fellesskap, fordi de ikke forstår sosiale normer. Nedbyggingen av institusjonsplassene i psykiatrien er dårlig tilpasset disse barnas behov – de trenger langvarig og helhetlig oppfølging, ikke poliklinisk behandling (Intervju 05.11.07).

Institusjonsprosjektets hovedoppgave er derfor blitt å utrede hvordan et system kan bygges opp for å sikre barna og ungdommene helt nødvendig behandling. Dette tilbudet må utvikles i et samspill med kommunen (ved Barne- og familieetaten og Bydelsbarnevernet) og spesialisthelsetjenesten.

5.8.2 Bidrar *Institusjonsprosjektet* til å realisere målene i Storbysatsingen

Innebærer *Institusjonsprosjektet* identifisering og videreformidling av hjelpetrequende?

Identifisering av barnas og ungdommenes problemer og behov er en sentral del av prosjektet. Slik sett er *Institusjonsprosjektet* viktig i forhold til å peke på problematikk som ikke fullt ut var kjent fra tidligere. Gjennom diagnoseverktøyet blir det også mulig å foreta et noe klarere skille mellom problemer og lidelser som behandles gjennom den etablerte barne- og ungdomspsykiatrien, og problemer som krever en annen tilnærming. *Institusjonsprosjektet* fungerer på denne måten noe annerledes enn de fleste andre prosjektene innenfor Storbysatsingen. Prosjektet har avklart at en ren videreformidling av brukergruppen til behandling i det eksisterende BUP-systemet, slik det nå er utformet, i liten grad vil være hensiktsmessig.

En av de ansatte uttrykker seg slik:

Innholdet i prosjektet er endret over tid: medarbeiderne fungerer nå som saksforberedende for å utrede behov og foreslå hjelp. Prosjektet samarbeider med R-BUP om diagnostiske verktøy. På denne måten får vi vist hvor dårlige disse barna er i forhold til de som er i psykiatrien. Men vi er også saksforberedere i forhold til kommende generasjoners planleggere (Intervju 05.11.07).

Gir *Institusjonsprosjektet* helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Institusjonsprosjektet ble opprettet for å sørge for en god koordinering av tilbudet til et knippe barn og unge som bor i barnevernets institusjoner. Opprinnelig var det primært en samordning av barnevernets tilbud og det psykiatriske behandlingen som var målet for prosjektet, men utviklingen i prosjektet har gjort at en hovedoppgave for prosjektet er blitt å lage en helt ny modell for helhetlig tilbud for brukergruppen:

Prosjektet rapporterer at de ser systemhindringer for adekvat samordning av tilbudet til brukerne. Dette vurderes til ikke å dreie seg om samarbeidsproblemer mellom involverte instanser, men snarere mer grunnleggende organiserings- og planleggingsproblematikk som må løses på et mer overordnet nivå. Det er utarbeidet et forslag til modell. Hvordan modellen kan gjennomføres drøftes nå mellom etatsledelsene (Helse- og velferdsetatens vurdering i Årsrapportering fra Storbyprosjektene 2007).

Konsekvensene av *Institusjonsprosjektet* er potensielt store. Det er et ”omfattende behov for systemjusteringer”, heter det i årsrapporteringen for 2007 fra prosjektet. Dette understrekes videre i den samme rapporten:

Et videre arbeid for målgruppas behandlingsbehov vil måtte forankres på departementsnivå for å ivareta en ikke tydelig forutsett type samordningsbehov mellom de aktuelle sosial- og helseverninstansene (Årsrapport 2007).

Institusjonsprosjektet er ikke involvert i arbeidet med individuell plan for barna og ungdommene de har kontakt med. Bydelsbarnevernet

utarbeider en tiltaksplan for alle institusjonsbarna, og *Institusjonsprosjektet* deltar i konkretiseringer av tiltaksplanen i form av institusjonenes handlingsplan. Denne planen inngår imidlertid ikke som et ledd i barnas individuelle plan.

Psykologen i *Institusjonsprosjektet* forteller i intervju at bare ett av barna i prosjektet har individuell plan utarbeidet av BUP. Dette er en systemsvikt, mener han. En god individuell plan kunne i større grad synliggjort barnas hjelpebehov tidligere.

Gir *Institusjonsprosjektet* god, kompetent hjelp til denne brukergruppen?

Institusjonsprosjektet har avdekket at det eksisterende tilbudet i BUP og barnevernet ikke har møtt de aktuelle barnas store hjelpebehov. De ansatte i prosjektet tar derfor klare forbehold i sin egen vurdering av hvorvidt de har lyktes i å etablere treffsikre tiltak for målgruppen:

Gitt de rammer som prosjektinstitusjonenes bemanning, tradisjon og ideologi er for oss har vi lyktes i å beskrive og målrette det daglige arbeidet med de hovedgruppene av problematikk som er aktuelle. Det enkelte barn på prosjektinstitusjonene har fått beskrevet sin probleprofil, og det miljøterapeutiske arbeidet på institusjonene har blitt tilpasset den enkelte via veiledning. Helseproblematikken som avdekkes er vanligvis for omfattende til å kunne endres vesentlig på korttidsbasis, dvs to år eller mindre. I løpet av en toårsperiode vil barna normalt være utskrevet fra prosjektinstitusjonene (Årsrapport 2007).

På spørsmål om hvor omfattende hjelpebehovet totalt sett kan være, svarer informanten at kommunen har 15 institusjoner med 4-5 barn/ungdommer hver. Disse er bemannet som om barna skulle være ”normale”, men det er de jo ikke. Institusjonene nøyer seg derfor med å ta vare på barna så lenge de har ansvar for dem, men de har ikke kapasitet til å være endringsorienterte, mener psykologen. De som ”bare” er personlighetsforstyrret kan ha nytte av et godt samarbeid mellom BUP og barnevernet: barnevernets trygge rammer kombinert med poliklinisk hjelp fra BUP. Men den gruppen prosjektet har fokus på – de som er grunnleggende tilknytningsskadd – har andre behov. Også her kan barnevernets

institusjoner gi en god og trygg ramme, men i tillegg må de ha langsiktig terapi. Psykologen mener at hjelpen først og fremst må komme som miljøterapi:

Det er ikke psykologer og leger som trengs, men miljøterapeuter som kan gi barna en ny start på livet ved å ”oppdra” dem på nytt. Psykologene kan være nyttige i veiledningen underveis i prosessen, og i enkelte faser i behandlingen, men arbeidet må i hovedsak gjøres av miljøterapeuter. Dette er et svært krevende arbeid. Når barna begynner å knytte seg til andre, vil de først bli verre når de oppdager hva de mangler i livet. Det er viktig at behandlerne ikke gir opp i denne fasen, det er lett å tro at hjelpen ikke fungerer når barna blir dårligere. Det er viktig å ivareta miljøterapeutenes behov i arbeidet. Barna må gjerne flyttes rundt for at personalet skal få puste (Intervju 05.11.07).

Prosjektet benyttes også til kompetanseheving av personalet på de tre institusjonene som er med i prosjektet. Dette innebærer bl.a. behandlingsorientert veiledning til miljøterapeutene ved institusjonene, og ukentlig undervisning på klinisk relevante tema. Det arrangeres også månedlige fagsamlinger for institusjonenes ansatte etter en overordnet kompetansehevingsplan.

Praktiserer *Institusjonsprosjektet* bruker- og pårørende-medvirkning?

Brukermedvirkning i prosjektets arbeid skjer gjennom institusjonenes interne kultur med husmøter. Brukerorganisasjonene er med i referansegruppen til prosjektet.

Vår informant opplyser om at barnas pårørende absolutt er med i bildet, men de er ofte ikke venner med barnevernet. Særlig når barna er plassert frivillig i institusjon går barnevernet på ”ultra-tykke gummisåler”. Det er derfor en fare for at barna må lide for at barnevernet ikke tør å ta opp ting med foreldrene i redsel for at foreldrene skal trekke tilbake den frivillige plasseringen.

5.8.3 *Institusjonsprosjektet*: Vurderinger, utfordringer

Hensikten med *Institusjonsprosjektet* var i utgangspunktet å foreta en grundig kartlegging av barn og unge som ble antatt å ha alvorlige, underbehandlede psykiske problemer. Slik sett faller prosjektet godt innenfor målene med Storbysatsingen, selv om deler av målgruppen for prosjektet ligger utenfor det som kan kalles ”unge i overgangen mot voksenlivet”.

Kartleggingen av de unge har medført at *Institusjonsprosjektet* har tatt en annen retning enn først planlagt. Dette kan sees som en styrke ved prosjektet: de ansatte har tatt inn over seg det overraskende resultatet av kartleggingen, og har forholdt seg til den nye kunnskapen i den videre utviklingen av prosjektet.

For at prosjektet skal ha varige resultater både for de unge som er omfattet av prosjektet og andre i samme situasjon, må det skje grunnleggende endringer i organiseringen av barnevernet og ungdomspsykiatrien. Dette er forhold som ligger utenfor prosjektets rekkevidde, men gjennom grundig dokumentasjon av prosjektets metoder og erfaringer vil *Institusjonsprosjektet* kunne gi viktige premisser i en eventuell prosess knyttet til utviklingen av de aktuelle tjenestene.

5.9 Styrking av Barnevernvakta

Mål og målgruppe

Prosjektet *Styrking av Barnevernvakta* hadde tre mål:

1. Styrke kompetansen på psykiatri internt i Barnevernvakta
2. Øke mulighetene for å komme inn i vanskelige saker tidlig for å avdekke eventuelle psykiske problemer
3. Styrking av samarbeidet mellom psykiatri og barnevern.

Barnevernvakta jobber i hovedsak med to litt ulike problemstillinger knyttet til psykisk helse:

- Ungdom (stort sett, det er færre barn) som selv er psykisk syke
- Barn og ungdom der mor/far er psykisk ustabile. De små er særlig sårbare, men de har også tilfeller der ungdom, som ofte har levd med ustabilitet lenge, plutselig opplever at alt ”sprekker”

Det er vanskelig å anslå hvor stor del av Barnevernvaktas klienter som har psykiske problemer. I 2005 ble det registrert 147 barn som fikk hjelp med psykiske problemer, i 2006 var tallet noe høyere. Men dette avhenger av hva som legges i ”psykiske problemer”. Manglende mulighet til å få lagt inn ungdommer med psykiske vansker i spesialisthelsetjenesten (se senere avsnitt) kan ha som resultat en underrapportering av psykiske problemer i Barnevernvakta, tror informanten.

Prosessen frem mot etablering av tiltaket

Barne- og familieetaten (BFE) fikk midler fra Storbysatsingen fra 2005. Det ble lyst ut en stilling for å jobbe med å styrke Barnevernvakta høsten 2005, og det ble ansatt en person fra mars 2006.

Vår informant, som var ansatt i prosjektet fra tidlig i 2006 sier at det tok henne hele 2006 bare å komme inn i arbeidsformene i Barnevernvakta. Det tok derfor tid før hun kunne begynne med de egentlige oppgavene i prosjektet.

Da vi intervjuet lederen av prosjektet høsten 2007 var det klart at hun var tilbudt et vikariat i Barnevernvakta ut 2007, og derfor ville gå ut av prosjektstillingen. Samtidig skulle den andre som arbeider i prosjektet (i 20% stilling) ut i fødselspermisjon. Prosjektet ville derfor bli lagt på is, kunne vår informant fortelle. Informanten mener imidlertid at hun kom til å ta med seg engasjementet og det faglige fokuset inn i den ordinære stillingen (vikariatet) i Barnevernvakta, og at en stilling der kanskje kunne gi større tyngde enn det en plassering i prosjekt kan gi.

Ressursbruk

Barnevernvakta fikk midler til en 80%-stilling til leder og en 20%-stilling til medarbeider. Begge de to ansatte jobber hver 3. helg (den som har 20%-stillingen jobber bare disse helgene), men de har ikke vakt de samme helgene.

Oslos øvrige tilbud: hvordan passer *Styrking av barnevernvakta* inn?

Prosjektet *Styrking av Barnevernvakta* sprang ut av et følt behov for sterkere samordning av barnevernets og psykiatriens arbeid. Barnevernet opplever at de ikke blir kontaktet når f.eks. foreldre med barn blir psykisk syke. Samtidig føler barnevernet at de har for lite kunnskap om psykisk helse til å kunne vite når og hvor de skal formidle barn eller deres foreldre til psykiatrien. Prosjektet *Styrking av barnevernvakta* har som mål å bedre kunnskapen om psykisk helse hos barnevernvakta, og øke kunnskapen om barnevernvaktas arbeid i ulike deler av psykiatrien.

5.9.1 Hvordan ivaretar *Styrking av barnevernvakta* målene i Storbysatsingen?

Innebærer *Styrking av barnevernvakta* identifisering og videreformidling av hjelpetrequende?

Hensikten med prosjektet *Styrking av barnevernvakta* er å oppnå at psykisk sykdom oppdages blant barnevernets klienter, og at barnevernproblematikk avdekkes i psykiatrien der det er reelt. Slik sett er både identifisering og videreformidling av hjelpetrequende et viktig mål for prosjektet – i hvert fall på lang sikt.

Barnevernvakta er inne bare i korte, akutte faser. Det blir derfor svært viktig at Barnevernvakta faktisk makter å videreformidle sine klienter til andre deler av hjelpeapparatet. De henviser videre til barnevernet i bydelene, eller de forsøker å få til en innleggelse via Psykiatrisk legevakt. Barnevernvakta etablerer ikke ansvarsgrupper el.l. selv, men de kan i noen få tilfeller inngå i en kriseplan eller en ansvarsgruppe. Men dette er situasjoner der ungdommene selv er problemet, ikke mor/far.

En erfaring formidlet av lederen for prosjektet er at Barnevernvakta sjelden klarer å få ungdom innlagt for psykiske vansker. Selv når vakta får støtte fra Psykiatrisk legevakt er det ofte umulig å få

ungdommen lagt inn. Barnevernvakta har et svært godt samarbeid med Psykiatrisk legevakt, sier lederen.

Vår informant i prosjektet mener at ettersom det blir mer og mer åpenbart at det er vanskelig å få lagt inn ungdommer pga. psykiske problemer, kan det være en tendens til at Barnevernvakta ikke prøver. Da veileder de heller foreldrene om hvor de kan ta kontakt, men det blir da opp til foreldrene. Særlig vanskelig kan det være i forhold til barn av ikke-nordiske innvandrere, som ofte ikke har ord for å beskrive verken sykdommen eller hjelpen.

I årsrapporteringen for 2007 uttrykkes frustrasjon over mulighetene til å videreformidle klienter fra prosjektet fordi de:

(...) opplever andrelinjetjenesten for voksne som ikke organisert for å imøtekomme barn av psykisk syke. Fravær av eventuelle ildsjeler på tjenestestedene stopper samarbeidet. Videre oppfattes akuttavdelingen i Psykisk Helse Barn og Unge (UPA) som en i stor grad irrelevant samarbeidspartner pga lovverket de er pålagt å følge. Poliklinikkene i Psykisk Helse Barn og Unge oppfattes som å ha et for smalt tilbud for klientgruppa. Legevakttjenesten oppfattes som en positiv samarbeidspartner, men disponerer ikke aktuelle tilbud (Årsrapport 2007).

Gir *Styrking av Barnevernvakta* helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Arbeidet frem til høsten 2007 bestod i stor grad av å styrke kompetansen internt i Barnevernvakta og å markedsføre Barnevernvakta til andre relevante tjenester, bl.a. bydelene (særlig barnevernet i bydelene), akuttpsykiatriske enheter (Ullevål), SSBU, Bråten behandlingshjem (under Ahus) og noen BUP/DPS.

Lederen sier i intervju høsten 2007 at hun kanskje burde ha reklamert mer overfor BUP/DPS, men hun følte at dette hadde liten hensikt. Arbeidet i prosjektet har bestått i å snakke til/med potensielle samarbeidspartnere, men det er ikke utviklet noen skriftlige avtaler mellom Barnevernvakta og andre for å regulere ansvarsforholdene knyttet til klienter med psykiske problemer.

Gjennom arbeidet har prosjektlederen fått bekreftet sine hypoteser om at samarbeid mellom barnevernet og psykiatrien er vanskelig å

få til. De to tjenestene arbeider under ulike lovverk, og mens barnevernet er (eller kan være) tvungent, er tilbudet i psykiatrien i all hovedsak frivillig. Psykiatrien melder svært få saker til barnevernet. Argumentet er at ved å melde saker til barnevernet svekkes alliansen mellom behandler og pasient i psykiatrien. I akuttmottaket på Ullevål sier de at de ser ungdommene over så kort tid, og kjenner dem så dårlig, at de ikke synes de kan melde inn saker til barnevernet.

Informanten understreker at noe av problemet i samarbeidet mellom barnevernet og psykiatrien skyldes at de er forankret i ganske ulike lover:

Barnevernarbeidet er forankret i barnevernloven, psykiatrien i lov om psykisk helse. Selve samarbeidet mellom disse er ikke like klart forankret i lov. Forskjellen mellom barnevern og psykiatri er i stor grad et skille mellom plikt og rett (frivillig). Hvis barnevernet ønsker å prate med en mor, kan mor si nei, men barnevernet kan da si: ja, men, *vi* vil snakke med deg. Det kan ikke psykiatrien si (Intervju 22.10.07).

Lederen av prosjektet uttrykker en viss frustrasjon over situasjonen:

Barnevernet og psykiatrien skyter på hverandre. Psykiatrien bør bruke Barnevernvakta mer, nå brukes den ikke i det hele tatt. Da kunne barnevernet ha kommet inn tidligere, for eksempel i tilfeller der en psykisk syk mor eller far har barn som trenger hjelp. (...) De to tjenestene må vite mer om hverandre: Barnevernet bør vite mer om hva som er psykiatri, og hva som er andre vansker. Psykiatrien bør vite mer om hva som er barnevernproblematikk, og når barnevernet bør inn i en sak. (...) Slik det er nå, skyfler ansvaret rundt mellom de to tjenestene (Intervju 22.10.07).

Lederen av prosjektet *Styrking av Barnevernvakta* synes psykiatrien ofte tenker mer på mors helse enn på barnas. De vil for eksempel ikke ta barnet fra mor fordi da vil mor bli dårligere, selv om det er til barnets beste å få et annet hjem. Hun ser dette som en klar hindring i utviklingen mot at barnevernet og psykiatrien i større

grad kan bli samarbeidspartnere. Ideelt sett burde barnevernet få beskjed for eksempel når omsorgspersoner med psykiske lidelser er inne i dårlige faser, når de blir innlagt, mv.

Lederen for prosjektet *Styrking av Barnevernvakta* mener at de burde hatt et annet system. De to tjenestene burde satt seg sammen og tenkt på hva som er det beste for barnet, mens økonomien burde diskuteres på et annet nivå. Nå kommer økonomien inn direkte i vurderingen av tjenestenes ansvar for det enkelte barn, noe som bidrar til at tjenestene skyver barna fra seg, sier hun.

Et annet problem prosjektlederen trekker frem er at BUP av prinsipp *ikke* går inn i situasjoner der omsorgssituasjonen for barnet er uavklart. Hvis det for eksempel ikke er bestemt om barnet skal bo hos mor, far, i fosterhjem eller på institusjon, vil ikke BUP behandle barnet. Dette er svært uheldig, mener prosjektlederen, fordi disse situasjonene ofte er ekstremt vanskelige for barna.

Barnevernvakta har imidlertid god hjelp og støtte i Psykiatrisk legevakt. Legevakten tar i noen grad selv kontakt med Barnevernvakta, men kunne sikkert vært brukt mer, særlig ved akutte innleggelser av mor eller far. Her må det skje en balansering i forhold til jobben til Akutteamet ved Legevakten.

I følge prosjektlederen er den største utfordringen i arbeidet samkjøringen med andre, tilgrensende tjenester, som blant andre Akutteamet og Psykiatrisk legevakt. Hun opplever at det er mange som jobber med overlappende problemstillinger i kommunen, men at disse ofte ikke kjenner til hverandre:

Dette prosjektet i Barnevernvakta innebærer jo ikke noen stor nyhet, og prosjektet burde vært bedre koordinert i forhold til andre prosjekter/instanser som søker å bedre samordningen av tjenester overfor denne gruppen, og i forhold til tidligere forsøk på området. Det burde ikke være nødvendig å begynne på scratch hver gang (Intervju 22.10.07).

Gir prosjektet god, kompetent hjelp til sine brukere?

Lederen for prosjektet er utdannet klinisk barnevernpedagog. Hun har tidligere jobbet både i barnevernet og i psykiatrien. Den andre ansatte i prosjektet er sosionom. I og med at de to ansatte ikke er

på vakt samtidig, blir mulighetene for de to ansatte til å snakke sammen om det de erfarer i jobben svært små. Dette oppleves som et problem av de ansatte.

Det er gjennomført en viss kompetanseheving i prosjektet. Da vi intervjuet lederen for prosjektet høsten 2007 hadde det vært avholdt to fagdager ledet av en person fra Lovisenberg, og de ansatte hatt enkelttimer med veiledning fra en erfaren ansatt. Lederen i prosjektet kunne også fortelle at hun i samarbeid med R-BUP var i ferd med å utvikle et undervisningsopplegg ”Psyko-logisk førstehjelp for barn og unge”. Opplegget består av fire samlinger à to dager for alle barnevernvakter i Norge. Opplysninger om dette skal legges ut på hjemmesidene til R-BUP.

Bruker- og pårørendemedvirkning?

Ut over det som tidligere er skrevet, ble dette temaet ikke berørt i intervjuet, og heller ikke nevnt i rapporteringene fra prosjektet.

5.9.2 *Styrking av Barnevernvakta*: Vurderinger, utfordringer

Prosjektet *Styrking av Barnevernvakta* synes å ha et kortsiktig og et langsiktig mål. Det kortsiktige målet er å informere om barnevernets arbeid i ulike deler av psykiatrien, og om psykisk helse internt i barnevernvakta. På lengre sikt er målet å få til et styrket samarbeid mellom de to tjenestene, slik at psykiatrien tar kontakt med barnevernet ved behov, og at barnevernet viderefremidler til psykiatrien ved antatt psykisk helseproblem hos barn eller foreldre.

De ansatte i prosjektet ser ut til å ha opplevd en del hindringer i sitt arbeid, og virker relativt desillusjoner når det gjelder muligheten for å få til et godt og betydningsfullt samarbeid mellom de to tjenestene. Det er grunn til å tro at rene informasjonstiltak ikke er tilstrekkelig til å bedre samarbeidet mellom to etablerte tjenester med ulike normer, ulike lovverk og ulike institusjonelle forankringer.

Det er også rimelig å peke på at *Styrking av barnevernvakta* neppe kan sies å falle inn i den opprinnelige målgruppen for Storbysatsingen.

5.10 Værestedet Trefoldighet/Sentrumsprosjektet

5.10.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

Sentrumsprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom menighetene i Den Norske Kirke i Oslo sentrum (Domkirken og Trefoldighet) og Bydel St. Hanshaugen. Hovedmålet med prosjektet er å:

- Bidra til at flere av de vanskeligstilte i sentrum får en bedre hverdag
- Involvere brukere i arbeidet med å planlegge og utvikle tiltakene

Værestedet i Trefoldighetskirken er åpent hver lørdag fra kl. 16.00-19.00 og er rettet mot bostedsløse, personer med rusproblemer og personer med både rus- og psykiatriproblematikk. I Årsmelding for 2007 fra Bydel St. Hanshaugen står det:

Værestedet skal skape et pusterom midt i den ellers tøffe hverdagen, et anerkjennende fellesskap med alvor og humor rundt et kveldsmåltid, mulighet for samtale, stillhet og tenne lys og være et sted hvor man kan være den man er. (Oslo kommune: Årsmelding for 2007 fra Bydel St. Hanshaugen)

Prosjektets delmål består i å:

- Skape, utvikle og etablere væresteder og møteplasser, som gir gjestene mening, tilhørighet, ernæring og rom for deltagelse
- Rekruttere gjester ved å oppsøke steder hvor potensielle gjester oppholder seg
- Skape synergieffekter mellom kirke og bydel

I årsrapporten for 2007 står det at prosjektet har iverksatt følgende aktiviteter i tillegg til Værestedet lørdag ettermiddag: Diakonens dag hver fredag 10-16 i gatekapellet, og Filmklubb hver 3. torsdag på Fredensborg bosenter. I 2007 ble det også arrangert såkalt

”Nattåpen kirke”, men dette tiltaket ble avvirket ved utgangen av 2007.

Det er ingen ”siling” av gjestene i *Værestedet Trefoldighet*. Det er derfor en relativt mangfoldig gruppe som deltar på arrangementene. En del av gjestene har psykiske vansker, ofte kombinert med rusproblemer, men det kommer også gjester som ikke har psykiske problemer.

Prosessen mot etablering av tiltaket

Værestedet i Trefoldighet kirke åpnet i mars 2005. Prosjektet ble startet som et samarbeidsprosjekt mellom menighetene i Den Norske Kirke i sentrum og Bydel St. Hanshaugen. I utgangspunktet bestod prosjektet først og fremst av ”*Værestedet Trefoldighet*”, men i 2007 ble det, som tidligere nevnt, utvidet med flere tiltak. Det har vært en jevn økning i deltakelsen på de ulike arrangementene. I følge Bydel St. Hanshaugens nettsider har besøkstallet i *Værestedet Trefoldighet* økt fra ca. 10 pr. gang i 2005 til nærmere 100 i 2007.

I et intervju på Kirkelig Fellesråds nettsider fra januar 2007 forteller sentrumsdiakon og leder for prosjektet Svein Arne Bergli om bakgrunnen for samarbeidet mellom kommunen og kirken om dette tilbudet:

1/1-2004 fikk Bydel St. Hanshaugen ansvaret for Oslo Sentrum. I forbindelse med bispevisitasen april 2004 ble det etablert gode relasjoner mellom Bydel St. Hanshaugen og Trefoldighet menighet. Da miljøet rundt ”Plata” ble splittet opp ble det innkalt til et møte med representanter fra Oslo kommune, Bydel St. Hanshaugen og Trefoldighet menighet. Tema for møtet var å se på hva vi kan gjøre for mennesker som oppholdt seg i Oslo sentrum som hadde en vanskelig tilværelse. Ut av dette vokste det en forpliktelse for disse mennesker hvor vi ønsket å gjøre noe. Vi så på det samlede tilbudet for å se hvor det var hull som kunne fylles. Det viste seg da at lørdag ettermiddag mellom 16 og 19 var et tidspunkt hvor det ikke kolliderte med andre tilbud. (...) Det har utviklet seg et unikt samarbeid med Bydel St. Hanshaugen, St. Hanshaugen frivillighetssentral, RIO (Rusmis-

brukernes interesseorganisasjon), Domkirken og Trefoldighet menigheter hvor mange frivillige har meldt seg til tjeneste. (Kirkelig fellestråds nettsider 31.01.07)

Ressursbruk

Sentrumprosjektet har fått 500 000 kroner av Storbymidlene hvert år. Det har vært lønnet ett årsverk, i tillegg jobber det ca. 40 frivillige i prosjektet.

I årsrapporten for 2007 er antall brukere totalt gjennom året anslått til ca 250. Værestedet (hver lørdag) har i snitt hatt 80 gjester. Av disse er 5-10 nye gjester innom hver lørdag. ”Diakonenes dag” (hver fredag) har i snitt hatt 25 gjester, mens det nå avviklede ”Nattåpen kirke” (hver fredag til lørdag) har hatt gjennomsnittlig 9-10 besøkende. Filmklubben F-7 på Fredensborg (hver torsdag) har hatt besøk av i snitt 15-20 gjester.

Prosjektet har fått kommunale midler, og blir videreført i 2009.

5.10.2 Hvordan ivaretar Værestedet Trefoldighet målene i Storbysatsingen?

Bidrar *Værestedet Trefoldighet* til identifisering og videreformidling?

Værestedet Trefoldighet er ment å være et lavterskeltilbud, og det oppleves positivt at ulike typer mennesker, med svært ulike behov, kommer innom Trefoldighetskirken. Ved å rekruttere bredt til sammenkomstene, blir det mulig å komme i kontakt med mennesker som ellers ikke ville oppsøkt hjelpeapparatet. Hvorvidt psykisk syke faktisk fanges opp gjennom samtalene i tilknytning til tiltakene, finnes det ikke informasjon om. Identifisering av hjelpe-trengende og videreformidling av disse til andre tjenester i hjelpeapparatet er ikke en uttalt målsetning for prosjektet.

Diakonene driver aktiv oppsøkende virksomhet i Oslo sentrum for å rekruttere gjester til *Værestedet Trefoldighet*. Hver fredag mellom kl. 10 og 16 er det ”Diakonenes dag”, hvor de arbeider målrettet for å komme i kontakt med ”gamle og nye” gjester. I følge årsrapporteringen fra 2007 er det også mange faste gjester innom diakonene hver fredag. I gjennomsnitt anslås dette til ca. 25 - 30.

En viktig del av arbeidet med *Værestedet Trefoldighet* består i å trekke noen av brukerne med som frivillige. Prosjektet har lyktes med å rekruttere noen av brukerne til det frivillige arbeidet, og de behandles da på lik linje med de øvrige frivillige. Alle de frivillige får mulighet til å delta på samlinger, kurs, osv. i regi av prosjektet. I årsrapporten for 2007 nevnes at det er arrangert 8 samlinger for de frivillige på Værestedet og 6 samlinger for de frivillige i nattåpen kirke. Dette har vært kurs i førstehjelp og aktuelle temaer knyttet til tiltakene.

I følge årsrapporteringen for 2007 innebærer rekrutteringen av brukere til frivillig arbeid en del utfordringer mht. oppfølging og veiledning, men alt i alt oppleves dette svært verdifullt, og de tidligere brukerne sees som en viktig ressurs. Prosjektet legger også til rette for at tidligere brukere, i samarbeid med SAK/NAV, kan ha praksisplass i prosjektet. I 2007 var én tidligere bruker i praksisplass i Trefoldighet menighet.

Innebærer tiltaket helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Prosjektet *Værestedet Trefoldighet* har ikke som mål å være noen helhetlig oppfølging av sine brukere. Prosjektets hovedaktivitet er å lage et hyggelig og meningsfylt arrangement med god mat for noen av de mest svakstilte i Oslo sentrum.

Værestedet Trefoldighet er i utgangspunktet et samarbeidsprosjekt mellom kommunen, kirken og frivillige. Prosjektet har hatt et tett samarbeid med St. Hanshaugen frivillighetssentral, som har gjort at prosjektet har hatt god tilgang på frivillige, samt at oppfølgingen av de frivillige er blitt kvalitetssikret.

Samarbeidet mellom bydel St. Hanshaugen og kirken er også utviklet, gjennom ”bruk av lokaliteter, personell og økonomi”, som det heter i presentasjonen av prosjektet på bydelens nettsider.

I tillegg til maten som kjøpes inn og tilberedes av de frivillige i prosjektet, er det etablert et samarbeid med en kafé i nabolaget, som gir bort alt som er igjen av brød og kaker lørdag ettermiddag. Dette er mat av høy kvalitet, og blir satt stor pris på av gjestene.

Gir tiltaket god og kompetent hjelp til denne brukergruppen?

Værestedet Trefoldighet utgjør hovedtiltaket i *Sentrumsprosjektet*. Som tidligere beskrevet åpnes kirkerommet for besøkende hver lørdag

ettermiddag. Det serveres varm mat, brødmat, vafler, saft og kaffe. Det er folk tilgjengelige for en prat, og det er lystenning med musikk.

Medarbeiderne i prosjektet, både ansatte og frivillige, legger vekt på at gjestene skal møtes på en anerkjennende og inkluderende måte. Gjestene skal aksepteres som den de er. I *Værestedet Trefoldighet* er det stor takhøyde. Folk får komme som de er, de får god mat, og de kan settes seg ned for en prat hvis de ønsker det. Det er satt opp stoler og bord, og det er dekket pent på. For de som ønsker det, er det også mulighet for å overvære en kort andaktsstund med lystenning. Ingen pådyttes verken mat, samtale eller andakt, og det synes å være stor aksept for at de som kommer har ulike behov. Sentrumsdiakon og leder for prosjektet, Svein Arne Bergli, understreker dette i et intervju på nettsidene til Kirkelig Fellesråd i Oslo:

Erfaringene så langt viser at mange kommer regelmessig. (...) Tilbakemeldingene fra gjestene har så langt vært positive, blant annet fordi det er ingen som presses til noe de ikke vil selv (Kirkelig fellesråds nettsider 31.01.07).

Oppfølgingen av de frivillige, og kvalitetssikringen av dette arbeidet skjer i samarbeid med St. Hanshaugen frivillighetssentral.

I regi av *Sentrumsprosjektet* arrangeres også sosialt samvær med vafler for nye og ”gamle” beboere ved Fredensborg bosenter (som ligger i nabolaget til Trefoldighetskirken) hver torsdag kl 13 - 15. Her er det også filmklubb hver 3. torsdag.

Prosjektet ser ut til å ha etablert treffsikre tiltak for målgruppen. Oppslutningen om tiltakene er god, og antall besøkende er stadig økende. Arbeidet ledes av sentrumsdiakonen og diakonen i Trefoldighet menighet. Kommunens vurdering av *Sentrumsprosjektet* i årsrapporten for 2007 er:

Prosjektet når målgruppen gjennom sine tilbud og arbeider målrettet med utvikling av tiltak. Prosjektet oppretter og avvikler tiltak innenfor målsettingen basert på brukerbehov og/eller stor/manglende oppslutning – dvs: omstiller seg til andre typer tiltak der tiltakene mangler oppslutning. Prosjektet besitter

verdifull kunnskap i forhold til å etablere og drifte tiltak og tilbud til en målgruppe som nesten samtlige bydeler har meldt tilbake at de har problemer med å utarbeide tiltak til. Prosjektet har lagt til rette for erfaringsoverføring gjennom åpent seminar hvor bydelene kan delta (Årsrapport 2007).

Praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) og frivillige er representert i styringsgruppen for prosjektet.

Som tidligere nevnt har prosjektet tilrettelagt for at brukere kan bli frivillige og delta på lik linje med øvrige frivillige i prosjektet.

5.10.3 *Værestedet Trefoldighet*: Vurderinger, utfordringer

Værestedet Trefoldighet representerer et kjærkomment møtepunkt for ganske mange av Oslos mest svakstilte. Selv om tiltaket er åpent for alle, og ulike grupper kommer som gjester, er det liten tvil om at mange av brukerne hører inn under målgruppen til Storbysatsingen. På *Værestedet* kan brukerne komme som de er, få god mat og en prat om de ønsker det. Prosjektet kunne ha lagt mer vekt på identifisering av hjelpetrengende og forsøk på videreformidling til andre deler av hjelpeapparatet, men for en del av brukerne er trolig noe av attraksjonen med et tiltak som *Værestedet Trefoldighet* at folk kan komme som de er uten å bli ”pådyttet” annen hjelp.

Værestedet Trefoldighet har klart å etablere et svært godt samarbeid med et stort korps av frivillige. Dette samarbeidet mellom kirken, bydelen og frivillighetssentralen representerer en god modell for denne type tiltak for byens svakest stilte.

5.11 Psykisk helse i Oslo-skolen

Psykisk helse i Oslo-skolen er ett av de tiltakene i Oslo vi har sett nærmere på. I den sammenheng har vi både gått gjennom dokumenter og hatt intervjuer. Intervjuene har i hovedsak dreiet seg om prosjektets aktiviteter i pilotfasen, dvs. 2007, og det er utelukkende de tre skolene som var en del av dette arbeidet som er blitt kontaktet. Vi har ved hver skole snakket med de øverst

ansvarlige ved skolene (rektor, assisterende rektor eller inspektør). I tillegg har vi snakket med en sosiallærer, en helsesøster, alle de tre ved BUP som har vært involvert i arbeidet ved skolene, en representant for barnevernet i området og to ansatte i PPT. Videre har vi hatt to møter med leder, fungerende leder og ansatte i prosjektet. Vi har gjennomgått rapporteringen i prosjektet og korrespondansen mellom Oslo kommune, Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Helsedirektoratet i perioden 2005-2006.

5.11.1 Beskrivelse av prosjektet

Mål og målgruppe

Prosjektets hovedmål er å ”bidra til at elever med psykiske vansker og lidelser får et bedre læringsmiljø og bedre tilpasset opplæring”⁵.

I tråd med dette kan man si at målgruppen for prosjektet i siste instans er elever. Selve arbeidet i prosjektet er imidlertid ikke rettet mot elevene, men mot skolene og de ulike tjenestetilbudene som ellers finnes for elever/barn/ungdom. De ansatte i prosjektet har ingen direkte kontakt med elever.

Slik beskrives prosjektet i årsrapporteringen for 2007:

Prosjektet er rettet mot hvordan skolene selv kan arbeide med det psykososiale opplæringsmiljøet, tidlig identifisere psykiske vansker hos elevene, og i samarbeid med barnevern, skolehelsetjeneste, PPT og spesialisthelsetjeneste legge til rette for et bedre opplæringstilbud til denne målgruppen (Årsrapport 2007).

Slikt sett er prosjektarbeidets målgrupper skolene og hjelpeapparatet. Det er også disse som er samarbeidspartnere for prosjektet, og det er disse som kan gi en vurdering av hvor godt prosjektet har fungert for å styrke deres innsats overfor den egentlige målgruppen – elevene. En drøfting av hva prosjektet har bidratt med overfor målgruppen for storbymidlene – psykisk syke – vil derfor i hovedsak basere seg på hvordan disse samarbeidspartnerne vurderer sin eventuelt bedrede evne til å yte hjelp til

⁵ Prosjekt: Elever med psykiske vansker i Osloskolene. Oslo kommune, Utdanningsetaten 12/12-06, s.4.

målgruppen. Dette vil gjøres i neste avsnitt, men først skal prosjektet presenteres noe nærmere.

Forankring og innhold

Prosjektet er forankret i Utdanningsetaten i Oslo kommune, mens avdelingsdirektøren ved avdeling for elevforvaltning og planlegging (EFP) er ansvarlig for styring av prosjektet. Prosjektteamet er samlokalisert med deler av Oslo kommunes PPT - Pedagogisk-psykologisk tjeneste.

Prosjektet har hatt en pilotfase i 2007 hvor tre skoler har vært involvert. Skolene ligger i samme bydel og har vært samlet ved flere anledninger i regi av prosjektet. Pr desember 2008 omfatter prosjektet 24 skoler i 4 bydeler.

Prosjektet har fem delmål som oversiktlig formidler hva som er dets kjerneaktiviteter⁶:

1. Bistå skolene med å utarbeide en plan for å ivareta elevenes psykiske helse.
2. Lage en plan for kompetanseheving av PPT innenfor områdene psykisk helsevern, psykiske vansker og psykiske lidelser blant barn og unge.
3. Utvikle gode samarbeidsrutiner mellom skolehelsetjenesten, BUP, PPT, oppfølgingstjenesten og skolene.
4. Utvikle kartleggingsverktøy som kan bidra til å avgrense psykiske vansker mot psykiske lidelser samt andre sosiale vansker og lærevansker.
5. Utvikle arbeidsmetoder i forhold til hjelp, støtte og oppfølging av enkeltelever med psykiske vansker og lidelser innenfor et tverrfaglig perspektiv

Arbeidet har altså en internt rettet side med kompetanseutvikling i PPT (delmål 2) og en utadrettet side hvor prosjektet skal få andre aktører til å lage produkter og utvikle samarbeidsrutiner (delmål 1 og 3), og prøve ut verktøy og arbeidsmetoder (delmål 4 og 5). Prosjektet skal få på plass strukturer og møteplasser slik at resten av apparatet rundt elevene i skolen lettere ser hvilke elever som har behov for hjelp og mer effektivt kan yte disse hjelp.

⁶ Prosjekt: Elever med psykiske vansker i Osloskolene. Oslo kommune, Utdanningsetaten 12/12-06, s.4.

Arbeidet med delmål 2 innebærer å systematisere de erfaringene ansatte i PP-tjenesten har gjort i arbeidet så langt og å tenke fremover hvordan de vil ha det og hvordan de kan komme dit. Arbeidet gjøres i en arbeidsgruppe bestående av ansatte ved PP-tjenesten generelt, og denne gruppen drives av prosjektets folk. Arbeidet har i hovedsak pågått høsten 2008.

Delmål 1 og 3 handler om prosessen med å lage planer og få på plass tiltak, mens delmål 4 og 5 handler om de iverksatte tiltakene og hva man lærer av dem. Det er aktørene i nettverket, som lærerne, PPT, barnevernstjenesten og BUP, som skal få bedre arbeidsverktøy. Målet innebærer å systematisere og trekke kunnskap fra de erfaringene som gjøres nå i prosjektfasen.

Vi skal se litt nærmere på arbeidet med særlig delmål 1 og 3-5.

En hovedtilnærming i prosjektet er en metode som kalles dialogkonferanse hvor berørte aktører møtes, identifiserer nødvendige handlinger og forplikter seg til gjennomføring. Ved oppstart med nye projektskoler, møtes skolenes rektorer, sosiallærere og helse-søstre til heldagsseminar sammen med barnevernstjenesten i området, lokalt BUP, barne- og ungdomsteam (BUT) og skoleansvarlige i PPT. Målet med møtet er å sammen komme frem til en plan for arbeidet knyttet til psykisk helse i skolen, få innsikt i de andre gruppenes arbeidsforhold, og å forplikte alle til å gjennomføre det de har planlagt sammen for skolen.

Arbeidet bygger på en modell for å gripe problemer i forhold til psykisk helse hvor det skilles mellom ulike nivåer i en pyramideform. Nederst i pyramiden er fokus på hele elevpopulasjonen og tiltak som møter disse behov, midterste nivå har fokus på elever i risikozonen og tiltak for disse, mens øverste nivå fokuserer på elever med kjente symptomer og kjennetegn hvor det trengs individuell oppfølging.⁷

De tre pilotkolene hadde det første seminaret i februar 2007. Da var alle de forskjellige aktørene i skolen og tjenesteapparatet til stede. De forskjellige aktørene presenterte seg, prosjektet ble presentert og man startet opp arbeidet med å lage en plan.

⁷ Se <http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/psykiskhelse/>

Neste samling var i juni 2007. Da satt alle partnerne sammen og skulle finne aktiviteter som skulle inn i planen. Flere av deltakerne, særlig rektorene, hadde med forslag til aktiviteter. Alle deltakerne hadde idémyldring, og det ble satt tidsfrister. Prosjektets rolle var å tilrettelegge. Prosjektets folk la noen rammer for innhold som en av våre informanter betegner som strukturerende og kunnskaps-givende (Intervju 20.12.07). De fungerte som veiledere i prosessen, og de hadde leid inn en prosessleder for å tilrettelegge.

Alle pilotkolene hadde planer på plass før sommeren 2007.

Eksempler på tiltak ved disse skolene er⁸:

- Utvidede ressursteam møter hvor skole og PPT (ordinære deltakere i ressursteam) i tillegg har hatt deltakelse av helsesøster, BUP, sosialkontor og/eller barnevern
- Gruppeveiledning på case lagt frem av lærere (anonymiserte elevcase legges frem for generell vurdering i forhold til alvorlighetsgrad av for eksempel BUP eller PPT - case-veiledning)
- Samtalegrupper rettet mot spesielle målgrupper (for eksempel gruppe for stille/forsiktige elever/elever utsatt for mobbing)
- Utvikle verktøy for strukturert observasjon av elevers samhandling i teamarbeid med sikte på å tilrettelegge for differensiert opplæring og identifisere elevens utviklingsområde
- Kurs/opplæring i psykisk helse for alle lærere på skolen
- Kurs/opplæring i forhold til tidlig avdekking av psykiske vansker for sosiallærer og miljøarbeider

Ansvar for oppfølging av tiltakene i planene har ligget delvis i skolen og delvis i resten av apparatet. Prosjektets folk har imidlertid også vært involvert i gjennomføringen av de ulike tiltakene ved å være tilstede, gi bistand til gjennomføringen, gi oppfølging, være rådgivere og observatører. De har også vært pådrivere utenfra og etterspurt gjennomføring av tiltakene.

⁸ Skolenes handlingsplaner

Historikk og fremtidsplaner

Prosjektet kom i gang relativt sent med formell oppstart 1. oktober 2006. I desember 2006 forelå en prosjektbeskrivelse som grundig redegjør for mål for prosjektet og organiseringen. Prosjektet har en varighet på tre år.

Oslo kommune hadde allerede ved oppstarten av arbeidet med Storbysatsingen et ønske om at midler skulle kanaliseres til denne sektoren, og at det skulle etableres ett eller flere prosjekter i Utdanningsetaten for å styrke arbeidet rettet mot psykisk syke elever. De to første skissene til prosjekter ble imidlertid avvist av Fylkesmannen med begrunnelsen om at de ikke traff målgruppen eller intensjonene med Storbysatsingen. I første søknad skulle prosjektet være en styrking av PPTs arbeid med barn og unge med psykiske lidelser. I juli 2005 het det foreslåtte prosjektet ”Byomfattende, ambulant team for unge innvandrere/flyktninger med psykiske vansker”. Det var tenkt at et ambulant team skulle bistå skolehelsetjenesten, PPT, oppfølgingstjenesten for videregående skole og skolens ressursteam for å utrede/kartlegge elever med psykiske vansker. Fylkesmannen ga sin tilslutning til prosjektet. Prosessen innad i Oslo kommune var imidlertid ikke avsluttet. I oktober 2005 ble det kommunisert fra Oslo kommune til Fylkesmannen at PPT er prosjekteier og vil organisere prosjektarbeidet. Tittelen på prosjektet var nå ”Byomfattende oppfølgingsteam for skoleelever med psykiske vansker” – se tabell under som oversikt over prosjektforslagenes titler fra 15/3-05 til 22/2-07.

Tabell 5.4 *Navn på prosjektforslag knyttet til Utdanningsetaten*

Dato	Prosjektnavn
15/3-05	Styrking av ressurser til PP-tjenestens arbeid med barn og unge med psykiske lidelser.
13/4-05	”PP-tjenesten inn i krisesentrene.”
4/7-05	”Byomfattende, ambulant team for unge innvandrere/flyktninger med psykiske vansker”
29/8-05	”Byomfattende team for unge innvandrere/flyktninger med psykiske vansker”
5/10-05	”Byomfattende oppfølgingsteam for skoleelever med psykiske vansker”.
9/5-06	Fremdeles ”Byomfattende oppfølgingsteam for skoleelever med psykiske vansker”.
12/12-06	”Elever med psykiske vansker i Oslo skolene”
22/2-07	”Psykisk helse i Oslo skolen”.

Om de siste endringene i 2006 skrives det i årsrapporteringen for 2007:

I utgangspunktet hadde prosjektet planer om å organisere dette som et oppfølgingsteam som skulle bistå skolene. Dette er endret. Styringsgruppa for prosjektet vedtok endret prosjektplan høsten 2006. Denne prosjektplanen ligger til grunn for søknad 2007, rapport 2007 og søknad for 2008. Det er ikke gjort endringer i organisering, målgruppe eller samarbeidspartnere etter dette (Årsrapport 2007).

Selv om tiltaket er organisert som et prosjekt og etter planen skal avsluttes i 2009, er det forventet hos prosjektledelsen at arbeidet skal videreføres (Intervjuer 12.10.07 og 28.11.08). Store deler av prosjektet er et oppstartsarbeid for å etablere nye samarbeidsmåter, -rutiner og -arenaer. Når man først har etablert arenaene og relasjonene vil det være lite ressurseffektivt å ikke opprettholde disse. I henhold til halvårsrapporteringen for 2008 har man begynt integreringen av arbeidet i den ordinære virksomheten i etaten.

Ressursbruk og kompetansebakgrunn hos de ansatte

Tiltaket finansieres utelukkende av midler fra Storbysatsingen. Prosjektet ble startet opp i oktober 2006, men det ble brukt lite

midler det året. Det ble derfor overført 5,2 millioner kroner fra 2006 til 2007. Frem til sommeren 2007 var det kun to ansatte, men fra oktober 2007 har bemanningen vært fulltallig i henhold til opprinnelig plan på fem personer. Det ble brukt 2,87 millioner kroner i prosjektet i 2007. I 2008 ble det tildelt 4,95 millioner kroner. Fra høsten 2008 og ut 2009 skal det jobbe seks personer på heltid.

De ansatte i prosjektet har en variert utdannings- og praksisbakgrunn: to sosiologer, en spesialpedagog, en pedagog, en allmennlærer og en barnevernspedagog. Disse har erfaring fra arbeid blant annet i barnevern, miljøarbeid, psykiatrien, skolen og PPT.

Oslos øvrige tilbud – hvordan passer dette inn?

Prosjektets arbeid og aktiviteter representerer en ny og annerledes satsing på feltet. Styrking av arbeidet med psykisk helse i skolen er tematisert i Oslo kommunes handlingsplan for psykisk helsearbeid 2004-2008. Her blir det hevdet at PPTs rolle i det psykiske helsearbeidet har vært begrenset til elever som har lærevansker, og at skolen som arena for det psykiske helsearbeidet ikke er godt nok utviklet. Det blir derfor fremhevet som ønskelig med et bredere tverretattlig samarbeid mellom bydel, skole, PPT og Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).⁹ Prosjektet kan sies å være et svar på disse utfordringene.

I møte med NIBR understreket fungerende prosjektleder at det ikke tidligere har eksistert en arena hvor omsorgsaktører som har kjent uro for en del barn har kunnet drøfte forholdene, se det fullstendige bildet og se hjelpebehovet klarere (Intervju 12.10.07). Mangelen av en slik arena bekreftes av de andre informantene. Tiltaket har derfor representert et nytt grep for å møte behovet i Oslo for bedre samarbeid.

Prosjektet har også fokus på opplæring av lærere til å bedre forstå tegn på psykiske vansker hos barn, og representerer en utvidelse av kompetansen i barns nettverk.

⁹Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004-2008, s. 24

5.11.2 Prosjektet og målene fra Hurtigarbeidende gruppe

Identifisering og videreformidling er en svært sentral del av prosjektet

Nye ukjente

At nye mennesker med behov for hjelp skal nås er et svært sentralt mål for Storbysatsingen. I prosjektet *Psykisk helse i Oslo-skolen* er dette også helt sentralt. Modellen som er utgangspunktet for arbeidet og som gir teoretisk ramme for tiltakene, tar utgangspunkt i forebyggende arbeid. Tidlig intervensjon gjennom et godt blikk for hvilke elever som står i fare for å få problemer er grunnleggende i arbeidet i disse skolene. Prosjektledelsen forteller at man i prosjektet forventer en økt forekomst av saker som resultat av det sterkere fokuset og at dette vil vedvare helt til effekten av forebygging blir synlig (Intervju 12.10.07).

Et verktøy som brukes av pilotskolene for å finne frem til barn med behov på et tidligere tidspunkt, er registrering av egen ”uro” overfor et barn som spilles ut i møte med andre som kommer i kontakt med barnet. Uro er mindre formelt enn ”bekymring”, og det nye begrepet medfører en lavere terskel for å dele sin opplevelse av et foruroligende forhold, sier en informant (27.08.08). Han er særlig begeistret for de utvidede ressursteam møtene hvor barnevernet, BUP, PPT, sosialkontoret og skolen ved rektor, assisterende rektor og sosiallærer møtes og drøfter barn som en eller flere føler uro for. Dette skjer anonymt og representerer en ny arena hvor disse ressurspersonene kan se på en situasjon sammen og gripe inn med forebyggende tiltak tidligere. Før denne arenaen ble etablert var det først når man hadde etablert en ansvarsgruppe rundt et barn med vedtak at alle disse personene kom sammen for å se på barnets situasjon.

I forhold til målgruppen ”alvorlig psykisk syke” mener denne informanten også at det utvidete samarbeidet, som er et resultat av prosjektet, vil gjøre at de med behov vil kunne fanges opp noe tidligere, og at de som er i grenseland mht. psykisk sykdom blir fulgt opp før (Intervju 27.08.08).

Arbeidsverktøyet knyttet til registrering og melding av ”uro” trekkes også frem av andre som viktig for at skolen skal oppdage

elever med psykiske vansker tidligere (Intervju 05.02.08). Generelt ser vår studie ut til å bekrefte at prosjektet vil kunne medføre at elever med psykiske vansker vil sees lettere av lærere og kunne tilbys hjelp av dem og andre på et tidligere stadium.

Antall "brukere"

I prosjektets halvårsrapportering for 2008 står det at "flere elever i skolen med problemer og vansker er fanget opp og fått hjelp hos rett(e) instans(er)."

En av rektorene fortalte om status i desember 2007 at de hadde henvist ett barn videre og har 8-10 de vil håndtere med lavterskeltilbud. I forhold til målgruppen i storbysatsingen opplever denne informanten at innsatsen deres medfører at de finner barna tidligere og forebygger at de skal bli tunge hjelpetrengende senere. Hun opplever at arbeidet treffer godt i forhold til det behovet de har i skolen. (Intervju 20.12.07).

En annen av våre informanter forteller om øket pågang av elever, og opplever at prosjektet har ført til at hun har fått synliggjort til resten av apparatet hva hun kan gjøre (Intervju 02.09.08)

Et paradoks i dette er imidlertid at det i hjelpeapparatet også finnes tjenesteleverandører som opplever seg som så fullbooket at de ikke ønsker mer etterspørsel (Intervju 28.11.08). Det trekkes også frem som et suksesskriterium at man ved å sette inn tiltak tidligere unngår innsøking til BUP (Intervju 05.02.08).

Spennet i typen hjelp som ytes som resultat av prosjektet er stort – fra at lærene forstår elever bedre og møter dem på en riktigere måte, til at elever som trenger ekstern hjelp blir henvist. Det er ikke mulig å fastslå hvor mange elever som blir fanget opp nå i forhold til hva som ville vært resultatet uten tiltaket, men vår studie indikerer at deltakerne opplever at tiltaket er et skritt i riktig retning for å fange opp elever med behov på en bedre måte.

Andre grupper enn målgruppa?

Store deler av de arbeidsmetodene som utvikles i prosjektet og det man bruker tid til er knyttet til barn med relativt store problemer. Målet er å finne dem tidligere og gi dem et tilbud som forebygger negativ utvikling. Prosjektet er imidlertid ikke begrenset til denne gruppen elever, og gjennom å fokusere på skolenes ansvar for hele

elevpopulasjonen blir også barn som ikke er alvorlig psykisk syke omfattet av tiltak. Det ligger også i det forebyggende arbeidets natur at man vil sette inn tiltak før det blir en alvorlig situasjon. Slik sett kan man si at tiltaket når andre enn brukerne i den definerte målgruppen. I utgangspunktet skulle også innsatsen i Storbysatsingen rettes inn mot voksne og ikke barn. Imidlertid er dette prosjektet som er rettet mot barn og unge en satsing som Oslo kommune ønsket og så et klart behov for.

Sikring av videre oppfølging

Når det gjelder sikring av videre oppfølging for elever med behov for hjelp, så er det i kjernen av dette prosjektets hensikt. Tanken bak tiltaket er å sørge for mer samtidighet slik at de ulike delene av tjenesteapparatet sammen kan legge opp et løp med oppfølging av riktig instans.

Gir prosjektet god, kompetent hjelp til denne brukergruppen?

Prosjektets innsats er ikke rettet mot storbysatsingens brukergruppe direkte, men skal bidra til at barn og unge får et bedre tilbud av de andre aktørene i nettverket rundt elevene. Vi skal se litt nærmere på hvordan disse aktørene selv mener prosjektet har bidratt til deres hjelp til brukergruppen.

God hjelp?

En av rektorene er veldig fornøyd med prosjektet og måten man har jobbet på – hun mener det er en god måte for hennes skole å prøve ut tiltak. Det har endret hennes måte å jobbe med dette saksfeltet ved at lærerne er blitt mye mer involvert. Mens lærerne ved andre tilnæringsmåter ser det som spesialistkompetansens ansvar, har de nå en opplevelse av at de selv har en rolle (Intervju 20.12.07).

Denne informanten forteller også at lærerne verdsetter å kjenne bedre til hjelpeapparatet omkring elevene, og at det gjør deres jobb i dette enklere.

Helsesøster trekker frem at helsetjenesten alltid har hatt et sterkt fokus på psykisk helse fordi det fysiske og det psykiske henger sammen. Det nye er at skolehelsetjenesten er blitt mer synlig for de andre aktørene, slik at de har fått nye arenaer å jobbe på. Hun

mener også at de andre aktørene har fått mer fokus på psykisk helse gjennom det arbeidet som er igangsatt med prosjektet (Intervju 02.09.08).

Ved en annen skole sier prosjektansvarlig at det skolen primært trenger i forhold til psykisk helse for elevene, er bedre hjelp fra BUP, dvs. mer psykiatrifaglig hjelp. Like fullt trekker informanten frem at prosjektet har bekreftet for henne at de var på rett vei og at det de gjorde var bra. Deltakelsen har styrket det arbeidet de allerede hadde lagt ned på dette feltet. Hun er også begeistret for pyramiden som er en del av prosjektets teoretiske rammeverk, og sier den fungerer godt i forhold til å identifisere behov og tiltak overfor forskjellige elever og problemer (Intervju 11.01.08).

Den delen av prosjektets arbeid som går ut på å gi lærerne bedre kompetanse kom relativt sent og sakte i gang på pilotskolene, slik at det da intervjuene ble foretatt forelå en del planer om kompetanseheving som ikke var gjennomført. Arbeidet med å systematisere erfaringene fra dette arbeidet (prosjektets delmål 5) er heller ikke kommet så langt at man pr ultimo 2008 kan beskrive måloppnåelsen i særlig grad.

Også arbeidet relatert til PP-tjenestens kompetanse (delmål 2) var kommet kort da vi hadde informasjonsinnhenting. Prosjektet innebærer ikke endringer i PPTs arbeidsarena på samme måte som for de andre aktørene, men en klar positiv erfaring var at PPT generelt får en øket bevissthet mot psykisk helse (Intervju 28.08.08).

En gjennomgående problemstilling hos informantene er at de opplever at de har for lite tid til sine kjerneoppgaver overfor elever med behov for hjelp. Flere av tjenestene har ventelister, og de skulle gjerne fulgt opp brukerne enda tettere. Hvordan tiden deres brukes knyttet til dette prosjektet blir derfor viktig. Mange av dem vi snakket med opplevde at det var flere sider ved prosjektet som var i overkant tidkrevende for dem. Flere trakk frem at dialogkonferanse tar svært mye tid, og det ble uttrykt at verktøyet caseveiledning er en tidkrevende arbeidsmetode som de var usikre på om de kunne prioritere i fremtidig arbeid.

Imidlertid ser alle aktørene vi har snakket med ut til å mene at prosjektet enten innebærer eller har potensial til å innebære, at elevene får bedre hjelp av hjelpeapparatet – både ved lærernes økte

kompetanse og ved bedre kontakt og forståelse mellom instansene. Verktøyet med å registrere ”uro” for elevene ser ut til å treffe særlig godt.

Arbeides det mot helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Tiltaket er orientert mot nettopp samtidighet og samarbeid i forhold til elevene med behov for hjelp. De involverte, både ved skolene og ellers i nettverket, er unisone i at dette er en veldig styrke i prosjektet. Selv om noen av skolene mener deler av denne kontakten til en viss grad var etablert, ser de alle at bedre kommunikasjon og kjennskap til hverandres arbeid er en stor styrke.

Ved en av skolene trekker de fram at prosjektet slik det blir gjennomført er godt i forhold til å få instansene til å forplikte seg. Behovet for samtalearenaer og for samlokalisering er stort. At det er skolene som må drive arbeidet fremover, synes informantene er helt greit og naturlig (Intervju 11.01.08).

Helsesøster synes det har vært veldig bra å bli nærmere integrert i skolen. I utgangspunktet opplever hun at helsesøstre på skolene er veldig usynlige for skolen. De har ikke samme ledelse som skolen og er derfor ikke involvert. Før prosjektet startet visste hun ikke hva ressursteamet var, mens hun nå er involvert i arbeidet. Det som diskuteres i ressursteamene angår også henne for det er de samme barna hun jobber med som diskuteres der. Det er derfor godt å høre hva som blir gjort i andre instanser. Helsesøster har også tidligere deltatt i ansvarsgrupper, men disse etableres på et senere tidspunkt hvor barna er i ferd med å få et tilbud (Intervju 02.09.08).

Flere aktører forteller også at det er blitt lettere å få kontakt med og hjelp fra BUP ved å gjøre bruk av uformell konsultasjon i ringetiden deres og diskutere den aktuelle eleven anonymt.

I prosjektet har det blitt ekstra synlig at taushetsplikten har vært til hinder for å gi elevene et helhetlig tilbud. Flere aktører og prosjektet sentralt jobber derfor med å innarbeide at hjelpeapparatet som blir involvert rutinemessig ber om samtykkeerklæring fra eleven eller den foresatte (Intervju 28.11.08). De har erfaring for at dette ofte møtes positivt og at det gjør arbeidet lettere.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

I og med at dette prosjektet har liten kontakt med de endelige brukerne av prosjektet – elevene – er ikke brukermidvirkning svært sentralt i forhold til selve arbeidet i prosjektet. Det kan trekkes inn i forhold til det arbeidet de andre instansene gjør overfor elevene, men å belyse hvordan BUP eller PPT gjennomfører brukermidvirkning faller utenfor dette notatet.

Prosjektet har imidlertid involvert elevene noe: Elevene i videregående skole, ved elevrådet, har vært inkludert i arbeidet både i dialogkonferansene hvor handlingsplaner og tiltak utformes, og de har deltatt i arbeidsgruppene som følger opp gjennomføringen av tiltakene. Prosjektets folk forteller at elevene har kommet med gode forslag til tiltak. Det ser også ut til at deres tilstedeværelse i arbeidsgruppene medfører mer elevfokus i diskusjonene og en demping av tendensen til at de ulike aktørene kritiserer hverandre (Intervju 28.11.08).

Et forslag som noen elever har kommet med er at både BUP og PPT presenterer seg for elevene og forteller hva de kan hjelpe med, slik at elevene blir mer klar over hvilke tilbud de har. Forslaget indikerer at brukerne ønsker mer kunnskap om tjenestene som finnes for dem. Hvordan dette er blitt mottatt hos tilbyderne av tjenestene er usikkert.

5.11.3 *Psykisk helse i Oslo-skolen: Oppsummering*

Prosjektet kom sent i gang i forhold til de fleste andre tiltakene i Storbysatsingen, og har i hovedsak vært i aktivitet siden starten av 2007. Det skal løpe ut 2009.

Prosjektet har hatt en pilotfase med tre involverte skoler i 2007 og blitt utvidet til 24 skoler i løpet av 2008. Erfaringene fra pilotfasen er brukt til å få et tettere opplegg på plass for de neste skolene.

Oppsummeringsvis kan det sies at prosjektet har følgende tydelige styrker:

- Det er etablert nye arenaer for samarbeid som aktørene verdsetter
- Det er blitt lavere terskler for kontakt mellom ulike instanser

- Aktørene har fått bedre innsikt i de andres arbeidssituasjon og hva de kan tilby, og har derfor bedre forutsetninger for å skape gode tilbud til brukerne
- Oslokolene får med dette et system som skal sikre at det fokuseres på psykisk helse i alle skoler, noe som er en helt ny kvalitet og som kan innebære både bedre omsorg og bedre opplæring i skolen
- Hvis satsingen lykkes i å forebygge alvorlig psykisk sykdom, innebærer det en bedre hjelp for den aktuelle brukergruppen enn om de skulle få behandling når sykdom har etablert seg

Pilotskolenes erfaring kan oppsummeres med at de har blitt styrket i sin mulighet til å gjøre en innsats på feltet, men tiltaket har ikke utløst så mye konkret ekstra hjelp i forhold til elever med behov som de hadde håpet.

I forhold til målene i storbysatsingen har prosjektet hele tiden ligget litt på siden av det som ble definert som kjernen i satsingen blant annet fordi det er et systemutviklingstiltak som ikke er direkte rettet mot brukere, og fordi det er et tiltak rettet mot barn og unge. Like fullt har prosjektet flere trekk som korresponderer godt med intensjonene i satsingen, blant annet fokuset på å nå nye grupper og å skape helhetlige tilbud.

Utfordringer for videre implementering av tiltaket

Det er mange utfordringer i forhold til tiltakets videre implementering. For det første kan forankring av et nytt initiativ alltid være utfordrende, og dette prosjektet er helt avhengig av at skolene ønsker å gjennomføre det for at det skal kunne realiseres. Forankring som utfordring trekkes også frem av prosjektet selv i halvårsrapporteringen for 2008.

Videre må samarbeidspartnerne både ha ønske om å delta i arbeidet og også mulighet til det ressursmessig. Sistnevnte har i noen grad vært tema i prosjektet hvor flere instanser har antydnet at de ønsker å skjerme etterspørselen etter sine tjenester. En side ved dette er at disse instansene ikke måles på hvor godt de driver forebyggende arbeid eller hvordan de veileder og samarbeider med andre aktører. Tvert i mot måles de på hvor lange ventelister de har på de tjenestene de er pålagt og antall barn/unge de hjelper.

Tid er en knapphet i dette bildet, og tiltaket kan risikere å bli nedprioritert.

En utfordring som uttrykkes fra en informant er at de gode relasjonene som er skapt skal forsvinne når prosjektet ikke drives like aktivt lenger (Intervju 27.08.08). Det er altså en fare for at videreføring av satsingen ikke skal fungere like godt når arbeidet er integrert i den ordinære aktiviteten i etaten/skolene heller enn å drives av en prosjektgruppe.

Prosjektet har året 2009 til å utvikle opplegget videre, forankre det i ordinær struktur og samle erfaringer om arbeidsmetoder og verktøy. Det langsiktige målet er at satsingen skal innføres i alle kommunens skoler fra grunnskolen og opp.

5.12 Akutteamet Oslo Legevakt

Akutteamet som holder til ved Oslo Legevakt, er et av de tiltakene vi ser nærmere på. Selve enheten *Akutteamet* har vært halvt finansiert av storbymidler fra 2006, og har oppgaver som rekker lenger enn tiltaket som er en del av Storbysatsingen. Tiltaket i Storbysatsingen het lenge Psykososialt team. *Akutteamet* videreføres etter prosjektperioden med finansiering fra kommunen.

5.12.1 Beskrivelse av tiltaket

For å kunne beskrive tiltaket nærmere har vi gjennomført flere intervjuer med ansatte, brukere og samarbeidspartnere. Leder og fungerende leder er intervjuet i et møte og seks ansatte er intervjuet i et gruppeintervju. Vi har også intervjuet tre brukere av *Akutteamet*, samt leder for Psykiatrisk legevakt ved Oslo Legevakt og operasjonsleder med et spesielt ansvar for psykiatri i Oslo-politiet. Vi har videre gjort en gjennomgang av tilbudet ved Oslos DPS'er basert på informasjon på nettsider og telefoner til DPS'ene. Også søknadsdokumentene til prosjektet, årsrapporteringene og en egen rapport om *Akutteamets* oppdrag i 2006 er gjennomgått.

Mål og målgruppe

I prosjektbeskrivelsen fra desember 2005 står det følgende om hovedmålet til Psykososialt team:

Gi tilbud om akutt hjelp ved psykiske og psykososiale lidelser der det er behov for hjelp til vagabonderende ute i byen eller i hjemmet. Dvs. til personer som har mangelfulle eller ingen faste kontaktpunkter i kommunens hjelpeapparat eller i spesialisthelsetjenesten. Tjenestens mål er å bidra til at krisen ved tidlig intervensjon begrenses, eller at adekvate tiltak iverksettes.

Tiltaket er byomfattende og har som mål å bedre tilbudet til befolkningen utenfor åpningstiden til bydel/spesialisthelsetjenesten, og på den måten styrke Oslos døgkontinuerlige tilbud.

I tillegg gis det fire delmål som angir at det skal etableres en vaktbase med god tilgjengelighet på telefon, hvor pasienten får tilbud om hjelp i løpet av inneværende vakt, og hvor man ved prioriterte oppdrag skal yte hjelp innen én time. Det fjerde delmålet er at det skal utvikles gode rutiner for overføring og oppfølging av pasienter i bydel/ sektor.

Slik presenteres dagens Akutteam på nettsidene til Oslo legevakt:

Akutteamets primæroppgave er å dekke Oslo bys behov for akutt hjelp på kveld, natt og i helgene. *Akutteamet* gir et lavterskeltilbud med mål om å gi tilbud innen gjeldende vakt eller før.¹⁰

Akutteamet har altså ikke en avgrensning til psykiske og psykososiale lidelser slik prosjektbeskrivelsen til psykososialt team har. Tilsvarende favner målgruppen for *Akutteamet* videre enn den gruppen storbymidlene skulle nå. Slik presenteres målgruppen på nettsidene:

Akutteamet hjelper pasienter og pårørende innen eldreomsorg, somatikk, psykiatri og sorg/krisearbeid.

Legevakten hadde fra før 2005 et nødhjelpsteam som ikke var i drift om natten. Leder for *Akutteamet* forteller at man med storbymidlene fikk mulighet til å utvide denne tjenestens tider og dermed etablere noe man visste det var stort behov for. Det nye psykososiale teamet skulle være i drift om kvelden og natten, og

¹⁰ www.legevakten.oslo.kommune.no/hjelp_der_du_bor/psykososialt_team/

det ble besluttet å slå sammen de to teamene til ett team fra våren 2006 (Intervju 26.10.07). Dagens Akutteam favner både det tidligere nødhjelpsteamets målgrupper og målgruppen i tiltaket som finansieres av storbymidlene.

I *Akutteamets* to rapporteringer for storbymidlene for 2006 og 2007 forholder man seg til den opprinnelige målgruppen for psykososialt team – ”personer med akutte psykiske og psykososiale problemer”¹¹. I årsrapporteringen for 2006 skrives det at tiltaket har tre målgrupper:

Mennesker med psykiske lidelser, mennesker med psykososiale problemer og mennesker som har sammensatt problemstilling og vansker med å nyttegjøre seg det etablerte hjelpeapparatet (Årsrapport 2006: 3).

I rapporteringen for 2007 redegjøres det for hvor mye kontakt *Akutteamet* har hatt med hver av gruppene. Mennesker med psykiske lidelser er den gruppen som har medført størst antall pasienter i kontakt med teamet – 51 % av pasientene har psykiske lidelser. Ca 12 % av pasientene er mennesker med psykososiale problemer. Den tredje gruppen – mennesker som har sammensatt problemstilling og vansker med å nyttegjøre seg det etablerte hjelpeapparatet – er færre i antall, men legger beslag på mye tid hos *Akutteamet* fordi de har en mye større hyppighet i bruk av tjenesten. Dette er, i henhold til årsrapporteringen, mennesker med sammensatte problemer, ofte med kombinasjonen rus og psykiatri, og noen med personlighetsforstyrrelser og alvorlige psykiske lidelser. En del av gruppen betegnes som multibrukere, dvs. mennesker som mottar betydelig oppfølging av primærapparatet samtidig som de er storbrukere av alle nødetatene og sykebesøksordningen.¹²

I 2007 gjennomførte teamet en registrering og gjennomgang av alle psykososiale oppdrag de hadde hatt i 2006. Det ble utarbeidet en rapport som gir god oversikt over hvem som bruker tjenesten og

¹¹ Brev fra Oslo kommune, Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester, til Fylkesmannen i Oslo og Akershus 15/3-05

¹² Årsrapporteringen 2007 s. 3

hva henvendelsene gjelder.¹³ Noen av resultatene blir referert i det følgende.

Akutteamet hadde, i henhold til årsrapporteringen for 2007, 9296 oppfølginger det året. Av disse var 62 % rettet mot psykososiale eller psykiatriske problemstillinger, mens 38 % var rettet mot somatiske problemstillinger. I følge journalgjennomgangen i 2006 er det særlig på dag- og kveldsvaktene at somatiske henvendelser utgjør en betydelig del av *Akutteamets* arbeid. På nattevaktene tar ikke *Akutteamet* somatiske oppdrag (Årsrapport 2007: 29).

Om aktiviteten i 2008 forteller lederen at det har vært et klart mål å redusere antall telefoner og å ha økt fokus på å møte pasienten ute. Resultatet er ca 1000 kontakter mindre. Samtidig er antall timer pasientbehandling økt med ca 1000 fra 2007 til 2008 til tross for færre oppdrag.¹⁴

Forankring og innhold

Tiltaket er knyttet til avdeling for utadrettede tjenester ved legevakten i Oslo og samarbeider tett med psykiatrisk legevakt og sosial vaktjeneste.¹⁵

Akutteamet jobber ”ute” og på telefon. ”Ute” omfatter alt som håndteres utenfor teamets vaktrom og vil vanligvis være hjemme hos pasienten eller annet sted der pasienten oppholder seg.

Pasientkontakt i Legevaktens lokaler defineres også som ute.¹⁶

Akutteamet betegnes av lederen som et sikkerhetsnett for folk i byen. Han forteller at de har et stort spekter av oppdrag (Intervju 26.10.07):

- Følgeoppdrag ved innleggelser
- Selvmordsproblematikk

¹³ Prosjektrapport – gjennomgang av journaler for 2006. Akutteamet. Upublisert.

¹⁴ E-post fra leder 21.01.09

¹⁵ Sosial vaktjeneste er sosialkontorenes døgntilbud i Oslo.

http://www.legevakten.oslo.kommune.no/legevakten_i_storgata_40/sosial_vaktjeneste/

¹⁶ Prosjektrapport – gjennomgang av journaler for 2006. Akutteamet. Upublisert. S. 23

- Akutte kriser (for eksempel ved ulykker eller spesielle dødsfall blant nærmeste)
- Psykiatrisk sykdom
- Psykososiale kriser
- Videreformidling

I henhold til journalgjennomgangen var det gjennomsnittlig 10 psykososiale henvendelser pr. døgn i perioden 1. april – 31. desember 2006 (tjenesten var da oppe i full drift). I rapporten er psykososiale problemstillinger delt i fem typer; rus, psykiske problemer, selvmordsproblematikk, krise og annet. Den største gruppen er 'psykiske problemer' som 2876 av 3367 henvendelser (85 %) dreide seg om. Det utdypes slik i rapporten:

Her menes klienter med ulike typer psykiske symptomer eller plager; akutt eller ikke-akutt. Tilstander kan for eksempel være depresjon, ulike angsttilstander, forvirring og selvskading. Bruker kan ha kjent psykisk sykdom eller nylig oppstått psykisk sykdom.¹⁷

I et flertall av disse tilfellene ytes hjelp pr. telefon heller enn ved hjemmebesøk. Noen av de som får hjelp ved telefon i første omgang får senere hjemmebesøk (ved f.eks. ny henvendelse vaktet etter).

I henhold til journalgjennomgangen var 873 av 3367 henvendelser i 2006 (26%) knyttet til selvmordsproblematikk. Ved selvmordsfare forteller de ansatte at et typisk forløp er at pasienten selv eller en pårørende ringer og opplyser om krisen. Ofte drar da to ansatte hjem til vedkommende. Hvis de vurderer det som nødvendig, tar de pasienten til legevakten, og en lege der vurderer om det er nødvendig med innleggelse på sykehus. De ansatte i *Akutteamet* gjør ikke denne typen vurderinger. (27.05.08) Over halvparten av henvendelsene om selvmordsfare kommer om natten.¹⁸

¹⁷ Prosjektrapport – gjennomgang av journaler for 2006. Akutteamet. Upublisert. side 11

¹⁸ Prosjektrapport – gjennomgang av journaler for 2006. Akutteamet. Upublisert. Side 17

Akutteamet har en grenseflate mot psykiatrisk legevakt, og om kvelden vurderer de ansatte om brukerne/pasientene skal videreformidles dit. Teamet selv har ikke psykiatere og psykiatriske sykepleiere i sin stab, men den kompetansen finnes hos psykiatrisk legevakt. De stenger imidlertid kl. 23, og tar ikke pasienter inn etter kl. 22. Multibrukerne tar som regel kontakt om natten, og da er det ikke noe annet sted å henvende seg.

Lederen for teamet forteller at det kun er to leger som kjører legevakt i Oslo om natten, og at det er behov for en annen type tilbud i tillegg som ikke krever medisinsk kompetanse. Før *Akutteamet* ble opprettet ble en del av målgruppen deres vist til sosial vaktjeneste, mens en del av dagens brukere tidligere ikke fikk hjelp. Deres brukere la også beslag på legevaktlegenes tid tidligere, hvor disse avga 15 minutter til pasienten. Nå er det personale med mer tid som kan være der for brukeren på en annen måte, og lederen for *Akutteamet* mener dette handler om å bruke ressursene bedre. (Intervju 26.10.07)

Historikk/prosessen mot etablering av tiltaket

I søknadene på storbymidlene har tiltaket fra start av vært prioritert øverst fra Oslo kommunes side. Tiltaket har endret navn gjennom både søknads- og driftsperioden, men innholdet i tiltaket har i hovedsak vært vedvarende. Tiltaksbeskrivelsene innledningsvis var noe mer orientert mot mennesker med mangelfulle kontakter i kommunens hjelpeapparat enn det som fremstår som mål- og brukergruppe i senere rapportering. Tiltaket var først tenkt som en separat enhet, men er etter hvert i stedet integrert med et tidligere eksisterende team og blitt til et større og bredere favnende tilbud – det tidligere nødhjelpsteamet ble slått sammen med det nyetablerte psykososiale teamet til *Akutteamet*.

Lederen for teamet forteller at da psykososialt team ble etablert hadde man ved legevakten allerede god kunnskap til behovene og brukergruppene, og man hadde en modell å kjøre etter. Det ble derfor raskt etablert et praktisk tilbud, og allerede i romjulen 2005 var tjenesten i drift. I februar var arbeidet godt i gang (Intervju 26.10.07).

Det tok noe tid å få de to enhetene til å bli ett team, men det har vært jobbet målrettet med sammensveising, og både ledere og ansatte er enige i at det er ett team nå (Intervju 27.05.08).

Ressursbruk og kompetansebakgrunn hos de ansatte

Akutteamet har hatt 14,2 årsverk i 2007 og 2008, hvorav syv er finansiert med øremerkede storbymidler.

Nødhjelpsteamet hadde kun sykepleiere ansatt og var i hovedsak rettet mot somatikk, mens det ble bestemt at en blanding av sykepleiere og sosionomer var fornuftig for det nye psykososiale teamet. *Akutteamet* er rettet mot psykiatri, men teamet ønsker ikke å ha psykologer på teamet fordi tilbudet ikke innebærer behandling, men kun viderefremming til den type ekspertise (Intervju 26.10.07).

Akutteamet har i 2008 vært bemannet med 5 sosionomer og 12 sykepleiere i ulike stillingsbrøker. Sosionomene utgjorde ca. 3 stillinger, mens sykepleierne utgjorde 7,85 stillinger. Bemanningsplanen har vært to sykepleiere på dagtid, en sosionom og to sykepleiere på kveldstid og en sosionom og en sykepleier på natt.

De ansatte bringer med seg bred kompetanse også ut fra erfaringsgrunnlaget. Medarbeiderne kommer blant annet fra uteseksjonen, fra barnevern, og fra akuttmottak ved sykehus, mens én tidligere jobbet med anestesi.

Hvordan passer *Akutteamet* inn i Oslos øvrige tilbud?

Akutteamet har grenseflater mot flere andre typer tilbud eller tjenester. Et av de mest sentrale er DPS'ene som også skal ha et ambulant tilbud¹⁹. En annen tjeneste, som *Akutteamet* arbeider koordinert i forhold til, er psykiatrisk legevakt. Det er også en grenseflate mot politiet. *Akutteamets* plassering i forhold til disse tre tilbudene skal omtales noe nærmere.

De distriktpsikiatriske sentrene (DPS'ene)

I søknaden for storbymidlene datert 15.03.05 står det at kommunens mål har vært å samordne tiltaket med utprøving av ambulerende akutteam i andrelinjetjenesten, samtidig som det har vært et mål å opprette én sentral adresse og ett telefonnummer som aktørene kan henvende seg til.

¹⁹ I Stortingsproposisjon nr. 1 (2004-2005) for Helse og omsorgsdepartementet er det forutsatt at det blir etablert ambulante team ved samtlige DPS'er (s. 179).

Leder ved *Akutteamet* mener det er behov for supplement til de ambulante tjenester knyttet til DPS'ene ellers i byen, som har begrenset åpningstid.

En gjennomgang av Oslos DPS'er, indikerer et stort sprik i hvor omfattende akutt og ambulerende tilbud de har. To DPS'er er eksplisitte i sin internettpresentasjon på at de har et akutt og ambulant tilbud og kan komme hjem til folk. Det gjelder Vinderen og Søndre Oslo DPS. Disse har også åpningstider på kveldene og i helgene og telefontjeneste om natten.

Tre DPS'er (Alna, Grorud og Josefinesgate) har akutte tjenester på dagtid og har mulighet til å sende noen hjem til en pasient som ringer inn. At det finnes en akutt ambulant mulighet blir ikke beskrevet på nettsidene, og det er lagt opp til at akuttpasienter skal komme til DPS'ene. Ut fra samtaler med ansatte ved DPS'ene ser det ut til at hjemmebesøk ikke er en vanlig aktivitet selv om det kan gjennomføres ved behov.

Ved to DPS'er, Lovisenberg og Tøyen, er det vanskelig å orientere seg om akutttilbudet på nettet. Lovisenberg har ikke akutttilbud, men det opplyses på telefon at det finnes en vaktjeneste ved Tøyen DPS på dagtid (8-15:30). Vaktjenesten tilbyr akutte timer hvis man kan komme seg til DPS'et. Har man ikke mulighet til det, og trenger at noen kommer hjem til seg, bes man kontakte legevakten. Seksjon for ambulant rehabilitering ved Tøyen DPS har imidlertid en sjelden gang dratt ut for vaktjenesten ved Tøyen DPS, forteller lederen ved seksjonen.

Tabell 5.5 *DPS'er i Oslo som har akutte ambulante tjenester og informerer om det på internett*

DPS - sektor	Dekker bydel	Akutt ambulant tjeneste?
Lovisenberg <i>Lovisenberg</i>	St. Hanshaugen	Nei
Tøyen <i>Lovisenberg</i>	Gamle Oslo, Grünerløkka	Nei
Alna <i>Aker</i>	Alna, Bjerke	Ja, kl 9-15:30, men informerer ikke om det på nett
Grorud <i>Akershus</i>	Grorud, Stovner	Ja, kl 8-15:30, men informerer ikke om det på nett
Josefinesgate <i>Ullevål</i>	Sagene, Nordre Aker	Ja, kl 8-15:30, men informerer ikke om det på nett
Søndre Oslo <i>Ullevål</i>	Nordstrand, Søndre Nordstrand, Østensjø	Ja, kl 8-21 hverdager, 8-15:30 helg/helligdag + nattefon
Vinderen <i>Diakonhjemmet</i>	Frogner, Ullern, Vestre Aker	Ja, kl 8-22 hverdager, 10-18 helg/helligdag + døgnåpen vakttelefon

I veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet fra 2006 er de ulike formene for ambulant behandling beskrevet, og det står at store og middels store DPS'er bør etablere differensierte spesialteam som dekker disse formene. Bruk av ambulante akutteam (Crisis Resolution Team) beskrives som en sentral og vellykket tilnæringsform²⁰.

Gjennomgangen over indikerer at Oslo kommunes ambulante tilbud, og generelle akutte tilbud for psykisk syke, er svært forskjellig i de ulike bydelene. *Akutteamet* ved legevakten ser ut til å være et nødvendig supplement for å gi et dekkende tilbud for hele byen og hele døgnet.

²⁰ Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Sosial- og helsedirektoratet. 2006. S. 27-28

Psykiatrisk legevakt

Psykiatrisk legevakt er lokalisert samme sted som *Akutteamet* og har den kompetansen innen psykologi og psykiatri som *Akutteamet* ikke har. De får derfor pasienter inn som har vært i kontakt med teamet og hvor *Akutteamet* vurderer at pasienten trenger kontakt med psykolog eller psykiater. Den psykiatriske legevakten er åpen fra 16 til 23.

Leder for psykiatrisk legevakt forteller at pasientbildet har endret seg veldig de siste ti årene. Før var det mange forkomne personer, gjerne schizofrene, som var falt utenfor hjelpeapparatet som de måtte ta seg av, men nå ser de ikke slike lenger. Disse har fått et bedre tilbud og er blitt fanget opp. Pasientene er friskere nå – de dårligste er tatt ut av sirkulasjon. Det kan være en hel vakt uten at noen av dem som kommer inn er alvorlig syke. Leder for psykiatrisk legevakt mener dette kommer av at DPS'ene er avlastende, det er flere psykiatriske sykepleiere i bydelene, og det er egne prosjekter i bydelene. På DPS-nivå er det også bygd opp mange sengeposter.

Hun forteller at det nå er mer rusrelatert sykdom – ca 20% av pasientene anslår hun. Dette er i hovedsak alkoholrelatert. På dette området er situasjonen blitt verre. Når de ringer avrusningen blir de ofte avvist med at det må vente, og da mer enn en uke. Dette var lettere før. Det er færre plasser tror hun. Fra hennes perspektiv er det tilbudet som i størst grad trengs i Oslo om natten et akutt tilbud om avrusning.

Leder for Psykiatrisk legevakt i Oslo mener legevaktens akutteam fyller funksjonen sin bra, men er litt usikker på om det er riktig prioritering av midlene å ha dette tilbudet.

Politiet

Operasjonsleder ved sambandsentralen ved Oslopolitiet kjenner godt til *Akutteamet*, og opplyser at de bruker dem en god del. Men *Akutteamet* har ikke alltid mulighet til å gjøre jobben politiet ber dem om fordi de er opptatt med et annet oppdrag.

Han anslår at de har 10-30 oppdrag pr døgn som innebærer psykisk sykdom. Når de blir oppringt angående forhold hvor de tror *Akutteamet* er rette instans, kontakter de dem i stedet for å rykke ut selv. De ringer dem også hvis de kommer over pasienter

som trenger dem heller enn politiet. For eksempel fremhever han at psykisk syke ikke bør transporteres i politibil fordi det er stigmatiserende.

Akutteamet er blitt et kjent begrep for politiet nå og noen de ønsker å bruke. Likevel tror han de kunne være enda flinkere til å ringe dem, men han anslår at de brukes mer nå enn i 2006. Det er de ansatte på operasjonssentralen som har kontakt med *Akutteamet* og tenker på å bruke dem. Tjenestemennene ute har ikke nødvendigvis den samme oversikten.

Akutteamet brukes på kveld og natt i all hovedsak, og ikke på dagen. Kveld og natt er generelt en belastende tid i alle sammenhenger. Politiet tar likevel kontakt også på dagtid i noen tilfeller. Det kan for eksempel være uklart hvilken bydel en pasient er hjemmehørende i, og da er det vanskelig å ta kontakt med fastlege eller DPS.

En god del av *Akutteamets* aktivitet handler om å snakke med folk på telefon som ikke nødvendigvis trenger eller ønsker hjemmebesøk eller videreformidling til andre psykiske helsetjenester. Denne delen av *Akutteamets* aktivitet grenser mot andre typer tilbud drevet av organisasjoner, som for eksempel Mental Helses Hjelpetelefon. Hjelpetelefonen er en døgnåpen telefontjeneste hvor vakter med variert bakgrunn besvarer telefonen.²¹

Akutteamet har altså grenseflater mot mange andre instanser, hvor det ikke er noen som direkte overlapper. Med tanke på antallet henvendelser teamet har, og at politiet opplever at de i stor utstrekning har oppdrag når de kontaktes, ser det ut til at teamet fyller et reelt behov. Hvor godt aktiviteten treffer i forhold til forventningene fra Hurtigarbeidende gruppe skal diskuteres noe nærmere i det følgende.

²¹ http://www.sidetmedord.no/om_tjenesten

5.12.2 Hvordan ivaretar Akutteamet målene i Storbysatsingen?

Identifisering og videreformidling av målgruppene – hvem får hjelp?

Når hjelpen de svakeste?

Akutteamet er opprettet med tanke på blant annet en av målgruppene i kjernen av Storbysatsingen – de svakeste med liten tilknytning til allerede eksisterende tilbud. Følgende sies om å nå denne målgruppen i teamets årsrapportering for 2006:

Å ”finne” mennesker som i utgangspunktet ikke ber om hjelp, er en volumøvelse der man ved å gi tilbud med svært lav terskel kommer i kontakt med mange brukere. Lav terskel og stort volum, gjerne formidlet via politi eller legevaktsentral der bestillingen er noe ”annet”, er trolig det viktigste virkemiddelet for å nå denne gruppen (Årsrapport 2006:3).

Tilbudet har lyktes med å ha lav terskel og stort volum, men det er usikkert om de har kommet i kontakt med mange som i utgangspunktet ikke ber om hjelp. Gjennomgangen av journalene for 2006 viste at i løpet av det første året var henvendelser fra politi eller brannvesenet lite og mindre enn teamet hadde forventet – kun 77 av 3367 henvendelser (2 %). *Akutteamet* uttrykte i rapporten ønske om å markedsføre tilbudet bedre overfor disse instansene for å nå frem til flere potensielle brukere (s. 23). De mener selv de har oppnådd dette i løpet av 2007 og 2008²². Politiet har også bekreftet at de pr. primo 2009 kjenner godt til tilbudet og bruker det, men at det ennå er potensial for mer kontakt.

Spekteret av instanser som tar kontakt på vegne av en pasient/bruker er stort. I tillegg til politi forteller de ansatte at de får henvendelser fra privatpraktiserende leger, Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral (AMK), sykehus, hjemmesykepleien, naboer, borettslag, psykiatere, hospitser eller andre institusjoner med syke beboere. I en del tilfeller gjelder dette mennesker som ikke selv vil eller kan ta kontakt. Imidlertid tar de aller fleste som har kontakt med *Akutteamet* kontakt selv. Henvisning via lege-

²² Jfr. e-post fra leder 21.01.09

vaktens ulike avdelinger er også en viktig kanal og medførte 31% av henvendelsene (1058) i 2006.

En dominerende brukergruppe hos *Akutteamet* er de som betegnes som ”multibrukere”. Disse benytter ofte mange ulike tjenester veldig aktivt og kan overbelaste *Akutteamet* forteller lederen. I årsrapporteringen for 2007 anslås det at multibrukerne står for opptil 30 % av henvendelsene med psykososiale problemstillinger. Hvordan denne gruppen passer inn i forhold til målgruppen i Storbysatsingen er uklart, men de opplever selv å ha et stort behov.

Vi har intervjuet tre av *Akutteamets* brukere. Alle tre har hatt kontakt med teamet flere ganger, to av dem periodevis i svært stort omfang. Den ene beskriver seg selv som en av teamets faste kunder, og forteller at hun i perioder ringer veldig ofte. Når hun opplever at hun har det særlig ille kan hun ringe flere ganger på én kveld, men hun prøver å la være og å legge bånd på seg, for ”de sier at jeg ikke kan ringe så mye”. Hun ringer mindre i ukedagene enn i helgene når familie og venner har nok med sine nærmeste. I ukedagene kan hun også snakke med psykiatrisk sykepleier på dagtid. Det er viktig for henne ikke å ringe familie og venner ned, så det er godt å kunne ringe *Akutteamet* som et supplement. Dessuten kan hun snakke om ting hun ikke snakker med familie og venner om. På *Akutteamet* kjenner de henne og hennes lidelse godt, så det oppleves som trygt og godt å ringe dit og få bekreftelse og støtte. Hun forteller hva hun har gjort siden sist og hvordan hun har håndtert livet, og så får hun bekreftelse og oppbacking på at det har vært bra.

Dette eksemplet viser hvordan *Akutteamet* håndterer de gjentatte henvendelsene fra en multibruker og hvilke behov som kan ligge bak fra brukerens side.

Alle brukerne vi har hatt kontakt med opplever det som godt at tilbudet er så lett tilgjengelig for dem. Én mener han ikke ville vært i live i dag uten *Akutteamet* – de fikk ham på sykehus da han hadde tatt en overdose medikamenter.

Alle de tre brukerne har hatt kontakt med andre deler av det psykiske helsevesenet, men gir uttrykk for at *Akutteamet* fyller en egen rolle. Én forteller at han har hatt telefonkontakt med akutt-enheten i sitt DPS, men at de da henviste ham til *Akutteamet*.

Akutenheten ved DPS'et mener det er et riktigere tilbud for ham. Han har også annen oppfølging på DPS'et.

En annen bruker fikk hjelp fra *Akutteamet* med sitt akutte behov, og de ordnet en avtale med DPS neste dag. Hun opplever at det er den akutte hjelpen, og at de kommer hjem til henne når situasjonen tilspisser seg, som er viktigst, og hun hadde ikke noe behov for videre oppfølging fra DPS etter dette. Hun har hatt kontakt med *Akutteamet* også tidligere noen ganger, og opplever det som den rette typen hjelp for henne.

Den tredje brukeren, som har kontakt svært regelmessig, forteller at hun har hatt kontakt med DPS for noen år siden, men det ble avsluttet fordi hun ”var for frisk”.

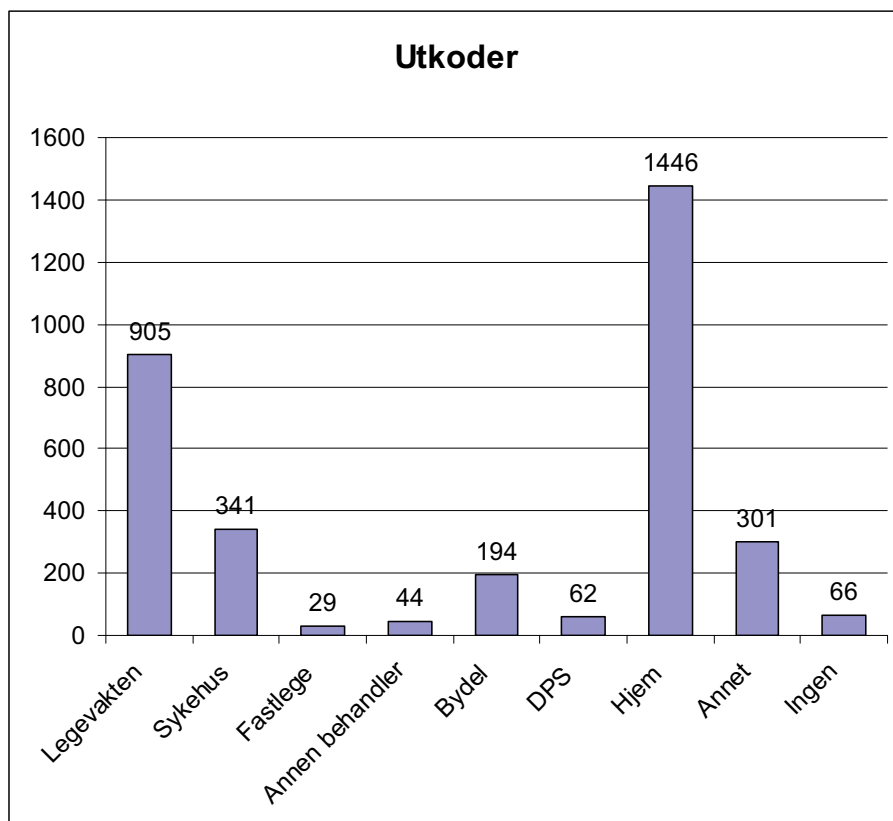
Terskelen for å få hjelp er satt lav – telefonen er åpen for alle, og teamet drar ut til folk som ber om det så langt de har kapasitet. Teamet reiser også ut og tilbyr sine tjenester når de får kjennskap til kriser som brann og trafikkulykker, og er derfor også i noen grad en selvstendig oppsøkende virksomhet.

Videre oppfølging

Akutteamet er i utgangspunktet ikke involvert i videre oppfølging av sine brukere, men teamets leder forteller at hver natts eller helgs hendelser følges opp slik at brukerne sluses videre hverdagen etter kontakten med teamet. Mandagen er den store meldedagen. En av brukerne vi var i kontakt med fortalte at han hadde invitert *Akutteamet* til å være med i sin ansvarsgruppe en gang, men de hadde ikke mulighet til det da. Han mener at de bør være involvert fordi han har så mye kontakt med dem. Imidlertid er slik involvering ikke i tråd med teamets primære arbeidsoppgaver.

I gjennomgangen av journalene for 2006 ble det registrert hvor pasientene fikk eventuell videre oppfølging, såkalt ”utkode”, se Figur 5.1. Den største gruppen i materialet var utkode ”hjem” som imidlertid ikke er ensbetydende med ingen oppfølging, men som i stor grad rommer brukere som allerede har et etablert tilbud.

Figur 5.1 Utkoder 2006. Videre oppfølging av brukere av Akutteamet



Vi ser at etter ”hjem” er Legevakten den nest største gruppen. Dette inkluderer Psykiatrisk Legevakt og brudd-, skade- og såravdelingen og videre hjelp og oppfølging fra Akutteamet neste vakt/dag. Det er relativt få personer som videreformidles til DPS. Leder i teamet forteller at selv om de melder til bydel kan det godt hende pasienten også har oppfølging fra DPS, for mange av pasientene de melder til bydel har hjelp i spesialisthelsetjenesten. Han forteller videre at Akutteamet har en tradisjon for å jobbe tett med og melde til bydel, og at det muligens preger hvor de henviser videre for hjelp.²³

²³ E-post 26.01.09

Gjøres kjent

Tilbudet er kjent for etablerte brukere, og disse har nummeret til teamets telefon. Men mange som ønsker hjelp kontakter i første rekke Legevakten og blir sluset videre der. De brukerne vi var i kontakt med hadde kommet i kontakt med teamet på den måten, og det ser ut til å fungere godt.

Vår informasjonsinnhenting ved DPS'ene indikerte at de ansatte der i liten grad kjente til *Akutteamet* som eget spesifisert tilbud. De forteller at når pasienter tar kontakt på slutten av dagen eller uken, ber behandler eller annet personell ved DPS dem ta kontakt med legevakten, men de refererer ikke spesifikt til *Akutteamet*. En av dem vi snakket med hadde kjennskap til *Akutteamet* gjennom orienteringsmøter på legevakten, men ingen personlig erfaring.

Gir *Akutteamet* god, kompetent hjelp til sine brukere?

De brukerne av *Akutteamet* vi har vært i kontakt med var veldig godt fornøyd med at *Akutteamet* eksisterer og den hjelpen de gir.

En bruker av *Akutteamet* forteller at det blir mye telefonkontakt i perioder. I gode perioder har han ikke kontakt med dem, men når det blir mye stemmer i hodet og han blir stressa, trenger han noen å snakke med. Det er særlig om kvelden og om natten når han ikke får sove og er manisk, at han har behov for å snakke med noen. I perioder kan han ha kontakt så ofte som flere ganger om dagen. Ellers er det med noen dagers mellomrom.

Brukeren sier at det er veldig allrighte folk som jobber der – at de vet hva de skal si for å få folk til å føle seg bedre og at de ”sier de riktige tingene”. Og de lytter på det han har å si. I perioder har de lite tid, og han har opplevd å bli avvist, men da lager de en avtale om å snakkes litt senere når det ikke er så hektisk. Han ringer tilbake senere eller de ringer ham opp. Når de har tid tar de seg god tid til ham. De er veldig imøtekommende og han betegner dem som veldig fleksible på å finne løsninger.

En annen bruker kom i kontakt med teamet første gang da det var relativt nytt. Hun har regelmessig brukt legevaktens ulike tjenester knyttet til psykiatri og forteller at for noen år siden kunne man ringe psykiatrisk legevakt og de snakket med deg på telefonen. Det tilbudet ble lagt ned, og i en periode måtte man møte opp på legevakten for å få snakke med noen. Det syntes hun var veldig

vanskelig. Hun ble derfor glad da hun ringte og ble satt over til *Akutteamet* slik at hun fikk snakke med noen uten å måtte komme ned i Storgata.

Den tredje brukeren vi har intervjuet har hatt kontakt med Akuttteamet flere ganger de senere årene. Sist var det på kveldstid. Hun var deprimert og sa hun ville spise masse medikamenter. De kom opp til henne etter ca 45 minutter for de var opptatt et annet sted, og ble hos henne drøyt 30 minutter. Hjelpen besto i at de snakket med henne der og da og at de ordnet slik at hennes DPS ringte henne neste dag. I samtalen kom de med forslag til hva hun kunne gjøre i livet sitt, men det kom ikke noe nytt, for hun hadde allerede organisert seg bra med både noe tilknytning til arbeidslivet og sosiale planer med venninner. *Akutteamet* bekreftet for henne at dette var et godt opplegg for hverdagen hennes.

Hjelpen fra *Akutteamet* er veldig passe for henne, sier brukeren. Det treffer godt hennes behov, og hun opplever de som jobber der som flinke. De er flinke til å ordlegge seg og vet hva de driver med. Det kommer alltid to personer, og begge er kompetente. De lytter til henne.

Alle de tre brukerne vi har vært i kontakt med er altså svært fornøyd med hjelpen de får fra *Akutteamet*, og de mener den treffer deres behov godt. De har erfart at teamet ikke har hatt tid til dem øyeblikkelig, men at dette er blitt taklet på en god måte slik at de likevel har fått god og riktig oppfølging.

Ny kompetanse?

Når det gjelder kompetansen i teamet forteller lederen at det har vært en bevisst prioritering ikke å drive mye kompetansebygging tidlig i perioden. De var godt kjent med behovet for *Akutteamet*, så det var bare å starte. Felter han mener de likevel trengte mer kompetanse på midt i prosjektperioden er krisearbeid, dobbelt-diagnose, selvskading og suicidale.

De ansatte karakteriserer den første fasen som ”learning by doing” og at de ble kastet ut i det. Men de mener det var viktige læringsprosesser og at noe læring best skjer gjennom erfaring. Eksempelvis har alle erfaring med truende situasjoner, og det må man ha for å kunne kjenne slike igjen. Nå som teamet har opparbeidet seg mer erfaring, kan de raskere oppfatte når de må trekke seg ut av

situasjonene. De kontakter da politi, men forteller at det blir et dilemma for dem når teamet opplever at de er utrygge og redd for pasienten.

Leder for psykiatrisk legevakt forteller at *Akutteamets* ansatte kurses av ansatte ved psykiatrisk legevakt. Generelt har de lavere kompetanse enn det de har ved psykiatrisk legevakt, men det er riktig for førstelinjen, mener hun.

Leder av *Akutteamet* ser det som et paradoks at de som har mest faktisk erfaring med suicidale er de som rent teoretisk vet minst om det. I januar 2006 hadde prosjektet et seminar om selvmord – hvordan de skulle vurdere og kartlegge faren for det. Videre har de lært om risikodempende atferd og selvskadning. De ansatte forteller at det kommer tilbud regelmessig, men at ikke alle får delta. Det har også vært kurs om personlighetsforstyrrelser, og de var med i en øvelse i krisehåndtering.

De ansatte gir uttrykk for at de aldri kan få nok kompetanse, og at de i blant føler seg små i forhold til problemstillinger de står overfor. De rydder i familier og i folks kriser. Men de sier også at man ikke kan lese seg til kunnskap om slikt og at alle situasjonene er forskjellige.

Teamet har et system for å samle opp og generere erfaringer fra arbeidet. De har en fagansvarlig som systematiserer rutiner og prosedyrer, som samler kompetansen og lager retningslinjer. De ansatte opplever at de lærer kollektivt fra de ulike situasjonene.

Lederen forteller at i prosjektets siste fase er fire stillinger gjort om til stillinger med spesialisering. Disse har fag- og kompetanseansvar som blant annet innebærer å drive fagutvikling for hele personalgruppen. I 2008 gjennomførte de fem heldags fagsamlinger av høy kvalitet som kommer i tillegg til annen aktivitet og eksterne kurs.²⁴

Gir *Akutteamet* helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Akutteamet har mange kontaktflater til andre som kommer i kontakt med psykisk syke. I tillegg til den nære kontakten med psykiatrisk legevakt, har teamet kontakt med Blå Kors, oppsøkende rus-tjeneste og politiets operasjonssentral. Det er også kontakt med

²⁴ E-post fra leder 21.01.09

aktører i det pasientbaserte ordinære helsevesen som fastleger og DPS'ene. Teamet videreformidler brukere, men siden teamet er en utpreget akuttjeneste, skal det ikke inngå som en del av et tett samarbeid mellom helsetjenestene for å gjøre det vedvarende tilbudet til enkeltindivider helhetlig.

En sjelden gang blir de likevel trukket inn i det vedvarende tilbudet på pasientnivå. De ansatte fortalte at de skulle være med på et nettverksmøte for en pasient. Dette er en multibruker som organiserer kontakten selv. Teamet aksepterte å delta der fordi vedkommende har mye kontakt med dem, og de skal inn for å fortelle om kontakten. En av brukerne vi intervjuet fortalte også at han hadde invitert *Akutteamet* til å være med i sin ansvarsgruppe, og at de ikke hadde avvist det.

Lederen for teamet forteller at ett av målene med tjenesten er å forebygge et videre behov i helsetjenesten. De retter seg mot en tidlig fase i et psykisk forløp for å gi trygghet, omsorg og avlastning. Det er et mål å unngå innleggelse. Tilbudet er til utsatte personer, og de ønsker å motvirke at kriser utvikler seg og blir større, noe som kan skje hvis det ikke gis omsorg og støtte tidlig. Lederen understreker at *Akutteamet* ikke arbeider med oppfølgings- eller individuell plan (Intervju 26.10.07).

Multibrukerne er en gruppe som utfordrer dette bildet noe. Disse bruker flere tjenester veldig aktivt. I henhold til lederen prøver *Akutteamet* å bidra til at disse brukerne skal få et godt nok tilbud innenfor de ordinære tjenestene, og han mener at bydelene må ta bedre tak i brukerne. Det er bydelene som har hovedansvaret og som bør følge opp, sier lederen, og påpeker at det fra hans ståsted er stor forskjell mellom bydelene. Han tror i noen grad det er personavhengig, samtidig som han tror at bydelenes ulike organisering kan spille inn. I noen bydeler har de terskler og åpningstider som gjør at tilbudet ikke er tilpasset brukernes behov (Intervju 26.10.07).

I årsrapporteringen for 2006 står det:

Brukergruppen slik vi møter dem, fanges i dag i stor grad opp av legevaktens tilbud, og videre behov for hjelp formidles. Utfordringen er ofte ikke det akutte behov for hjelp som vi kan møte, men behovet for et langsiktig behandlingstilbud som brukeren kan

nyttegjøre seg av. Dette ser vi tydelig i enkelttilfeller der mennesker med svært dårlig funksjonsevne meldes og følges opp av oss, og likevel kommer tilbake fordi de ikke får adekvat oppfølging (Årsrapport 2006:4).

I årsrapporteringen for 2007 følges dette opp med følgende utdypende beskrivelse av hva som gjør oppfølging av disse brukerne vanskelig:

- a) Det er brukere som er svært ressurskrevende å følge opp og derfor vanskelig å etablere et godt nok tilbud.
- b) Primærbehandler oppfatter ikke at det er et problem, eller klarer å se hvordan de skal løse problemet. Det er en utfordring at dette er brukere med svært dårlig boevne som på den ene siden er for frisk for tvangstiltak og for syk til å klare seg selv. Problemstillingen utvikler seg ofte gradvis over lang tid og det kan være vanskelig å se når det krysses en grense som tilsier at man må gå inn med tyngre tiltak, og ofte tvangsvedtak (Årsrapport 2007:5).

Om samarbeid med bydelene står det i årsrapporten for 2007 at kommunikasjonen gradvis er blitt bedre på generell basis, og at det i 2008 er startet et samarbeid der *Akutteamet* skal besøke alle bydelene.

Brukernes syn på samarbeid

En av brukerne vi intervjuet har en ansvarsgruppe tilknyttet seg med blant annet fastlege og akutenheten på DPS. Ansvarsgruppemøtene fungerer veldig opp og ned i ulike perioder. Han synes at både psykiatri og DPS prøver å stikke unna og la fastlegen gjøre jobben, og han betegner det som ansvarsvegring. Han mener også at det er personavhengig hva som fungerer. Bydelen hadde en veldig bra psykiatrisk sykepleier, men hun sluttet, og den som har oppgaven nå er ikke like god, forteller han. Når det gjelder samordning i hjelpetilbudet generelt mener han at de ikke klarer å lage en helhetlig pakke, og at de innimellom vært har uenige, bl.a. om hvilke medisiner han skulle ha.

En annen bruker forteller at fastlegen er viktigst i hennes tilbud, og at denne kjenner godt til hennes situasjon. Kontakten mellom fastlegen og DPS var bra den gang det var aktuelt. Hun har ikke

erfart at manglende samarbeid mellom ulike etater eller tjenester har skapt problemer for henne noen gang.

Heller ikke den siste brukeren vi hadde kontakt med hadde negative erfaringer å fortelle om mht samordning og samarbeid i tjenestetilbudene.

Praktiserer *Akutteamet* bruker- og pårørendemedvirkning?

I og med at *Akutteamets* aktiviteter vanligvis starter med at brukerne etterspør dem, er tiltaket iboende brukerorientert. Det skrives i årsrapporteringen for 2007 at personalgruppen regelmessig har et fokus på å sette brukerne først og at holdningen skal være at de hjelper pasienten først og tar eventuelle diskusjoner med sine samarbeidspartnere i etterkant.

Det er for øvrig ikke gjort noen spesielle tiltak for brukermidvirkning i *Akutteamet* i følge årsrapporteringen for 2007, men de har kontakt med LPP innimellom.

De ansatte mener det ikke er så aktuelt med medvirkning fra pasienter og pårørende i dette arbeidet, og at hvis pårørende trenger hjelp så blir de omdefinert til å være brukere. I en del tilfeller er brukerne nettopp pårørende til noen som har vært utsatt for en ulykke eller blitt akutt syk. De ansatte forteller at de alltid spør hva pasientene ønsker og selv vil, men de understreker at det er noe de som profesjonelle må vurdere.

Pasientene vi har vært i kontakt med føler alle at de ansatte ved *Akutteamet* lytter til dem.

5.12.3 Oppsummering

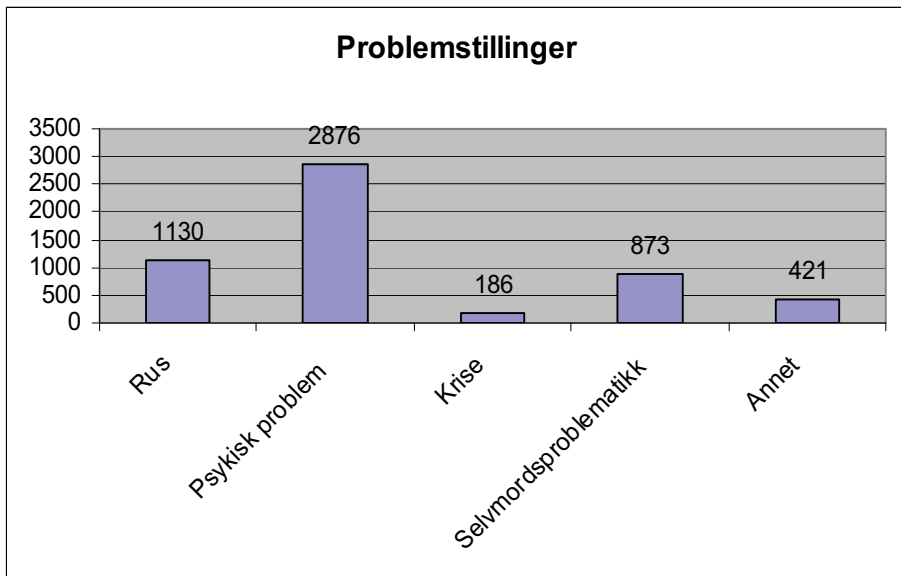
Akutteamet ved legevakten er dagens navn på en enhet ved legevakten i Oslo der prosjektet ”psykososialt team” finansiert av storbymidlene inngår. Ved Legevakten hadde man før oppstart klare formeningene om hva dette supplerende tilbudet skulle bestå av, og arbeidet kom raskt i gang fra desember 2005.

Både de ansatte og brukerne vi har vært i kontakt med er meget fornøyd med hva tilbudet er blitt til. Det er et lavterskeltilbud i tråd med intensjonene i prosjektbeskrivelsen, og det har stor etterspørsel. De ansatte opplever at de har opparbeidet seg den nød-

vendige kompetansen til å møte det store spekteret av oppgaver de står overfor.

Akutteamet er en typisk ”volutjeneste”, dvs. at terskelen for kontakt er lav, og mennesker med mange typer problemstillinger er brukere av tjenesten. Dette betyr at en del av brukerne av *Akuttteamet* vil ligge utenfor målgruppen for Storbysatsingen. Likevel viser teamets statistikk at en svært stor del av henvendelsene til *Akutteamet* dreier seg om psykiske problemer, selvmordsproblematikk og rus. Fordelingen på ulike typer psykososiale problemstillinger i henvendelsene til temaet i 2006 vises i Figur 5.2.

Figur 5.2 *Henvendelsene med psykososiale problemstillinger til teamet i 2006 etter type problemstilling (hver henvendelse kan ha mer enn en problemstilling)*



Den største gruppen henvendelser handler om psykiske problemer, mens rus- og selvmordsproblematikk også er ganske hyppig forekommende. De fleste av disse er også registrert med psykiske problemer.

Gjennom voutiltak som *Akutteamet* er det også mulig å identifisere hjelpetrequende som ikke tidligere har vært kjent for tjenesteapparatet. Terskelen for å ta kontakt med teamet er lav, og

folk kan ta kontakt for andre forhold enn det som egentlig oppleves som mest vanskelig. Gjennom *Akutteamets* hjemmebesøk blir det mulig å avdekke større problemer og dårlige boforhold, og teamet kan sørge for at andre deler av hjelpeapparatet trekkes inn for å hjelpe brukeren.

Tilbudet er i mindre grad selvstendig oppsøkende, men fordi det har så lav terskel har det nådd personer som har hatt en perifer tilknytning til helsevesenet. Dette er i tråd med forventninger til målgrupper i Storbysatsingen. Politiet er en av aktørene som etterspør teamet i forhold til personer med dårlig forankring i det ordinære helsetilbudet.

Tilbudet inngår ikke i det ordinære og planlagte psykiske helse-tilbudet til enkeltindivider, men bidrar til å gjøre kommunens totale tilbudsside mer komplett. Teamet deltar i all hovedsak ikke i videre oppfølging og utarbeiding av tilbud til enkeltindivider – deres oppgave er å videreformidle til andre instanser med hovedansvar som fastlege og DPS.

En gjennomgang av Oslos øvrige tilbud på det akutte og ambulante ved DPS'ene, indikerer at det er et stort behov for et byomfattende tilbud, særlig på kveld og natt. Politiet er glad for at tilbudet finnes og ønsker å bruke dem mer. De kommer ofte bort i problematikk knyttet til psykiatri og mener det er galt at politiet skal håndtere mye av det – særlig med tanke på at de ikke har den riktige kompetanse for det.

Behovet for dette tilbudet i Oslo er nå erkjent og tilbudet vil vedvare i 2009 uten storbymidler. Brukerne vi har snakket med understreker hvor viktig dette tilbudet er for dem.

5.13 Min Plan ved Fredensborg bosenter

5.13.1 Beskrivelse av tiltaket

For å beskrive tiltaket har vi gjennomgått prosjektbeskrivelser i søknadsdokumentene og de ulike årsrapporteringene. Videre har vi intervjuet ansatte i prosjektet, tre brukere og to pårørende.

Mål og målgruppe

Prosjektets hovedmål er ”å bidra til at bostedsløse med alvorlige psykiske lidelser i størst mulig grad etablerer seg i varige og egnede boformer med tilrettelagt oppfølging fra kommune- og spesialisthelsetjeneste.”²⁵

Dette gjøres ved at brukerne får et midlertidig botilbud hvor de får oppfølging og kartlegging av sine behov for bistand med tanke på senere bolig.

Målgruppen er, i henhold til prosjektbeskrivelsen av 22/12-05, ”bostedsløse og vanskelig bosettbare med psykiske lidelser og sammensatte problemer som ellers faller utenom tilbudet ved Fredensborg bosenter.”

I 2006 hadde prosjektet en egen satsing mot bostedsløse innlagt i akuttpsykiatrien for å rekruttere brukere til *Min Plan*. Det ble sendt informasjonsbrosjyrer til de instansene som er i kontakt med målgruppen. I løpet av 2007 avgrenset prosjektet, i henhold til årsrapporteringen for 2007, målgruppen nærmere til å omfatte ”bostedsløse innlagt i psykiatrien som ellers ville blitt utskrevet til bostedsløshet eller ikke tilfredsstillende boforhold.”

Denne målgruppen er likevel snevrere enn det som er realiteten når man ser på rekruttering til plassene i *Min Plan*. De ansatte forteller at noen beboere ”overføres” fra Fredensborg bosenters ordinære del, fordi man ser at de trenger et utvidet tilbud. Også rusinstitusjonene Natthjemmet og ROP²⁶ tar innimellom initiativ til å koble brukeren til *Min Plan*.

En vanlig inngangsport er at sosialkontorene søker eksplisitt om inntak til *Min Plan*, men de har også hatt en del tidligere beboere på Fredensborg bosenter som har kommet eller blitt sendt tilbake og fått plass i *Min Plan*. Ved den ordinære søknadsprosessen til Fredensborg bosenter for nye beboere ser de ansatte i *Min Plan* også om søkeren bør tilbys et utvidet tilbud og heller inkluderes i *Min Plan*.

²⁵ Årsrapporteringen 2006

²⁶ ROP – Prosjekt Rus og Psykisk lidelse ved Tøyen DPS

Det er ikke en forutsetning at brukerne skal være rusmisbrukere, men de fleste av brukerne i 2006 hadde også alvorlige rusproblemer²⁷.

Forankring og innhold

Prosjektet *Min Plan* er forankret i Storbyavdelingen – bydel St. Hanshaugen. Bydel St. Hanshaugen er tillagt et særskilt ansvar for de menneskene som oppholder seg mye i Oslo sentrum, og i Storbyavdelingen er flere byomfattende botilbud for vanskeligstilte samlet i en egen driftsenhet. Et av disse botilbudene er Fredensborg bosenter. Dette er et kortvarig botilbud for bostedsløse, mange av dem er rusmisbrukere. Fram til 2005 ble det rapportert at en stadig økende andel av beboerne hadde store psykiske lidelser.²⁸

Prosjektet *Min Plan* er plassert på Fredensborg bosenter og brukerne er bosatt der. Også før oppstart av prosjektet kartla bosenterets personell beboernes oppfølgings- og omsorgsbehov på vegne av bydelene, men det ble søkt om midler for å styrke dette arbeidet.

Prosjektet, slik det er organisert i 2008, har en egen avdeling som er avskjermet fra resten av huset slik at beboerne kan ha lite kontakt med andre beboere på bosenteret hvis det er ønskelig. Avdelingen ble opprettet i april 2007 for bedre å tilrettelegge bomiljøet for brukerne av *Min Plan* i botiden på Fredensborg.

Prosessen mot etablering av tiltaket

I søknaden fra april 2005 var tiltaket en del av en større søknad fra Storbyavdelingen (under Bydel St. Hanshaugen) knyttet til bostedsløse. Der inngikk også et prosjekt kalt Værestedet Fredensborg som hadde målgruppen ”bostedsløse rusmisbrukere med psykiske lidelser som tilleggsproblematikk”. Målgruppen for tiltaket ble i desember 2005 endret til å være likelydende med målgruppen i *Min Plan*, men tiltaket var fremdeles tiltenkt mennesker som var dagbrukere og ikke beboere ved Fredensborg bosenter. I rapporteringen for *Min Plan* i mars 2006 opplyses det at de to prosjektene er slått sammen til ett. Dagbrukerne ble imidlertid ikke inkludert i

²⁷ Årsrapporteringen for 2006

²⁸ Informasjon fra Oslo kommunes søknad på midlene 15.03.05

Min Plans målgruppe, og det er i realiteten kun beboere ved senteret som omfattes av prosjektet.

Min Plan hadde oppstart i august 2005. Prosjektet het fram til rapporteringen i mars 2006 ”Styrket kartlegging og oppfølging av beboere med psykiske lidelser ved Fredensborg bosenter.”

Ressursbruk og kompetansebakgrunn hos de ansatte

Min Plan hadde fire årsverk tilknyttet prosjektet i 2007, og et budsjett på 1,8 millioner kroner. Hele beløpet kommer fra storbymidlene.

Den første prosjektlederen gikk over i en annen stilling i løpet av 2007 og prosjektlederrollen har siden vært delt på to personer. De ansatte har høyere utdanning innen sosial- og samfunnsfag, og noen har tilleggskompetanse innen sosialmedisin og rehabilitering. De ansatte har variert arbeidserfaring fra institusjoner for mennesker med ekstra behov, og opplever selv at de har en kompetanse som passer bra for arbeidet. Imidlertid kunne de ha ønsket å få enda mer kompetanse i psykisk helsearbeid.

Oslos øvrige tilbud: hvordan passer *Min Plan* inn?

Prosjektet tok utgangspunkt i et behov for å bedre forholdene for bostedsløse i Oslo. Kommunen estimerte at 60-80 % av beboergruppen ved Fredensborg hadde psykiske lidelser, og at antallet med dobbeltdiagnose var stigende. Mange av de bostedsløse som kommer dit har ikke tidligere hatt kontakt med den psykiske helsetjenesten, og de trenger derfor kartlegging av tjenestebehov og anbefaling om videre oppfølging fra psykisk helsevern.²⁹

Prosjektet er dreiet mot i hovedsak å ta inn klienter som utskrives fra psykiatrien og som ellers ville blitt bostedsløse. Disse er det bydelenes ansvar å finne et tilbud til, og slik sett gir tiltaket et tilbud til bydelene. I årsrapporteringen for 2007 står det at tilbudet er etterspurt og har jevn og god innsøking.

Prosjektet grenser til tilbud knyttet til rusomsorgen. Selv om rusmisbrukere ikke er eksplisitt målgruppe, utgjør de en stor del av klientene. Både Fredensborg bosenter og *Min Plan* har likhetstrekk med andre institusjoner for rusmisbrukere. Prosjekt for rus og

²⁹ Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenesters presisering av søknad til Fylkesmannen i Oslo og Akershus 13.04.05

psykiatri – ROP Tøyen – sammenligner *Min Plan* og Fredensborg bosenter med andre midlertidige bosteder som Dalsbergstien, Marcus Thranes Hus og Ila hybelhus (institusjoner innen rusomsorgen i Oslo). Også i disse husene jobber de med å få folk videre, og bemanning og oppfølging den senere tiden er blitt bedre (Intervju 02.06.08).

Sett utenfra er det kanskje vanskelig å se forskjell på tilbudene, men *Min Plan* gjennomfører mye grundigere kartlegging av beboernes psykiske tilstand med formål å kunne gi mer presise bestillinger på beboernes tjenestebehov til bydelen.

I følge to av de tidligere beboerne ved *Min Plan* som vi har snakket med skiller *Min Plan* seg kvalitativt fra de andre botilbud til denne gruppen. På *Min Plan* er man mer skjermet fra andres rus enn ved andre tilbud som aksepterer aktiv rus. Vår informant sier om disse andre botilbudene: ”Prøv å flytt på hospits du – det går ikke 14 dager en gang før du begynner å ruse deg”. Han mener også *Min Plan* er ”10 ganger bedre å bo på” enn Fredensborg bosenter generelt.

I følge ROP Tøyen eksisterer det nå mange bosteder der det ikke jobbes med å få folk rusfrie, mens det finnes svært få tilbud som jobber aktivt med å få folk rusfrie (Intervju 02.06.08).

5.13.2 Hvordan ivaretar *Min Plan* målene i Storby-satsingen?:

Innebærer tiltaket identifisering og videreformidling?

Svakeste og ukjente

Tiltaket er rettet mot bostedsløse, og slik sett noen av de svakest stilte i samfunnet. Utgangspunktet for prosjektet er også at en svært høy andel av bostedsløse har alvorlige psykiske problemer og ikke er i stand til å få etablert en god bo- og omsorgsordning for seg selv.

Beboerne i *Min Plan* blir i årsrapporteringen for 2006 delt i to kategorier: De som har vært kjent for deler av hjelpeapparatet, men som har manglet et riktig tilbud og til dels vært uteboende, og de som er godt kjent av hjelpeapparatet, men hvor samarbeidet ikke har fungert godt nok til at riktig tilbud har kommet på plass.

De tre tidligere beboerne vi intervjuet var i varierende grad psykiske syke, men de hadde alle behov for et skjermet bomiljø i en overgangsfase.

En av våre informanter blant de tidligere beboerne hadde flere års erfaring med kaotiske boforhold og opplegg som gikk i oppløsning. Han måtte regelmessig flytte fordi han ikke klarte betalingsforpliktelsene sine eller kom på kant med andre beboere. I tillegg var det problematisk for ham å opprettholde medisinnntaket på et riktig nivå. For ham ble *Min Plan* første steg på vei inn i en situasjon som nå er mer helhetlig og permanent.

Hans pårørende som vi snakket med, forteller at tilbudet før *Min Plan* ikke fungerte fordi det ikke var kontinuitet og ikke samarbeid mellom det medisinske og det økonomiske. Han hadde ingen ansvarsgruppe, fikk medisiner av legen og penger av sosialkontoret. Men det skar seg gang på gang slik at han ikke fikk medisin og ble dårligere psykisk i nedadgående spiraler (Intervju 06.06.08).

En annen tidligere beboer vi snakket med fortalte ikke om noen psykisk sykdom, men hun hadde et vedvarende rusproblem og hadde bodd mye midlertidig og ute før hun fikk første opphold på *Min Plan*. Hun har senere fått plass på et senter som tilbyr behandling innen spesialisthelsetjenesten til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, så man må anta at hun har en lidelse hun ikke ønsket å snakke om i intervjuet.

Den tredje tidligere beboeren vi snakket med har hatt store problemer med både rus og psykiatri, men hadde ikke noe tilbud knyttet til sin psykiske helse da han kom til *Min Plan*. Han skulle egentlig hatt kontakt med DPS, men det ble aldri noe ut av det forteller han. Han opplever at han ble skjøvet mellom rusomsorg og psykiatri og endte med å falle mellom stolene. Han var inne til én samtale med DPS på ett år og mistet rehabiliteringspengene sine. Slik han så det viste DPS ingen samarbeidsvilje med *Min Plan*. De mente også at han var to forskjellige personer når han var i behandling og når han ikke var det. Aker sykehus syntes han var for frisk. Men så ble han plassert på hospits, og da gikk det ikke så bra, forteller han.

Felles for de to tidligere beboerne med omtalte psykiske problemer er at hjelpeapparatet ikke har vært i stand til å gi dem et helhetlig tilbud som har fungert langsiktig.

Beboerne som bodde ved *Min Plan* da vi intervjuet de ansatte i prosjektet omfattet også to som ikke anså seg selv for å være psykisk syke, men som de ansatte absolutt mener at er det. Disse er i utgangspunktet ikke mottakelige for psykisk diagnostisering. Den ene blir også vedvarende avvist av det psykiske helsevesen fordi ekspertene ikke ser hvor syk hun er. Hun skjerper seg ved alle nye bekjentskaper, og det er kun vanlig leger og andre som er i kontakt med henne over tid som mener hun er psykisk syk. De har ikke klart å overbevise den psykiske helsetjenesten om dette. Den andre beboeren har vært ”ut og inn av Lovisenberg”, men mener han ikke er psykisk syk.

Den tredje beboeren på intervjutidspunktet er redusert etter fysisk skade og tidligere rusmisbruk. Miljøet i Fredensborg bosenter er for tungt for henne i forhold til rus, slik at den skjermede avdelingen *Min Plan* i Fredensborg bosenter er en bedre mellomstasjon på vei mot en mer selvstendig boform.

Oppsummeringsvis ser det ut til å være et stort spenn i de beboerne som er innom *Min Plan* mht. på hvilken måte de er sårbare, men de er alle uten egnet bolig og må sies å være blant de aller svakeste i samfunnet.

Oppsøkende virksomhet

Prosjektet har ikke drevet oppsøkende virksomhet. Til det har pågangen av søkere vært for stor, slik at oppsøkende arbeid ikke ville gitt flere et tilbud, men flere på venteliste. Prosjektet har imidlertid hatt samarbeid med andre instanser som driver oppsøkende virksomhet og lavterskel og akutte tilbud som hybelhus og andre midlertidige botilbud.³⁰

Antall brukere

I 2006 fikk 37 personer tilbud om midlertidig bolig, styrket oppfølging og kartlegging gjennom *Min Plan*. I tillegg ble 10 personer kartlagt i forbindelse med søknadsprosessen inn til prosjektet og fikk anbefalinger om mer egnede tilbud. Prosjektet

³⁰ Årsrapportering for 2006

var også involvert med oppfølging og kartlegging av 10 beboere ved senteret som ikke var ”prosjektklienter”.³¹

I løpet av 2007 hadde *Min Plan* 20 beboere eller klienter. Av disse hadde 12 det prosjektet kaller ”full måloppnåelse”. Det vil si at hver persons målsettinger og tiltak for botiden er gjennomført, og at personen har flyttet videre til mer varig og egnet botilbud eller institusjon. Dette kan inkludere rusbehandlingsinstitusjon, psykiatrisk langtidsinstitusjon, tilrettelagt bolig i bydelen eller DPS. Annet innhold for den enkelte bruker kan være å opprette kontakt med fastlege, tilknytning til oppfølging av psykiatrien, oppstart medisinerer eller søknad om legemiddelasistert rehabilitering.³²

Prosjektet har gått inn i syv saker blant øvrige beboere på Fredensborg bosenter der det var behov for deres kompetanse.

Videre oppfølging

Videre oppfølging etter endt botid ved *Min Plan* står svært sentralt i prosjektet ved at det tilbudet som beboeren går videre til skal være godt. I realiteten ser man at ikke alle beboerne følger det ønskede løpet. I 2007 hadde seks av de 20 klientene det prosjektet betegner som ”delvis oppnådd målsetning”:

Det vil si at deler av målsetning og tiltaksplan ble gjennomført, men at søker flyttet fra Fredensborg bosenter før alle tiltak ble gjennomført. En av disse beboerne avsluttet oppholdet på grunn av soning, tre ble skrevet ut på grunn av truende adferd og med bistand fra Fredensborg bosenter innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling. To beboere fikk ikke forlenget kontrakten, da de ikke ønsket å inngå i et samarbeid med Fredensborg bosenter. Disse to ønsket ikke å ta imot tilbud om oppfølging eller å ha kontakt med personalet (Årsrapport 2007).

Når målsettingen med tiltaket nås fullt ut innebærer det egnet botilbud eller institusjon som rusbehandlingsinstitusjon, dobbeltdiagnoseinstitusjon, psykiatrisk langtidsinstitusjon, tilrettelagt bolig i bydel eller tilrettelagt bolig tilknyttet DPS. Andre

³¹ Hentet fra årsrapporteringen for 2006

³² Hentet fra årsrapporteringen for 2007

mål og tiltak som er oppnådd i henhold til årsrapporteringen er blant annet å skaffe fastlege og opprette kontakt med denne, å sørge for oppfølging fra psykiatrien (DPS, ruspoliklinikk, ROP), oppstart med og oppfølging av medisinerings, søknad om LAR-behandling og oppstart på LAR-behandling.

En av de pårørende vi intervjuet forteller at etter at brukeren kom til DPS fra *Min Plan* har tilbudet vært bra. Han får alt han trenger der, psykiater, riktig medisin, en sosionom som bestemmer over pengene, sosialt liv med andre pasienter. Han ser nå lyst på fremtiden for første gang på 7 år.

Ved akutt behov for videreformidling i systemet ved innleggelser støter imidlertid prosjektet på motstand i helsevesenet, kommer det frem i årsrapporteringen for 2007:

Det har vært utfordrende å jobbe med våre beboere når de har hatt behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten fordi vi ofte møter stengte dører når beboere er i en sykdomstilstand (psykose, ”nærpsykose”, psykoselignende) som etter vår vurdering krever innleggelser. Forklaringen er da at psykosene er rusrelaterte og at de ofte skrives ut etter et døgn når de har hvilt seg. Prosjektet har i disse sakene brukt mye ressurser for å få på plass et tilbud vi mener er forsvarlig (Årsrapport 2007).

De trekker videre frem at møte med akuttavdeling og DPS er svært ulikt avhengig av sektor:

I møte med sektor har vi hatt en forventning om at de har kjennskap til sine ”egne” tilbud innenfor ”sin” sektor. Imidlertid har vi opplevd at det er mangler i slik kunnskap og at en slik kunnskap er personavhengig. Vi opplever også at dette er avhengig av hvilken sektor man forholder seg til. Vi opplever at enkelte sektorer har god oversikt og samarbeider godt (Årsrapport 2007).

Videre beskriver de et mangelfullt samarbeid og kjennskap mellom ansvarlig bydel og sektor:

Når det gjelder oppfølging fra DPS erfarer vi ofte at klientene blir en kasteball mellom RuPo³³ og DPS; DPS mener klienten ruser seg så pass mye og er i en tilstand der han/hun ikke ”nyttiggjør” seg deres tilbud og RuPo mener de psykiske plagene er for omfattende til at de kan gå inn i saken. Prosjektet har brukt mye ressurser på å holde enkelte klienter innenfor DPS – systemet og å sikre at de har en behandlingskontakt.

Vi opplever at stadig flere DPS har ambulante team. Det varierer mye på hvilket tilbud disse kan gi, fleksibilitet, faktiske mobilitet ut av DPS og åpningstid (Årsrapport 2007).

Gir *Min Plan* god, kompetent hjelp til denne brukergruppen?

Alle de tre tidligere beboerne vi snakket med og deres pårørende var godt fornøyd med hjelpen de fikk gjennom *Min Plan*. To av beboerne bodde der ved to anledninger, og ba selv om å få komme dit ved andre gangs opphold. I mellomtiden hadde den ene vært innlagt på et akuttpsykiatrisk tilbud og bodd på hospits, mens den andre hadde bodd på ulike avrusnings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

En av de tidligere beboerne vi snakket med sier hun synes ”det er veldig ok å bo på Fredensborg bosenter”. Hun synes det er bra at det er en skjermet avdeling, særlig for henne som er så ung. Og hun opplever å bli sett der. Kontakten med dem som jobbet der var av sporadisk karakter og det var ikke noe systematisk samtaleopplegg. Hvis de ikke hadde sett deg på en stund ble du ropt opp slik at de sjekket at alt var ok. Slik var det ikke ved første gangs opphold, men på andre. Hun synes det er fint at *Min Plan* er bemannet og at det er en sykepleier der. Det er godt at de registrerer at hun er der. Men hun har holdt seg unna de andre beboerne. Særlig de i første etasje har hun ikke villet ha noe med. Hun synes det er litt dumt å måtte bo ved siden av sterkt psykisk syke mennesker som gjør mye rart og folk som er farlige. Hun var redd at en av dem skulle slå inn døra, og hun syntes det var slitsomt at de andre beboerne maste på henne.

³³ Rus poliklinikk

Men det finnes ikke noe annet sted å bo for et ungt menneske som er aktiv rusmisbruker, forteller hun. *Min Plan* søkte henne til der hun er nå, og hun synes det var fint at de kunne hjelpe med alt som hadde med papirarbeid å gjøre. Hun ville ut av rusmiljøet. De har også holdt ansvarsgruppemøte der, og da passet de ansatte på at ”alt ble riktig” og at hennes rettigheter ble ivaretatt. Hun følte at hun kunne be om hjelp til det hun trengte og at de hørte på henne. De hadde den kompetansen hun trengte.

Den pårørende til en av de andre tidligere beboerne sier hun er ”utrolig fornøyd” med *Min Plan* og med den ansatte hun fikk mest kontakt med. Hun uttaler at det er Guds gave at hennes nære fikk dette tilbudet. De ansatte betegner hun som utrolig effektive og flinke til å få ting på plass. Den tidligere beboeren selv er også fornøyd, men kan ikke komme på andre ting han fikk hjelp til enn å finne bolig og til medisiner. Ansvarsgruppe og fastlege fikk han først etter at han flyttet. Men han synes menneskene som jobber der er trivelige mennesker og at de har god humor. Han besøker stedet fremdeles, over ett år etter at han flyttet derfra.

Den tredje tidligere beboeren vi snakket med er også meget fornøyd med hjelpen han fikk ved *Min Plan*. Han mener de har den kompetansen han trengte, men trekker frem som et problem at de ikke blir hørt på og tatt på alvor i resten av hjelpeapparatet.

De ansattes kompetanse

I 2007 ble det gjennomført en del kompetansehevingstiltak. Blant annet har to ansatte tatt etterutdanning i sosialmedisin og rehabilitering ved Høgskolen i Oslo og tre ansatte har fått sertifisering i ASI (Addiction severity index) ved Universitetet i Oslo. Fire ansatte har vært kurset terapeutisk mestring av vold.

Prosjektet hadde i 2007 ikke knyttet til seg veiledningsressurser med kompetanse på dobbeldiagnoser, men ønsket det for 2008.

Innebærer *Min Plan* en helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Prosjektet jobber svært samarbeidsorientert. Beboerne er der bare midlertidig, og hovedpoenget med tiltaket er å få på plass et godt tilpasset, helhetlig opplegg på lengre sikt for brukeren. Som det står i årsrapporten for 2007, legger de vekt på å ansvarliggjøre hele tjenesteapparatet rundt klienten:

Dette skjer både i form av at flere instanser inviteres inn i et samarbeid (fastlege, DPS, bestillerenhet i bydelene osv), ved bruk av vilkår i vedtak om plass, samt at samarbeidsavtalene gjøres gjeldende for flere enn bare beboer, sosialtjenesten og Fredensborg bosenter (beboer kan velge å bruke samarbeidsavtalen som en individuell plan) (Årsrapport 2007:4).

Allerede ved kontraktsinngåelse når beboeren skal flytte inn, skrives det en samarbeidsavtale med brukeren og det aktuelle sosialkontoret der det kommer fram hvilke instanser i bydelen det skal samarbeides med. *Min Plan* har møte med sosialtjenesten og stiller vilkår til de ulike aktørene i hjelpeapparatet for å kunne ta imot beboeren. Dette fungerer i henhold til de ansatte meget bra og gjør det videre arbeidet med å koordinere med hjelpeapparatet lettere (Intervju 08.05.08).

Sikres samarbeid

I årsrapporteringen står det at prosjektet bruker mye ressurser på ”oppfølging” av systemet rundt beboerne. De skriver at deres målgruppe har omfattende problematikk og at de lett blir kasterballer mellom ulike systemer som for eksempel russektor og psykiatrissektor. Prosjektet har brukt mye ressurser på kontinuerlig å være i kontakt med aktuelle samarbeidspartnere i den enkelte sak og få til et størst mulig tilpasset oppfølgingsnettverk rundt den enkelte beboer, og de skriver:

Vi har i enkelte saker måttet påpeke tjenesteapparatets lovpålagte plikt til å bistå klienten. Vi har også erfart at det finnes en del gråsoner når det gjelder ansvarsområder rundt den enkelte klient. Flere instanser kan ha ansvar for det samme. Dette kan medføre at ingen tar ansvaret, muligens fordi man regner med at andre gjør det eller mener andre instanser burde gjøre det (Årsrapport 2007).

Det gis i årsrapporteringen flere eksempler på hvordan det ordinære hjelpeapparatet ikke gir god oppfølging og hvordan *Min Plan* må gjøre gjentatte henvendelser for å nå fram. I et eksempel var det uklareheter om hvilket DPS personen hørte til slik at dokumenter ble sendt til gal adresse og klienten ble utskrevet fra psykiatrisk avdeling uten avklaring fra DPS:

Hun bodde da ved Fredensborg bosenter uten oppfølging frem til neste innleggelse snaue to måneder senere. På et ansvarsgruppemøte på akuttavdeling ved XX sykehus (...), var det enighet om at "Hilde" ikke skulle skrives ut fra sykehuset før DPS tilhørighet og mulighet for døgnopphold og avlastning var avklart. "Hilde" tar kontakt med Fredensborg bosenter to døgn senere og forteller at hun skal skrives ut fra sykehuset uten at DPS-tilhørighet er avklart og uten at Fredensborg bosenter er varslet (noe som det ble avtalt på møtet at skulle gjøres). Fredensborg bosenter skrev da en henvendelse som ble fakset overlegen, med kopi til fastlege, sosialkontor og bydelsoverlege. Dette førte til at utskrivning ble utsatt til dagen etter. DPS tilhørighet var da blitt avklart (Årsrapport 2007).

Arbeidet i en slik situasjon består ikke først og fremst i å kartlegge og følge opp beboerens behov, men snarere å sørge for at det som tidligere er avtalt, blir fulgt opp.

De forteller at de bruker mye tid på å avklare ansvarsforhold i situasjoner hvor det er innlysende at beboerne ikke er i stand til dette selv og hvor de ser at konsekvensene for beboerne vil bli store hvis logistikken ikke er i orden.

De ansatte forteller at samarbeidet generelt varierer mellom personer og med bydeler. Noen bydeler har veldig lite tilbud og andre har mer, og Gamle Oslo har mye. Vestre Aker og Ullern har lite bydelstiltak, men sykehussektoren har et bra tilbud.

De ambulerende teamene knyttet til DPS'ene er også veldig ulike. De ansatte forteller at de må bruke mye tid på relasjonsbygging med hver og en av aktørene for lett å kunne nå igjennom. Det er vanskelig å komme inn i Josefinesgate DPS, men er man inne blir det veldig bra. ROP Tøyen stikker seg positivt ut, men har for lite kapasitet.

Andre om samarbeidet

ROP Tøyen er en samarbeidspartner for *Min Plan*. De forteller at deres inntrykk er at de ansatte på *Min Plan* er gode til å følge opp klientene, og at de skriver ordentlige rapporter om hver klient, der

de vurderer klientens boevne. Samarbeidet med dem fungerer også godt, mener ROP Tøyen.

Individuell plan

I årsrapporteringen fremgår det at av de 20 beboerne som fikk hjelp i 2007, har seks hatt en individuell plan. I de resterende sakene har det vært utarbeidet en samarbeidsavtale med målsetning, delmål, tiltaksplan, ansvarsfordeling og tidsfrister. Denne planen anses av prosjektet langt på vei å være lik en individuell plan, og beboerne har hatt muligheten til å be om at den skal gjelde som en individuell plan. Klientene har i forbindelse med dette arbeidet fått informasjon om individuell plan og sine rettigheter til en slik plan.

De ansatte forteller at hver bydel har ulike maler for individuelle planer, og noen er veldig omfattende. Personalet mener at for folk som er veldig syke kan individuelle planer bli for store og omfattende hvis man skal følge en del av disse malene. De lager da en enklere versjon.

Prosjektet har erfart at i tilfeller der beboere under botiden har vært tvangsinnlagt i akuttpsykiatrien har han/hun kommet tilbake med en individuell plan utarbeidet av akuttavdelingen. Primærkontakt i prosjektet kan da være satt opp som koordinator, og det kan være fordelt tiltak på ulike samarbeidspartnere uten at disse og prosjektet har vært invitert inn i utarbeidelsen av planen. Dette oppleves som uheldig.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Av årsrapporteringen for 2007 fremgår det at prosjektets arbeid med brukermedvirkning først og fremst har skjedd på individnivå. Utgangspunktet for arbeidet i prosjektet er klientens egne formulerte målsetning for oppholdet. Dette betegnes som en vesentlig del av deres metodiske tilnærming både i forhold til planarbeidet og oppfølging i den enkelte sak. Å gjøre klientene kjent med deres rettigheter trekkes i den forbindelse også frem som noe prosjektet prioriterer å bruke ressurser på:

Vi opplever at klienter ofte ikke fullt ut er kjent med sine rettigheter, og dermed heller ikke har gjort sine rettigheter gjeldene på enkelte områder (Årsrapport 2007).

Tilbudet i tiltaket er basert på de behovene beboeren har, og det er åpent for at vedkommende kan etterspørre ulik type hjelp. Like fullt er det beboere som ikke ønsker mye innblanding og kontakt. En forteller at kontakten hun hadde med de som jobbet der i hovedsak var av sporadisk karakter, man sa hei og slo av en prat i gangen. Det var ikke noe systematisk samtaleopplegg, men *Min Plan* søkte henne til et senter som tilbyr behandling til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig omfattende rusmiddelproblematikk. Hun synes det var fint at de kunne hjelpe med alt som hadde med papirarbeid å gjøre, og hun ville ut av rusmiljøet. De har også holdt ansvarsgruppe møte der og da passet de ansatte på at alt ble riktig og at hennes rettigheter ble ivaretatt. Hun følte at hun kunne be om hjelp til det hun trengte og at de hørte på henne (Intervju 19.06.08).

En annen beboer forteller at han ved *Min Plan* fikk hjelp til alt han etterspurte. Han nevner eksplisitt praktisk hjelp til å få penger ut fra banken og tilbud om samtaler. De banket på døra og spurte om han hadde det bra. Han forteller at det er det nettopp det han verdsatte så høyt med *Min Plan* – at de var lydhøre og hørte på det han hadde å si og var til stede på de premissene.

Denne beboerens pårørende følte hun som pårørende ble veldig godt tatt vare på der – at de hørte på henne og møtte henne på en fin måte. Men hun synes ikke det ble så mye oppfølging av beboeren som hun hadde håpet på. Han ringte henne innimellom for å prate og sa da at han ikke fikk tak i dem som jobbet der – han sa ”de er jo bare på møter, det er ingen der”. Men hun tror også at han i for stor grad satt på rommet sitt og håpet at de skulle komme uten å ta aktivt kontakt selv. Hun forteller at beboeren er litt innestuttet og ikke så flink til å ta kontakt.

En tredje bruker satte pris på å ha en ringeklokke han kunne bruke hvis han hadde behov for nødhjelp. Da kom de forteller han. Ellers synes han ikke de på Fredensborg var så opptatt av hans liv videre – det er de mer opptatt av på DPS’et hvor han nå bor. På Fredensborg var de mest opptatt av bolig, forteller han. Beboerens pårørende er imidlertid godt fornøyd med sin mulighet til medvirkning og forteller at hun hadde 3 samtaler i den tiden han bodde der – to hvor hun var til stede og en på telefon. De lyttet og tok på alvor det som ble sagt og fikk på plass et godt tilbud. Hun ble invitert med i, og deltok i, ansvarsgruppemøte på *Min Plan* med

sosialkontoret, trygdekontoret og DPS, og hun var invitert med i utviklingen av beboerens individuelle plan.

Selv oppsummerer prosjektet i årsrapporteringen for 2007 at de gjennom sin metodikk har hatt fokus på fleksibilitet i forhold til den enkelte sak, og de opplever at dette har vært avgjørende for å etablere treffsikre tiltak. Det står videre:

Tilbakemeldingen fra klientene som har vært/er tilknyttet prosjektet er blant annet at de har satt pris på denne fleksibiliteten og at tettere kontakt og nærhet til personalet på den nyetablerte avdelingen har vært med på å skape trygghet. Klientene har også gitt tilbakemelding om at det at det arbeides ut fra deres egen formulerte målsetning har vært avgjørende for deres motivasjon for et samarbeid.³⁴

Når det gjelder generell involvering av pårørende forteller de ansatte at det varierer veldig, men at mange ikke har nær familie. Mange av de som har rusproblemer har også rus i egen familie. De fleste unge beboerne i Fredensborg bosenter kommer fra barneverninstitusjoner.

Mange yngre beboere har like fullt mer aktive pårørende, og det har skjedd at pårørende har vært med i ansvarsgrupper, men det er sjeldent. Beboerne ønsker det oftest ikke. De har ett eksempel på at en voksen datter var med i et ansvarsgruppemøte knyttet til en beboer, men de mener det ikke var vellykket (Intervju 08.05.08).

I 2007 hadde de kontakt med pårørende, i varierende grad, i ni av totalt 20 klientsaker i henhold til årsrapporteringen.

5.13.3 *Min Plan*: Oppsummering og vurdering

Min Plan er en del av Fredensborg bosenter, som er et tilbud til bostedsløse hvor mange har omfattende rusproblemer. Tiltaket er et tilbud til psykisk syke, og det er ikke begrenset til rusmisbrukere. Tidligere beboere som har vært der setter stor pris på at det er skjermet mot rusmiljøene som man ellers finner på hospits og i resten av huset, men den ene tidligere beboeren vi snakket med

³⁴ Årsrapporteringen for 2007

som ikke selv er rusmisbruker, opplevde det som ubehagelig at det var så mange med rusproblemer der.

Tilbudet i *Min Plan* er noe annet enn det de ordinære hospitsene tilbyr, men det ser ut fra våre opplysninger ut som om samarbeidspartnere av ulike slag har noe vanskelig for innse dette. Prosjektet forteller om problemer med å nå inn til den psykiske helsetjenesten med beboernes behov. De forteller også om store variasjoner mellom de ulike sektorene og DPS'ene i forhold til hvor godt tilbud disse har og hvor godt samarbeidet fungerer.

De tidligere beboerne og deres pårørende som vi har hatt kontakt med, er veldig fornøyd med hjelpen de har fått. De mener det er et greit sted og bo og at de ansatte både er effektive til få ting på plass og at de er lydhøre for beboernes behov. Beboerne er definitivt å anse som blant de svakeste i samfunnet og faller inn i målgruppen for Storbysatsingen.

37 beboere i 2006 og 20 beboere i 2007 har fått hjelp til utredning og ny bolig. I tillegg har til sammen 17 øvrige beboere på Fredensborg bosenter blitt hjulpet gjennom prosjektet i løpet av de to årene. Pr. 01.09.2009 var 16 personer innskrevet i *Min Plan*.

I rapporteringen for 2006 gikk det fram at en annen satsing – Værestedet Fredensborg – skulle inkluderes i prosjektet. Her var det tenkt at også dagbrukere av bosenteret skulle gis et tilbud om kartlegging av behov. Det er imidlertid ingenting som tyder på at det har vært ytt noen målrettet innsats overfor den gruppen.

I årsrapporteringen for 2007 går det fram at prosjektet selv er svært fornøyd med måloppnåelsen i forhold til de målene som var satt for *Min Plan*. De begrunner det med at klientene i målgruppen har omfattende og sammensatt problematikk både i forhold til psykisk og somatisk helse og rus, og at det ofte er klienter som hjelpeapparatet har hatt vanskeligheter med å komme i kontakt med eller fange opp.

Prosjektet *Min Plan* hjelper mennesker som klart er innenfor den målgruppen som ble prioritert i Storbysatsingen. Brukerne har stort sett alvorlig psykisk sykdom, de har dårlige boforhold, og er å regne blant de svakeste i samfunnet. Mange bostedsløse går inn og ut av ulike midlertidige botilbud, og har liten eller ingen oppfølging fra hjelpeapparatet ellers. Målet med *Min Plan* er å identifisere

mennesker som trenger ekstra kartlegging og oppfølging for å sikre at disse får et adekvat tilbud fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Ved å benytte mer ressurser i en kort og intens kartleggingsfase vil mulighetene til å oppnå langsiktige resultater sannsynligvis være større. Dette arbeidet harmonerer godt med intensjonene i Storbyatsingen.

5.14 Schandorffsgate

5.14.1 Beskrivelse av tiltaket

For å beskrive tiltaket har vi gjennomgått prosjektbeskrivelser i søknadsdokumentene og de ulike årsrapporteringene. Videre har vi intervjuet leder og ansatte i prosjektet ved til sammen tre anledninger, og tre beboere. Vi har også snakket med politiet, et sosialkontor, en bestillerenhet og to ulike deler av DPS.

Mål og målgruppe

Prosjektets hovedmål er i henhold til prosjektbeskrivelsen å utvikle en boligmodell for mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse og et omfattende og problematiske rusmisbruk. Det innebærer å

- utvikle og utprøve en samarbeidsmodell mellom offentlige aktører og frivillig organisasjon,
- etablere samarbeidssystemer rundt klienter med en alvorlig psykisk lidelse og et omfattende rusmiddelbruk, og
- påse at tilbudet rettes mot riktig målgruppe og deres særlige behov

Videre er det skissert følgende delmål:

- Tilby individuelt tilpassede tilbud om bolig og oppfølging som gir stabilitet og trivsel, og mestring av boforhold.
- Tilrettelegge for bedre organisert behandling og ivaretagelse av klientene.
- Utarbeide individuelle planer for å påse at hver enkelt klient får den behandling han/hun har behov for og krav på.
- Redusere antall akuttinnleggelser.

- Mestre bosetting av klientgruppen så det ikke stilles krav til rusfrihet eller ferdig behandlede psykiske lidelser i tiltaket.

Målet med tilbudet er at brukerne skal ha mest mulig tid i egen bolig og minst mulig tid på institusjon. Disse menneskene har tidligere vært i en evig runddans i systemet inn og ut av psykiatriske tilbud fordi tilbudet ”på utsiden” har vært så marginalg, forteller leder for prosjektet (Intervju 18.09.07).

De svakeste

Om målgruppen står det i årsrapporteringen for 2006 at tiltaket er særlig beregnet for personer som har hatt mange korte boforhold og med gjentatte og varige innleggelser i akuttpsykiatrien. Felles for dem er at tidligere tiltak både fra 1. og 2. linjen har vært fragmentert og lite sammenhengende.

Tilbudet i *Schandorffsgate* er laget for en gruppe mennesker som man visste hadde et for dårlig tilbud. De ansatte ved ROP Tøyen³⁵ karakteriserer tiltaket slik:

I *Schandorffsgate* bor de sykeste. Noen av dem vil bare gjemme seg vekk, andre har slitt ut hele hjelpeapparatet (Intervju 02.06.08).

Ikke alle i *Schandorffsgate* har en klar diagnose, men alle er psykisk syke, forteller de ansatte. Og det er flere som har svært vanskelig atferd, bl.a. med vold. Ofte er det uenighet mellom de ulike kompetansepersonene om hva som er problemet/diagnosen. Det er stadig en diskusjon om hva som kommer først: de psykiske problemene eller rusen. De ansatte betegner dette som et høna-og-egget-spørsmål. Problemet med manglende diagnose er at personen ikke får medisiner, og realiteten er at de fleste blir bedre med medisiner, sier de ansatte (Intervju 19.05.08).

Vår informant ved det tilhørende DPS har kjennskap til tre av beboerne. Alle tre har vært underlagt tvungen psykisk behandling etter psykisk helsevernloven §3-3. Han sier at det nesten er umulig å være ”bare” rusmisbruker, ”for var du ikke psykisk syk før du begynte med rus, så ble du det som følge av rusmisbruket”.

³⁵ ROP Tøyen er et eget prosjekt kalt Rus og psykisk lidelse som hører inn under Tøyen DPS.

En av beboerne som sosialkontoret forteller om, har tidligere bodd på hospits, men er utestengt derfra. Han er også utestengt fra sosialkontoret – når de ser ham komme, skynder de seg å låse døra. Vår informant sier det er erkjent at han er psykisk syk, men han har aldri fått en mer spesifikk diagnose. Hun mener han er schizofren, og at han trenger medisiner. Men hvis han skal legges inn for avrusing og utredning for sin psykiske sykdom og medisiner for denne, er det snakk om frivillig innleggelse. Vanligvis holder han ikke ut lenge. Hittil er 11 dager det lengste han har klart, og det er ikke tilstrekkelig i forhold til å få avruset ham nok til at de kan utrede ham. Den rusingen han driver med nå fungerer som en slags selvmedisinering, men han blir bare verre av den, mener hun. Han går ikke på medisiner og har ikke fastlege.

De tre beboerne vi pratet med varierte mht hvor åpne de var om egen sykdom. En forteller om opphold på psykiatrisk sykehus og kontakt med DPS, en annen nevner kort opphold på psykiatrisk sykehus uten å fortelle om annen kontakt eller oppfølging, og den tredje vil ikke snakke om egen sykdom.

De ansatte forteller at det er et stort spenn i psykisk sykdom blant beboerne. Beboerne er totalt forskjellige personligheter. Det eneste de har felles er rusen. Det er to som ikke bruker sprøyter, men én av disse røyker heroin. Den andre bruker alkohol.

Kombinasjonen av psykisk lidelse og rusmisbruket medfører en del utfordringer, og de ansatte sier de må følge godt med på noen av beboerne fordi de kan bli sinte og bruke vold. Særlig er det stor fare for bråk når de mangler rusmidler. Under abstinens blir nesten alt opplevd som en provokasjon, både små og store ting. Da skal det ikke mye til før de eksploderer, sier våre informanter (Intervju 19.05.08).

Oppsummeringsvis kan det sies at tilbudet definitivt favner mennesker som kan karakteriseres som de svakeste i samfunnet.

Forankring og innhold

Prosjektet er forankret i Storbyavdelingen ved St. Hanshaugen bydel, men det driftes av Kirkens Bymisjon på vegne av Oslo kommune.

Prosjektet startet opp i 2005 med planlegging, og det ble brukt 350 000 kroner i lønnsmidler. Huset var ferdig tilrettelagt og tok i

mot beboere fra februar 2006. I løpet av september 2006 var alle leilighetene bebodd. Huset har plass til 11 personer. Senere har tre dødd og én beboer har flyttet fordi hun har blitt rusfri og har kunnet flytte til ordinær kommunal bolig.

I utgangspunktet skal tilbudet i hovedsak være en stabil og god bolig og ikke inkludere svært mye ut over det. De ansatte forteller at hver medarbeider har 1-3 primærkontakter blant beboerne. Det innebærer at de er med på ansvarsgruppemøter for disse, hjelper til med papirarbeid og søknader, og bestiller time hos tannlege eller DPS. De ansatte følger beboerne til avtalte timer hvis det er tid og hvis det oppleves som prekært å få beboerne til behandling. (Intervju 19.05.08)

Ellers er det meningen at beboerne skal klare seg mest mulig selv. De kan gjøre hva de vil i sine egne leiligheter, men kan verken røyke eller bruke rusmidler på fellesarealene, inklusiv uteområdene. Det er stor takhøyde, men mye sikkerhet – brannvarslere, sprinkelanlegg, vektorordning med Securitas og metalldører. Med hensyn til mat så er det svært få som lager noe selv, men de fleste spiser av det som settes frem av gratis mat i første etasje. Etter ett års drift var mange av kjøkkenene i leilighetene ødelagt, og én beboer hadde fått det fjernet (Intervju 18.09.07).

De ansatte legger seg ikke opp i konflikter mellom beboerne så lenge de foregår inne i en leilighet. De forteller at ”jungelens lov rår der” og det kan være en del bråk. Det meste som skjer vet de ansatte lite om. Og det har foregått salg av sex fra leilighetene uten at de ansatte den gang mente de kunne stoppe det (før kjøp av sex ble ulovlig).

Rengjøring er beboernes eget ansvar, men de ansatte oppretter avtaler med de som absolutt må ha oppfølging. Avtalene er vanligvis frivillige, men de har en tvungen avtale med en beboer som fyller opp leiligheten med ting han finner. De ansatte kommer hver torsdag og hiver og rydder. Beboeren liker det ikke, men aksepterer det. En annen avtale for en beboer er at de ansatte skal komme oppom kl 01 og sørge for at det ikke er mer enn 3 gjester der.

Bydelene betaler for plassene og beboerne betaler en husleie. Vanligvis skjer husleiebetalingen ved økonomisk forvaltning fra sosialkontorene. Kun én beboer ordner betaling selv, og det

fungerer. En annen ønsker å ordne det selv, men det fungerer dårlig, forteller lederen av tiltaket (Intervju 18.09.07).

De som bor i *Schandorffsgate* er mellom 30 og 55 år – man ønsket ikke veldig unge beboere. Ca. halvparten er kvinner – her hadde Kirkens Bymisjon innspill, og de ønsket ikke et rent kvinne- eller mannstilbud.

Medisinering er noe som enten skjer frivillig eller tvungent. Hjemmesykepleien kommer med tabletter, mens sprøyter settes av ansatte fra DPS som kommer til *Schandorffsgate*. Hvis beboerne nekter å ta medisiner, låser de ansatte ved huset opp leiligheten etter forhåndsvarsling. Alternativet er at politiet må bryte opp døra. Ut over det, blander de ansatte seg ikke i det som helse-tjenesten gjør for eller med beboerne.

Proessen mot etablering av tiltaket

Leder for prosjektet ”Tak for alle” i bydel St. Hanshaugen, forteller at bakgrunnen for opprettelsen av botilbudet er et prosjekt for bostedsløse fra 1998 hvor behov ble kartlagt. Gjengangere i psykiatrien viste seg å være en gruppe med dårlig dekket behov, og tilbud til klienter med dobbel diagnose manglet. Tiltaket ble utformet i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og rusmiddeletaten (Intervju 18.09.07).

I søknaden på storbymidler fra Oslo Kommune 13.04.05. er både adresse for prosjektet og en beskrivelse av hvor mange boliger og for hvem avklart. Avgrensingen av hvem tilbudet retter seg til bunner i at det kun skal tilhøre én sykehussektor, i dette tilfellet Lovisenberg. Tilbudet omfatter de tre bydelene som sogner til sykehussektoren – Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen.

Avtalene ble inngått i 2005 og i første runde ble Kirkens Bymisjon valgt som drifter fordi de hadde mye erfaring fra lignende. Vinteren 2008/09 ble driften lagt ut på anbud, og Kirkens Bymisjon søkte om å fortsette driften.

Ressursbruk og kompetansebakgrunn hos de ansatte

Lederen forteller i 2007 at driften har vært besørget av tre stillinger fra bydelen og tre fra Kirkens Bymisjon pluss en nattevakt. Totalt er det knyttet 7,1 årsverk til driften og 12 personer er ansatt, hvorav 11 i deltidsstillinger. I 2007 var tre av de ansatte kvinner og ni menn.

Blant de ansatte vi snakket med i 2008 er tre sosionomer og en barnepleier, mens to har annen skoleing, en som brannmann og homeopat og en innen billedkunst. Alle har erfaring fra liknende arbeid andre plasser.

Oslos øvrige tilbud: hvordan passer *Schandorffsgate* inn?

Opprettelsen av *Schandorffsgate* er i tråd med mål i Oslo kommunes handlingsplan for psykisk helsearbeid 2004-2008 der det fremkommer at Oslo kommune har behov for et byomfattende boligprosjekt med tilrettelagte og bemannede boliger for personer med adferdsforstyrrelser ofte i kombinasjon med rusmisbruk.³⁶

Daglig leder i *Schandorffsgate* kjenner ikke til at det finnes noe tilsvarende noe annet sted i byen³⁷, og han mener det i 2008 er Oslos eneste ”sterkbolig”. Oslo har mer herberger og væresteder, men slike tilbyr tidsavgrenset opphold og personale i døra som på en institusjon, i motsetning til *Schandorffsgate*, som skal være mer som en ordinær bolig.

Sosialarbeideren ved det sosialkontoret vi var i kontakt med, fortalte at ingen andre bosteder aksepterte å ha hennes klient boende. Hun mener det finnes mange ulike tilbud til de som ikke er så dårlige, men at det ikke tidligere fantes noe tilbud til sånne som ham. Sosialkontorene blir ofte sittende igjen med denne type klienter uten å få på plass et godt tilbud, og hun savner skjermede boliger for denne gruppen. Boliger er vanskelig for dem som har både rusproblemer og psykisk sykdom – ”de kan jo ikke plasseres hos private utleiere” sier hun.

En av våre informanter ved et DPS sier at han antar de færreste mennesker har lyst til å bo et slikt sted, men at det er bedre enn alternativene. *Schandorffsgate* fyller et behov, mener han, og det er bra at det finnes ideelle organisasjoner som kan drifte slike ting. Han er veldig glad for *Schandorffsgate*, og for at de tar de tøffeste pasientene. Der får de basal omsorg, og det er viktig. Ideologien er hjerterom, noe som mangler ellers i psykiatrien (Intervju 19.06.08).

En politimann med mange års erfaring med utarbeid, forteller at det fra politiets ståsted er flere positive sider med *Schandorffsgate*.

³⁶ Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004 – 2008, s. 43

³⁷ Men det antas i årsrapporten for 2007 at det skal etableres et tilsvarende boligtilbud i en annen sykehussektor i 2008.

Det er klart positivt at disse 11 beboerne har fast bopel i stedet for de mer flyktige bosituasjonene de hadde før huset ble etablert. Når politiet får en henvendelse og skal rykke ut, vet de mer hva som møter dem når de kommer dit – de har psykiatri i bakhodet og er forberedt. Videre anses stedet som tryggere for beboerne med hensyn til brannvarslere og stab som kan ivareta dem, noe som er bedre enn om disse bor i vanlige bygårder med sin adferd som kan representere en fare for andre (ved for eksempel brann) og seg selv (Intervju 12.01.09).

Vi kan konkludere med at stedet representerer noe nytt i forhold til det Oslo har hatt tidligere, og at de instansene vi har snakket med ser tilbudet som et godt og tiltrengt tilbud for de beboerne som har fått plass der.

5.14.2 Hvordan ivaretar *Schandorffsgate* målene i Storbysatsingen?

Innebærer *Schandorffsgate* identifisering og videreformidling av brukere?

Boligene i *Schandorffsgate* er etablert for kjente alvorlig psykisk syke med omfattende rusproblemer og dårlige boforhold. Slik sett faller beboerne – som vi tidligere har påpekt – godt innenfor målgruppen for Storbysatsingen. Tiltaket *Schandorffsgate* innebærer imidlertid ikke identifisering av ”nye” og ”ukjente” psykisk syke.

Videre oppfølging – annen oppfølging

I *Schandorffsgate* er man involvert i å sikre beboerne oppfølging i helsevesenet, og alle beboerne har ansvarsgrupper der tjenestetilbudet til den enkelte samordnes. Beboerne bruker avlastningsplasser i rusomsorgen og har frivillige innleggelse i psykiatrien. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten knyttet til beboerne, som bygger på en gjensidig forpliktelse for å ivareta beboernes tjenestebehov med utgangspunkt i at beboerne vil ha et livslangt behov for tjenester. I henhold til årsrapporteringen for 2007 fungerer avtalen godt, og beboerne har et bedre tjenestetilbud nå samtidig som ressursbruken knyttet til oppfølging av dem har gått ned. Stabile boforhold i *Schandorffsgate*, og ansatte som bidrar til å påse at

beboerne får de tjenestene de har behov for, innebærer større mulighet for stabil oppfølging fra andre tjenester.

Gjort kjent

Mht hvordan tilbudet ble gjort kjent, så hadde bydelene da tilbudet ble opprettet lister med personer de trengte et tilbud til, og tilbudet har slik sett aldri blitt gjort kjent ut over dette, forteller leder i prosjektet (Intervju 18.09.07). Det er heller ingen som kastes ut når de først er inne, så det er ikke nødvendig med nyrekruttering særlig ofte. Når det har vært åpnet for nye beboere har disse kommet fra samme bydel som de som har flyttet eller dødd. Bydelene er opp-tatt av å holde på plassene sine, og det mangler ikke på kandidater til tilbudet, forteller lederen for tiltaket (Intervju 05.02.09).

Da tilbudet ble opprettet ble det etablert et inntaksteam der bestil-leravdelingene i bydelen, kontaktperson fra spesialisthelsetjenesten og daglig leder av tiltaket deltok. Inntaksteamet har som mål å sikre at både bydelene og spesialisthelsetjenesten gis mulighet til å vurdere nye beboere og at målgruppen ivaretas, fremgår det av årsrapporteringen for 2006 (s. 2).

Gir *Schandorffsgate* god, kompetent hjelp til denne brukergruppen?

Hva innebærer tilbudet mht hjelp, bolig og evt fellesskap?

Tilbudet i *Schandorffsgate* skal i hovedsak bare være en bolig, men tilrettelagt slik at de ansatte der sørger for at andre instanser gir den hjelpen beboerne trenger. I tillegg er det et element knyttet til bomiljøet som ikke handler om spesialisert og kompetent hjelp i vanlig forstand, men like fullt om hjelp til å få et bedre liv sosialt og menneskelig.

De ansatte forteller at de ønsker å bygge opp en fellesskapsfølelse blant beboerne, men infrastrukturen rundt beboerne er ikke egnet til dette. De har ikke felles rom og stort sett ikke felles måltider, men de lager ett varmt måltid hver dag. Dette kan beboerne ta med seg i leiligheten, eller de kan sette seg inn på kontoret og spise. Noen gjør det, men det oppleves av de ansatte som litt vanskelig å ha beboere på kontoret fordi de må ”kastes ut” hvis det for eksempel kommer en telefon som er knyttet til en annen beboer. De ansatte smører også brødsiver til frokost, og kaffe serveres nesten hele døgnet. Det kjøpes inn litt mat i *Schandorffsgate*,

men mesteparten av maten får de fra Skarpsno ("gatebarnas far") (Intervju 19.05.08).

De ansatte kan bidra med "hjelp til matlaging" i leilighetene, forteller lederen, og han føyer til at hjelp med mat så å si er den eneste "innblanding" beboerne ønsker (Intervju 05.02.09).

Felles måltider er ikke mulig innendørs fordi det ikke finnes rom for det. De ansatte forteller at de ønsker seg et eget rom der beboerne kan samles. Men for at det skal kunne skje må en av leilighetene – den i første etasje – avvikles. Bydelene ønsker ikke det.

Om det er en god ide med felles måltider er imidlertid usikkert. En av beboerne vi snakket med forteller at han spiser maten de deler ut og gjerne gjør det på kontoret. Men han ønsker seg ikke felles måltider – det blir for mye likt en institusjon, mener han.

Det gjøres ikke noe systematisk for at de ansatte skal bli kjent med beboerne, men de prater med dem når det er naturlig. En ansatt forteller at det kan ta ett år før man får noe særlig kontakt – "denne gruppen mennesker trenger ofte tid på å bli orientert mot å prate med folk", sier han. De ansatte prater en del med noen av beboerne også inne i leiligheten deres, men mange er svært restriktive med å slippe inn ansatte (Intervju 19.05.08). Lederen forteller at huset gjennom de første tre driftsårene har hatt ganske stabile forhold blant de ansatte, og over tid har beboerne begynt å "ettespørre" kontakt med de ansatte i større grad enn tidligere (Intervju 05.02.09).

Det er noen tilløp til felles aktiviteter, men det er ikke nok personale til å ha store fellesutflukter, forteller de ansatte. Det arrangeres av og til lystenning med en prest fra Kirkens Bymisjon, og de ansatte er med og handler litt til leilighetene med beboerne. Ellers har de beboermøte hver 14. dag, og om sommeren inkluderer det grilling ute (Intervju 19.05.08).

Betydningen av boligformen for beboerne

De beboerne vi snakket med er veldig glade for å ha et boligtilbud, og særlig at det er deres egen leilighet hvor de kan låse døra. Ly, varme og en god seng blir trukket frem av en beboer, maten er det viktigste for en annen. Den tredje beboeren vi snakket med hadde springende og sprikende utsagn om å bo der – fra at han var utrygg

og redd, at det er mordere som jobber der, til at stedet hadde reddet ham fra mye tull og at han var glad for at slike steder som *Schandorffsgate* finnes. Han ga i intervjuet uttrykk for at han ikke følte seg trygg i huset pga truende besøkende og andre beboere, men ville ikke si seg enig i at det burde være strengere kontroll med hvem som slipper inn i huset.

En av de andre mener det er ”kjempeallright” å bo der, men at det er et tøft miljø. Han sier han ikke vil bo der når han blir frisk. Også den siste beboeren gir uttrykk for at hun egentlig ønsker å bo et annet sted – borte fra Oslo.

Vår informant ved sosialkontoret er veldig glad klienten har fått plass i *Schandorffsgate*, og hun forteller at det var en opplevelse å se hans reaksjon på å få egen leilighet og nøkkel – det var ”fantastisk, veldig stort”. Det betyr veldig mye for klienten å ha eget husvære, forteller hun.

Også ved ROP Tøyen trekker de fram det positive ved det ordinære leieforholdet. De mener det er kjempeviktig for beboerne at de vet det er vanlig husleiekontrakt, at de kan bli der ”hele livet”.

Beboerne føler seg godtatt og hjemme i *Schandorffsgate*, mener de ansatte i ROP. Det er en god tone i forholdet mellom beboerne og personalet (Intervju 02.06.08).

Innebærer tiltaket nok kontroll og oppfølging?

De ansatte i ROP forteller at personalet innimellom blir truet av beboere eller besøkende til beboerne. *Schandorffsgate* har de dårligste i Oslo, og noen av dem kan være farlige. Det har vært en del skader, og de ansatte har gjerne samtaler med ROP etter slike hendelser (Intervju 02.06.08). I følge leder har forholdene bedret seg i løpet av det siste driftsåret. Han mener de høster fruktene det tredje året etter to turbulente oppstartsår. Beboerne er nå roligere. Tre år på ett sted er lenge for denne gruppen mennesker og vitner om suksess, sier han (Intervju 05.02.09).

Huset tillater rus i egen leilighet, og det er relativt lite innblanding fra de ansatte. Beboerne er også frie til å bevege seg ut og har nøkkel til hovedinngangen. Dette skiller *Schandorffsgate* fra andre bosteder på godt og vondt. Flere av våre informanter i hjelpeapparatet omkring beboerne kunne ønsket mer og strengere oppfølging.

Ved ROP Tøyen mener de at det burde vært enda strengere med mer struktur. Det er særlig vanskelig at det kommer så mange gjester til beboerne i *Schandorffsgate*. Gjestene kan virke truende både på beboere og ansatte. Det hadde vært bedre om beboerne ikke hadde hatt egen nøkkel til hovedinngangen hevder de. Noen av beboerne klarer ikke å sette grenser selv, bl.a. for besøk utenfra (Intervju 02.06.08). Også vår kilde i politiet mener beboerne med fordel kunne hatt enda mer tilsyn (Intervju 19.01.09).

Fra sosialarbeideren vi snakket med sitt ståsted er innholdet i hennes klients oppfølging den største utfordringen. Sosialkontoret har inngått en avtale med *Schandorffsgate* om oppfølging som er ganske detaljert, og tilsier relativt tett oppfølging fra personalet. Dette koster 27 000 kr/mnd, i tillegg til de ca. 8000 som betales i husleie. Hun er usikker på om den oppfølgingen klienten hennes får er god nok, og om de faktisk gjør det som skal til. Like fullt er hun kjempeglad for at *Schandorffsgate* er etablert (Intervju 29.05.08).

Vår informant ved DPS forteller at hans pasient driver en villere ruspraksis i *Schandorffsgate* enn hun gjorde før. Nå driver hun en slags business ved å la andre i rusmiljøet overnatte mot betaling i rusmidler. De ansatte setter for lite grenser, så det blir et ”narko-reir” mener han. Han legger til at pasienten burde hatt restriksjoner på rus. Samtidig understreker han at personalet er flinke – de har høy etisk standard og viser stor raushet. Psykiatri gir definisjonsmakt som kan misbrukes overfor pasienten som maktmiddel, mener han, og det unngås i *Schandorffsgate*. Samtidig er han redd personalet der skal slite seg ut, for beboerne er veldig ressurskrevende (Intervju 19.06.08).

De ansatte i *Schandorffsgate* forteller at opphold borte fra huset, ved soning, tvungen psykisk helsevern eller tvungen behandling for rusmisbruk, for noen har innebåret store endringer ved at de har satt seg som mål å bli rusfrie³⁸. *Schandorffsgate* er imidlertid ikke riktig plass hvis en ønsker å være rusfri, mener de ansatte (Intervju 19.05.08).

De tre beboerne vi var i kontakt med gir i hovedsak ikke uttrykk for at de ønsker noe mer fra de ansatte enn det som gis. En sier han gjerne ville hatt ”mer profesjonell backup”, så hadde han

³⁸ Med unntak av hasjbruk som av de ansattes vurderes å ”ikke gjelde” som rus i samme forstand.

sluppet ”å ligge venner til byrde hele tiden”, men vi får ham ikke til å utdype hva det er han savner.

Den andre beboeren vil ikke snakke om sine behov for hjelp, men forteller at hun liker at det er folk i huset hele døgnet, og hun forteller at hun kommer innom kontoret hver eneste dag.

Den tredje beboeren vi pratet med er tydelig på at han får all den hjelpen han trenger, og at han opplever at de ansatte bryr seg om alle som bor der. Han liker å prate med de ansatte og sitter ofte på kontoret. Han har tidligere vært lagt inn på psykiatrisk sykehus innimellom, men behovet for det har avtatt, noe han mener skyldes at han bor i *Schandorffsgate*.

Oppsummeringsvis ser det ut til at beboerne i hovedsak ikke etterspør mer oppfølging, men at hjelpeapparatet utenifra til dels mener det burde vært fulgt opp mer, at det burde vært stilt krav om rusfrihet, og at det burde vært strengere kontroll med hvem som kommer og går. Både spørsmålet om rusfrihet og kontroll med døra handler imidlertid om hvordan tiltaket er definert i utgangspunktet og blir en del av en annen diskusjon. Hvor mye oppfølging som gis til hver beboer ser delvis ut til å være et resultat av utviklingen av relasjonen mellom beboerne og de ansatte, noe som sett med positivt blikk avspeiler en iboende bruker-medvirkning. Det kan imidlertid også avspeile et manglende ambisjonsnivå. Vi har imidlertid ikke nok informasjon til å konkludere på dette, kun løfte det som et spørsmål.

Kompetanseutvikling

I følge de ansatte finnes det ikke noen kompetanseplan eller noen målrettet kompetanseheving for de ansatte i *Schandorffsgate*. De har hatt et par på etterutdanning, så det er muligheter. Ellers får de ansatte veiledning knyttet til konkrete situasjoner og personer en gang i måneden. Veilederen er en psykiatrisk sykepleier. Hun kjenner arbeidet i *Schandorffsgate* godt, og kjenner også en del av beboerne fra tidligere. I veiledningene tar de opp episoder som har skjedd, hvordan de taklet det, hva de kunne gjort annerledes og hvordan man kan forstå det som har skjedd.

Innebærer *Schandorffsgate* helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Dette tiltaket skiller seg fra andre vi har sett nærmere på i Oslo ved at beboerne eller brukerne ikke skiftes ut, men er stabile over tid. Det ligger derfor godt til rette for at man skal få på plass et tilpasset tilbud med de ulike aktørene.

Prosjektet samarbeider nært med Lovisenberg Diakonale Sykehus og bydelene i sektoren, som det er inngått forpliktende samarbeidsavtaler med. Avtalen beskriver ansvarsfordelingen mellom de ulike nivåene og hvilke tjenester beboerne i tiltaket skal motta. Samarbeidet er basert på en gjensidig forpliktelse i de ulike nivåene i forhold til beoergruppen. Dette innebærer en erkjennelse av at beboerne har behov for et livslangt tjenestetilbud fra flere nivåer og tjenestesteder, står det i årsrapporteringen for 2007.

Leder for prosjektet forteller at samarbeidet med de ulike aktørene går veldig bra. Rammen med en forpliktende avtale gjør arbeidet rundt brukerne lettere. Sykehuset må stille opp når det er behov, og kan ikke gå fra ansvaret sitt. Fordi det kun er ett sykehus som har ansvar for alle beboerne er det også lettere å unngå at ansvar skyves mellom ulike aktører. Etter at samarbeidet har vart over tid er man også blitt kjent, og det gjør alt samarbeid lettere (Intervju 18.09.07).

Samarbeidet evalueres i jevnlige møter mellom ledelsen ved Lovisenberg sykehus og bydelene.

De ansatte forteller at kontakten med DPSene stort sett består i at en ansatt fra DPS kommer og gir depotsprøyte. Legen vi snakket med ved DPS fortalte at for DPS innebærer boformen en praktisk

gevinst ved at de får lettere tilgang til pasientene som det ellers kan være vanskelig å få gitt medikamentene til.

Det er relativt mye kontakt med andre i hjelpeapparatet. Omtrent en tredjedel av beboerne har vært borte i perioder på 3-6 måneder enten pga. soning, tvungent psykisk helsevern eller tvungen behandling for rusmisbruk, forteller de ansatte. Inntrykket er imidlertid at det etter hvert er færre av beboerne som må inn på tvang, og at flere har frivillige opphold nå sammenliknet med tidligere.

Tvangsopphold er generelt ofte av lenger varighet, mens de som legger seg inn frivillig ofte skriver seg raskt ut igjen. I henhold til årsrapporteringene for 2006 og 2007 og prosjektleder i St. Hanshaugen bydel (Intervju 18.09.07), har det vært en nedgang i antall innleggelses og varighet av disse for beboergruppen.

I forhold til psykiatrien er det mest kontakt med ROP ved Tøyen DPS, forteller de ansatte. ROP har egne terapeuter som kommer til *Schendorffsgate*. Ellers er beboerne lite motivert for behandling. Det hender at de ansatte tar initiativ til å kontakte ROP hvis de ser det går dårlig med en beboer. *Schendorffsgate* har en særavtale med dem om innleggelses, så hvis det er prekært kan ROP sørge for innleggelse (Intervju 19.05.08).

Åtte av 11 beboere i *Schendorffsgate* er eller har vært tilknyttet ROP. De ansatte i ROP er ofte mellommenn ved innleggelses forteller de – det er gjerne enklere for dem fordi ROP er en del av spesialisthelsetjenesten. Den viktigste hjelpen ROP kan gi de ansatte i *Schendorffsgate* er å prate med dem når de ringer, og de ringer til dels mye. De ansatte ved *Schendorffsgate* har vært ”fantastisk fleksible” overfor beboerne, forteller staben i ROP (Intervju 02.06.08).

Politiet ved operasjonssentralen, er også en samarbeidspartner med en del kontakt med *Schendorffsgate*. I 2008 hadde de totalt 26 oppdrag knyttet til stedet. 14 av disse hadde med sykdom/psykiatri å gjøre, tre tilfeller angikk narkotika, hvorav to overdoser, tre var ordensforstyrrelser, én gjaldt brann og fem var ”diverse” bl.a. henting av person. Psykisk sykdom er gjerne en del av bildet i svært mye av dette (Intervju 02.01.09).

Operasjonsleder ved sambandssentralen i politiet anser de ansatte i huset som flinke til å håndtere de utfordringene de står overfor fra beboerne, og han forteller at politiet derfor alltid tar henvendelser

fra huset svært alvorlig og sender en patrulje dit hvis de ansatte ber om det. Generelt er slike steder prioriterte fra politiets side forteller han (Intervju 02.01.09).

Arbeidet med individuell plan

I årsrapporteringen for 2007 står det at alle beboerne har individuell plan. Arbeidet med dette trekkes ikke frem av de ansatte som noe de er aktivt med i, men de deltar i ansvarsgruppemøtene.

Bruker- og pårørendemedvirkning?

Fra årsrapporteringen for 2007 ser vi at de fleste beboerne deltar aktivt i sine ansvarsgrupper og i arbeidet med individuell plan, og de beboerne som ønsker medvirkning fra pårørende har disse representert i sine ansvarsgrupper.

Ellers er de ansatte tilgjengelig for å bistå beboerne med det de ber om innen en del gitte rammer. Beboerne vi snakket med hadde ikke noe på hjertet mht brukermidvirkning.

Vårt inntrykk er at beboerne i hovedsak vil ha lite innblanding fra de ansatte og hjelpeapparatet ellers, og at dette er godt forenelig med konseptet *Schandorffsgate* bygger på. Vi har ikke vært i kontakt med pårørende. Det er svært få av beboerne som har pårørende det kunne være aktuelt å snakke med. De aller fleste har svært lite kontakt med familien sin eller har ingen familie.

5.14.3 *Schandorffsgate*: Oppsummering

Schandorffsgate er opprettet med tanke på rusmisbrukere med psykiske lidelser. Beboerne får gjennom *Schandorffsgate* en egen, stabil bolig med leiekontrakt. Takhøyden i huset er stor, både i forhold til utslaget av psykiske lidelser og i forhold til bruk av rusmidler.

Det bor 11 personer i huset. Disse får hjelp i forhold til sitt tilbud ellers i helsevesenet og noe praktisk hjelp, men skal ellers i utgangspunktet klare seg selv. Det er ingen systematiserte tilbud om samtaler med de ansatte, men mange beboere har en del kontakt særlig knyttet til henting av mat og kaffe. De beboerne vi snakket med tar ofte en tur til kontoret og prater med de ansatte.

Stabiliteten i bosituasjonen representerer noe nytt for beboergruppen og ser ut til å ha gunstig virkning på både generell adferd og behov for innleggelse i psykiatrien. Det er bygget opp et system for oppfølging i spesialisthelsetjenesten som ser ut til å fungere godt, og generelt fungerer samarbeidet med andre instanser bra.

Oppfølgingen beboerne får, kontrollen med hvem som kommer på besøk og husets policy mht rus er i noen grad trukket frem som problematiske sider ved *Schandorffsgate* av andre i systemet.

Prosjektets måloppnåelse i forhold til egne mål

Prosjektet har realisert hovedmålet om å ”utvikle en boligmodell for mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse og et omfattende og problematiske rusmisbruk”. I årsrapporteringen for 2007 kommer det til uttrykk at prosjektet anses som svært vellykket, og at det har overføringsverdi:

Virksomheten vurderes å ha svært god overføringsverdi gjennom at tiltaket er nyskapende i forhold til å etablere og drifte et boligtilbud til en svært utsatt gruppe i tett og koordinert samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (Årsrapport 2007:3).

Vår gjennomgang av tiltaket gir ingen grunn til å trekke disse konklusjonene i tvil. Tiltaket er blitt et stabilt botilbud til en utsatt og krevende gruppe som det har vært vanskelig å bosette på en god måte ellers for bydelene.

I årsrapporteringen for 2007 (s. 6) påpekes det at målgruppen for boligene tradisjonelt har befunnet seg i sviktsonen mellom de ulike tjenestenivåene der bolig og oppfølgingstjenester ikke har fungert tilfredsstillende. Tiltakets leder anser derfor at både varigheten av den enkeltes opphold i *Schandorffsgate* og endringer i bruken av spesialisthelsetjenestene viser at samarbeidsavtalen har vært en avgjørende faktor for at tiltaket kan betraktes som vellykket.

Når det gjelder hjelpen som ytes i tiltaket kan det synes som om det er noe større ambisjoner i prosjektbeskrivelsen enn det som er blitt endelig resultat i praksis. De ansatte selv toner ned den involveringen de har i forhold til å legge til rette tilbud for beboerne – de er med på ansvarsgruppemøter og hjelper til med å ordne

praktiske saker, men så langt vi forstår har de ikke noe ansvar i forhold til å opprette individuelle planer eller følge opp at det tilbudet som er avtalt med andre instanser ytes. Heller ikke forteller de at de selv har oppfølging av personene og opplæring direkte. Dette står i noen grad i kontrast til formuleringen om å tilby ”individuell tilpassede tilbud om bolig og oppfølging” som det står i et av delmålene for prosjektet, med mindre ”individuell tilpasset tilbud” betyr at oppfølging skjer ad hoc når det skjer noe eller en beboer ber om noe.

Schandorffsgate i forhold til målene i Storbyatsingen

Tiltaket omfatter definitivt noen av de svakeste i dagens samfunn som har levd under til dels svært vanskelige forhold. De har gjennom tilbudet fått en stabilitet i livet som alle vi har hatt kontakt med har vurdert som gunstig for deres liv og helse. Den stabile bosituasjonen har også resultert i bedre rammebetingelser for oppfølging ellers i hjelpeapparatet.

Så langt vi kan se er hjelpen på flere vis godt tilpasset det behovet beboeren har knyttet direkte til bosituasjonen, og den bidrar til å bygge opp et kvalitativt godt tilbud til gruppen. Imidlertid representerer den ikke en oppbygging av kompetanse om innbyggere med alvorlige psykiske lidelser i hjelpeapparatet. De ansatte i prosjektet får positive karakteristikk av ulike deler av hjelpeapparatet, som mener de gjør en god jobb, men det er ikke knyttet opp til kompetanse i psykisk helsearbeid. Beboerne er imidlertid svært fornøyd med å ha fått den type boligtilbud de nå har.

Når det gjelder et helhetlig og samordnet tilbud til gruppen, ser tiltaket ut til å være positivt mottatt i resten av hjelpeapparatet, og det ser ut til at hjelpen lettere kommer fram til de som trenger den i denne begrensede gruppen.

Utfordringer?

Forholdet til rusing innebærer en klar utfordring for *Schandorffsgate*. Det har vært tre dødsfall i huset de tre årene tilbudet har eksistert. *Schandorffsgate* bygger på at beboerne skal aksepteres og respekteres uansett livsførsel. Rammen for tilbudet er at beboerne står fritt til å ruse seg inne i sin egen leilighet. Flere av våre informanter i andre deler av hjelpeapparatet er noe kritisk til dette. Beboerne gir så langt vi kan se uttrykk for at tilbudet er riktig for dem der de er i

dag. Kanskje er det behov for et supplerende tilbud hvor mål om rusfrihet kan inngå?

Et kritisk spørsmål som reises av flere aktører er kostnadene knyttet til tiltaket sett i forhold til den oppfølgingen som gis. Etter at storbysatsingen er slutt koster det bydelene 40 000 kroner pr måned for hver beboer i tillegg til husleien³⁹. Hjelpeapparatet ser ut til å forvente andre ambisjoner i forhold til helse og rus når de betaler det en døgkontinuerlig oppfølging medfører kostnadsmessig. Dette kommer imidlertid i konflikt med konseptet i tiltaket med at det så langt som mulig skal ligne på et ordinært boforhold slik at beboerne har frihet til å låse døra og bestemme selv hva som foregår bak den lukkede dør.

Når det gjelder kostnadene knyttet til tilbudet gir følgende sitat fra årsrapporteringen for 2007 uttrykk for at det økonomisk har vært en besparelse å innføre tilbudet:

De totale ressursene som benyttes overfor de 11 beboerne er lavere enn hva tilfellet var før innflyting, både i forhold til antall liggedøgn i institusjon og kostnader til midlertidige botilbud fra kommunen. Samtidig vurderes tjenestetilbudet å være kvalitativt vesentlig bedre for den enkelte beboer enn hva tilfellet var før innflytting i boligen og inngåelse av samarbeidsavtalen (Årsrapport 2007:6).

5.15 Oslo kommunes psykiske helsearbeid – Storbytiltakenes rolle

Oslo kommune har en rekke utfordringer i sitt psykiske helsearbeid. For det første innebærer selve størrelsen på byen – folketallet – at det er vanskeligere for hjelpeapparatet å ha oversikt over hjelpetrequende enn det er under mindre forhold. Oslo opplever dessuten at mange flytter til Oslo fra andre deler av landet, uten at de nødvendigvis har noe nettverk i byen. Det er derfor grunn til å tro at det i utgangspunktet er flere ”ukjente” syke i Oslo enn i andre norske kommuner. For det andre har Oslo en

³⁹ Husleien varierer etter leilighetens størrelse mellom 3000 og 7100 kroner i henhold til årsrapporteringen for 2006, s. 6

kompleks administrativ og politisk struktur, med 15 bydeler med utstrakt ansvar for å yte tjenester til sine innbyggere. Bydelene hører inn under tre sykehussektorer med tilhørende DPSer og BUPer, og inntaksgrensene for de ulike tjenestene er ikke alltid sammenfallende. Den kompliserte strukturen gir klare utfordringer knyttet til samarbeid og samordning av tjenester, noe som oppleves særlig sterkt av tiltak med hele byen som inntaksområde. Behovet for midler av den type som storbymidlene representerer må derfor sies å være stort i Oslo. Det er uløste oppgaver både i identifiseringen av hjelpetrequende, i utviklingen av tjenester for de svakeste, og i samordningen av tjenester for brukerne.

Oslo kommune har valgt å benytte midlene fra Storbysatsingen på svært ulike typer tiltak. En del av tiltakene har vært av en klar midlertidig karakter – pengene har vært brukt for å starte opp et tilbud eller øke kompetansen på et felt. I andre tiltak inngår storbymidlene som en del av driften av tiltaket, for å lønne ansatte på mer permanent basis.

De fleste tiltakene iverksatt med storbymidler i Oslo faller godt innenfor intensjonene med Storbysatsingen. En del av midlene brukes enten til å sikre gode boliger til folk med store psykiske problemer, i noen grad også med alvorlig rusavhengighet (*Grefsenlia, Lassonløkken, To skritt fram, Bolig Schu* og *Schandorffsgate*). Noen midler benyttes for å identifisere psykisk sykdom hos de svakeste gruppene og kartlegge deres behov for tjenester (*Min Plan, Dobbeltprosjektet*). Det er også brukt penger på tiltak for å sikre svake grupper et ambulant akutttilbud (Akutteamet) og et godt samlingssted en gang i uken (*Værestedet Trefoldighet*). Alle disse tiltakene oppfyller – etter vår mening – intensjonene i Storbysatsingen slik de ble presisert gjennom diskusjonene i Hurtigarbeidende gruppe.

De tre øvrige tiltakene er vi mer usikre på om faller innenfor Storbysatsingens målgruppe, selv om det er liten tvil om at tiltakene fyller et stort og viktig behov i Oslo. *Institusjonsprosjektet* ser vi som svært viktig og nødvendig, og det har potensielt vidtrekkende konsekvenser for organiseringen av barnevernet og den psykiske helsetjenesten for barn og unge. Tilknytningen til Storbysatsingen kan kanskje forsvares ved at de barna og ungdommene som blir kartlagt i prosjektet med stor sannsynlighet

ville havne i gruppen av aller svakest stilte voksne uten adekvat hjelp. Slik sett har prosjektet et klart forebyggende element.

Også prosjektet *Psykisk helse i Oslo-skolen* er et svært viktig tiltak. Godt samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser for barn, og god kunnskap om psykisk helse i skolene er helt nødvendig for å kunne fange opp barn som sliter psykisk på et tidlig stadium og gi dem adekvat og helhetlig hjelp. Vi er imidlertid av den oppfatning at prosjektet ikke fullt ut treffer målgruppen i Storby-satsingen. Det kan hevdes at psykisk helse i skolen er et tema Oslo kommune burde ha prioritert høyere tidligere, også med økonomiske midler. På den annen side fremstår det prosjektet som nå er utviklet svært lovende, og erfaringene fra prosjektet vil trolig kunne ha stor overføringsverdi til andre kommuner.

Styrking av Barnevernvakta er et lite prosjekt innenfor Storby-satsingen. Også her stiller vi spørsmål om hvorvidt tiltaket forholder seg til målgruppen i satsingen. Bedring av samarbeidet mellom barnevernet og ulike deler av den psykiske helsetjenesten er svært viktig. Etter vår mening må det imidlertid sterkere virkemidler til for å oppnå bedre samarbeid enn et kortvarig prosjekt for gjensidig informasjon om nødvendigheten av samarbeid mellom tjenestene.

Alt i alt har Oslo kommune innenfor Storby-satsingen utviklet en ”pakke” med gode og viktige tiltak for noen av byens svakeste grupper. Prioriteringen av å gi midlene til etatene fremstår som vellykket, ikke minst fordi både Utdanningsetaten og Barne- og familieetaten er blitt involvert i det psykisk helsearbeidet på en god måte.

6 Bergen kommunes prosjekter

6.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi drøfte tiltakene som Bergen kommune har utviklet ved hjelp av midler fra Storbysatsingen i forhold til målene satt for satsingen. Mer spesifikt ser vi på følgende spørsmål:

- Omfatter tiltakene målgruppen for Storbysatsingen?
- Innebærer tiltakene identifisering og videreformidling av folk som trenger hjelp?
- Klarer tiltakene å gi helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?
- Gir tiltakene god, kompetent hjelp til brukergruppen?
- Hvordan sørger tiltakene for bruker- og pårørende-medvirkning?

Vi ser også på Bergens ”totalpakke” av prosjekter i forhold til målene satt for Storbysatsingen.

6.2 Bergen kommunes prosjekter – en oversikt

Prosjektene Bergen kommune har fått støtte til under Storbysatsningen er *Livskrisehjelpen* eller Psykososialt støttesenter ved kriser og traumer, som det ble kalt i søknadene, og to boligtiltak. Botiltakene består av et bofellesskap med nødvendig støtte for personer med dobbeldiagnoser, *Landåsveien bofellesskap*, og et bosenter med nødvendig bistand til personer med psykisk lidelse og lavt evnenivå eller kognitiv svikt, og til personer med langtids institusjonsopphold bak seg, *Kringsjøveien bosenter*. Bolig er et

satsningsområde for kommunen innenfor omsorg for mennesker med psykisk lidelser, og det har vært arbeidet kontinuerlig med etablering av boliger siden 1993. På tidspunktet for intervjuene (april/mai 2008) er det etablert 30 botiltak i kommunen, og ytterligere tre er under planlegging. Kommunen har arbeidet med å differensiere boligtilbudet ut fra erfaringer med at brukere har ulike behov for trygghet, samt ulike ferdigheter både på det praktiske og sosiale plan, noe som medfører behov for booppfølging på ulike nivå. Differensieringen av boliger omfatter:

- **Boliger tilknyttet boteam.** Dette er boliger som er lokalisert i den ordinære boligmassen, men innenfor et geografisk område. Beboerne forutsettes å mestre å bo i egen bolig og kunne forholde seg til naboer på vanlig måte. Til boligen er det knyttet et team med kontor i nærområdet. Teamet gir oppfølging til beboere på dagtid og kveld etter nærmere avtale og er tilgjengelig på telefon innenfor ordinær arbeidstid.
- **Samlokaliserte boliger.** Samlokaliserte boliger ligger i samme hus eller har felles oppgang. Beboerne er selvhjulpne og mestrer å bo i egen bolig. Oppfølging ivaretas av bydelens avdelinger for psykisk helse og de får individuelt tilpassede hjemmetjenester på vanlig måte.
- **Bofellesskap med dagtjenester.** Dette er bofellesskap for personer som er i stand til å være alene store deler av døgnet, samt kveld og natt. Det er tilrettelagte tjenester på dagtid og individuelt tilpassete hjemmetjenester.
- **Bofellesskap med heldøgntjenester.** Slike bofellesskap er tilrettelagt for personer som trenger oppfølging hele døgnet. Det er tilrettelag med individuelt tilpassete hjemmetjenester, samt fellestjenester fra personell knyttet til boligen.
- **Bosenter.** Bosenter er samlokaliserte boliger organisert på samme måte som bolig med heldøgntjenester og med et helhetlig og døgnkontinuerlig tjenestetilbud. Boligen kommer med en ”pakke” av tjenester som inkluderer mat, medisiner og døgnkontinuerlige tjenester. Sentrene hjemles i Kommunehelsetjenestelovens § 1.3 som ”Bolig for heldøgns omsorg”, og beboerne bor i følge vederlagsforskriften (Bergen kommune 2006).

De to omsøkte og etablerte botiltakene tilhører de to siste kategoriene.

Livskrisehjelpen er et lavterskeltilbud til alle som oppholder seg i Bergen kommune. Det er lokalisert ved Bergen Legevakt og skal gi et samtaletilbud til enkeltpersoner i akutte psykososiale kriser og ved dramatiske hendelser. Det er rettet inn mot pårørende etter selvmord og brå død, personer som er i konfliktfylte samlivsbrudd, personer med lettere psykiske problemer eller som har sammen-satte problemstillinger. *Livskrisehjelpen* skal også ta i mot bekymringsmeldinger om alvorlig psykisk sykdom hos personer som ikke selv søker hjelp. *Livskrisehjelpen* ble etablert som svar på et behov for å håndtere kriser ut over det kriseteamene i bydelene er i stand til å gjøre og hjelpen skal ses i sammenheng med den psykiatriske legevakttjenesten, som den er samlokalisert med, og et ambulanseteam som har en form for ”portvaktfunksjon” overfor sykehusene (Livskrisehjelpen 2006, Intervju 07.03.05).

Bergen kommune leverte første gang søknad om midler fra Storbysatsningen i mars 2005. Søknaden omfattet også midler til prosjektene ”Avlastning for psykisk syke barn og unge med utfordrende atferd” og ”Botilbud til bostedsløse kvinner med alvorlig psykiske problemer og store rusproblemer”. Disse to prosjektene fikk ikke støtte fra Storbysatsningen, men er nå i ferd med å bli realisert med andre midler. I søknaden redegjorde kommunen også for hvordan den finner fram til svakstilte med psykiske lidelser som ikke selv søker hjelp. Dette blir i hovedsak gjennomført i eksisterende tjenester. Det vil si i arbeidet som psykiatriske sykepleiere, og siden bydelsvise team, har gjennomført siden 70-tallet, og deres kontakt med instanser i lokalsamfunnet. Slike instanser er helse- og sosialtjenesten, leger, familie, naboer borettslag, politi og frivillige organisasjoner. I søknaden regnes det med at den omsøkte *Livskrisehjelpen* vil være et supplement i arbeidet med å komme i kontakt med brukere som ikke selv søker hjelp. Kommunen regner videre med at andrelinjen, ved DPS’ polikliniske team og det etablerte samarbeidet med sykehusene i prosjekt ”Lokalpsykiatri i Bergen” vil medvirke til å gjøre kommunen oppmerksom på brukere som faller inn under målgruppen (Bergen kommune 07.03.05).

Kommunen ser dermed ut til å basere seg på to metoder for å bli oppmerksom på brukere som faller inn under målgruppen. For det

første, og det ser ut som den viktigste, at det leveres bekymringsmeldinger til bydeler eller *Livskrisehjelpen*. For det andre gjennom henvisninger fra og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det opplyses at kommunen oppfatter at den har oversikt over alle brukere i aktuell målgruppe (Intervju 25.05.07).

Kommunen fikk godkjent tre av sine omsøkte prosjekter og fikk forholdsvis rakst tilbakemelding om at de var innenfor målsettingen for Storbysatsningen og at de ville få økonomisk støtte. Relasjonen mellom kommunen og fylkesmannens helseavdeling karakteriseres som god, mens relasjonen til Helsedirektoratet karakteriseres som mindre god. Det mindre gode gjelder for det første mangelen på kontinuitet i hvilke medlemmer i gruppen som representerte Helsedirektoratet i arbeidet med Storbysatsningen. For det andre gjelder det kvaliteten på informasjonen som ble gitt. Det dreier seg om informasjon om finansieringen av tiltakene som ble satt i verk innenfor Opptrappingsplanens Storbysatsning og hvilke forventninger byene kunne ha til kontinuitet i finansieringen. Konflikt over målsettinger ble oppfattet til dels å nedfelle seg som handlingslammelse fra direktoratets side, og til dels å gi seg utslag i konflikt om hvilke målgrupper som skulle inkluderes i satsingen (Intervjuer 25.05.07, 29.04.08).

Det gis en oversikt over tiltakene i tabell 6.1.

Tabell 6.1 *Bergen kommunes tiltak innenfor Storbysatsningen (2007)*

Tiltak	Type tiltak	Målgruppe/mål	Midler 2007	Årsverk	Underlagt/drives av
Kringsjåveien	Boligtiltak	Alvorlig psykisk syke	7,4 mill	14	Kommunen
Landåsveien	Boligtiltak	Folk med rus og psykiatri 30-50 år	2,65 mill	5	Kommunen
Livskrisehjelpen	Samtaletilbud	Folk i livskriser	2,65 mill	4,5/6	Kommunen

Målgruppe og type hjelp i Bergen kommunes storbyprosjekter

I 2007 gjennomførte vi en registrering av brukerne i Bergen kommunes tre storbyprosjekter, totalt 40 brukere. Noen av tiltakene – i Bergen gjelder det de to botiltakene – har ”faste” brukere som er registrert, mens et annet tiltak – *Livskrisehjelpen* – har registrert kontakter i løpet av en bestemt uke. I dette avsnittet viser vi resultatene for samtlige registrerte brukere i Bergen. Tiltakene i Bergen er svært forskjellige, og har helt ulike brukergrupper. Det kan derfor oppfattes som noe underlig å analysere brukerne samlet. Hensikten er imidlertid ikke å vise noe ”gjennomsnitt” av brukere, men å gi et mer samlet bilde av trekk ved brukerne av storbytiltakene i Bergen.

Halvparten av de registrerte brukerne i tiltakene i Bergen vurderes å ha en alvorlig eller svært alvorlig psykisk lidelse. Det er for en del av de registrerte ikke snakk om sikre diagnoser, men om hvordan en mer eller mindre kompetent person vurderer tilstanden. Samtidig er det en tredel av brukerne i Bergen hvor den som har gjort registreringen sier at han/hun ikke vet om brukeren har en psykisk lidelse, eller mener at brukeren ikke har det. Dette skyldes trolig at et flertall av de registrerte brukerne i Bergen er folk som har kontaktet *Livskrisehjelpen*, hvor kunnskapen om den enkelte bruker gjerne er mindre inngående enn f.eks. i botiltakene. Én av seks brukere i Bergen antas å ha en mindre alvorlig eller lettere lidelse. Dette er stort sett brukere av *Livskrisehjelpen*. Med unntak av én beboer vurderes samtlige beboere i de to botiltakene til å ha en alvorlig psykisk lidelse. Fire av ti brukere oppleves å være funksjonshemmet pga. sin psykiske lidelse.

I Bergen oppgis nesten ingen brukere å være avhengig av rusmidler. Vår kjennskap til tiltakene i Bergen tilsier at dette kan tolkes slik at ingen av brukerne nå er aktive rusmiddelbrukere, men at det finnes brukere som tidligere har hatt store rusproblemer.⁴⁰

⁴⁰ Vi vet ikke hva som er grunnen til at ansatte i botiltaket har valgt å registrere beboerne som ”ikke avhengig av rusmidler”. Et vesentlig kriterium for å få bolig i ett av de aktuelle botiltakene innenfor Storbysatsingen i Bergen er nettopp langvarig rusavhengighet, og et viktig mål for hjelpen er mestring av rusavhengigheten.

I Bergen er over 90 prosent av de registrerte brukerne mellom 19 og 59 år. 5 prosent er under 19 år, og 3 prosent er 60 år eller mer. Bergens brukere skiller seg fra brukerne av storbytiltak i de andre byene ved at en stor andel av brukerne – en av tre – er mellom 50 og 59 år. Også aldersgruppen 19 til 24 er stor i Bergen, med over en firedel av brukerne, mens det er ganske få i gruppene fra 25 til 50 år.

Nesten seks av ti brukere i Bergen er kvinner. En av åtte brukere er fra land utenom Europa.

I registreringsskjemaet har vi spurt om hvilken hjelp som ytes til brukerne (Tabell 6.2). Samtaler/rådgivning er den mest utbredte hjelpen i Bergen. Åtte av ti brukere får slike samtaler. En av tre får hjelp til kontakt og koordinering med andre tjenester og til medisinerings. En av fire får hjelp med huslige sysler, mens omtrent en av åtte får hjelp til fritidsaktiviteter og kontakt med familie og venner. Det er svært få av brukerne i Bergen som får hjelp – gjennom tiltakene i Storbysatsingen – til arbeidstrening eller til å følge opp skole og utdanning. Igjen vil vi påpeke at det synes noe merkelig at ingen av brukerne sies å få hjelp til å mestre rusavhengighet, da dette er et sentralt mål for ett av botiltakene i Bergen.

Tabell 6.2 *Hva slags hjelp får brukerne av tiltaket? Bergen kommune.*
(N=40)

Hva slags type hjelp ytes?	Prosent av alle registrerte
Samtaler/rådgivning	80
Kontakt/koordinering med andre tjenester	33
Medisinerings	33
Husarbeid/matlaging	25
Fritidsaktiviteter	13
Kontakt med pårørende/venner	13
Innkjøp o.a.	10
Økonomistyring	10
Påkledning/personlige gjøremål	8
Arbeidstrening/kvalifisering for arbeid	8
Oppfølging/kontakt med skole/utdanning	3
Avrusning/mestring av rusavhengighet	0

6.3 Kringsjøveien bosenter

6.3.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe for tiltaket

Kringsjøveien bosenter er bolig for heldøgns pleie og omsorg hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven §1.3. Målsettingen med prosjektet er å skape gode rammer for at alvorlig psykisk syke skal bo trygt. Det ble erfart at en målgruppe kommunen er pliktig til å skaffe bolig var i en situasjon der de kunne forkomme i et hjelpeapparat uten struktur og beskyttelse. Det vil si at de hadde behov for et botilbud der den individuelle friheten er noe mindre enn den er i boliger som reguleres av Husleieloven. Mindre individuell frihet innebærer da strammere grenser og mer kontroll, for eksempel kan ikke beboere slippe inn personer uten at dette er avklart med personalet ved bosenteret. Det er heller ikke mulig å ha overnattingsgjester. Samtidig som det legges til rette for denne kontrollen skal botilbudet være individuelt tilpasset på den måten at beboere kan sette individuelt preg på boligen, samt ha egen døgnrytme og dagligliv. Målsettingen er å integrere beboerne i samfunnet og gi dem mulighet til å ha et dagligliv, samtidig som de gis intensiv booppfølging. Det vil si at de får hjelp til å stå opp, stelle seg, ta kontakt med andre, samt handle og lage mat hvis det er ønskelig. Det er mulighet for å få måltider i bosenteret. Bosenteret har fellesarealer i begge etasjene. Det inkluderer stue og kjøkken og en gang som er møblert med sofa og tv.

Delvis oppstod behovet for et bosenter fordi det ble observert at brukere som kommunen kjente ikke var i stand til å opprettholde stabile boforhold og at hjelp ble avvist. Delvis skyldtes behovet for spesielt tilrettelagte boliger fordi kommunen kjente til at spesialisthelsetjenesten fortsatt fungerte som bolig for en gruppe på om lag 20 brukere som ikke ønsket å bli bosatt i kommunen på de premiser som gjaldt, dvs. i de botilbudene som eksisterte i Bergen.

Det var to målgrupper for tiltaket: personer med kombinasjon av lavt evnenivå eller kognitiv svikt og alvorlig psykisk lidelse og personer som etter lang tids institusjonsopphold ikke ønsker seg en selvstendig bolig. Da prosjektet startet opp så det ut til at det var personer tilhørende den første målgruppen som flyttet inn i bosenteret. Dette medfører da en endring i forhold til den første

søknaden som ble levert Helsedirektoratet. Ved oppstart flyttet ti beboere inn, sju menn og tre kvinner, alle mellom 30 og 60 år. Ved intervjutidspunktet har senteret ni beboere.

Prosessen knyttet til etableringen av tiltaket

Søknaden om midler til *Kringsjøveien bosenter* var godt forberedt fra Bergen kommunes side, og søknaden ble ikke revidert i løpet av prosjektperioden. Tiltaket kalles et bosenter og ble lokalisert til en tidligere trygdebolig med til sammen 72 enheter. I den opprinnelige trygdeboligen skulle prosjektet benytte to etasjer med 14 eksisterende boenheter. Dette ble gjort for å skille ad de to brukergruppene som skulle bosettes i bosenteret; personer med kombinasjon av lavt evnenivå eller kognitiv svikt og alvorlig psykisk lidelse, og personer som etter lang tids institusjonsopphold ikke ønsker seg en selvstendig bolig. De resterende delene av bygget blir fortsatt brukt som trygdebolig. De to enhetene har separate innganger. 2005 gikk med til å klargjøre bygget, det vil si flytte ut eksisterende beboere og gjøre de nødvendige ombygginger fra 14 til 11 boenheter,⁴¹ som var ferdig i mars 2006. Innflytting startet umiddelbart, og lederen, som ble ansatt i august 2005, ledet arbeidet med å velge ut beboere. Boenhetene er ettroms leiligheter med kjøkken- del og sovealkove (Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06, Intervju 1 19.10.07).

Ressursbruk

Som vist til over er boligen regulert av Kommunehelsetjenestelovens § 3.1 om heldøgns omsorg. Dette har forskjellige implikasjoner for beboernes. For det første for deres legetjeneste, der de i tillegg til å ha fastleger også har en tilsynslege for bosenteret.⁴² For det andre har det implikasjoner for betalingsmåten der beboere betaler etter vederlagsforskriften. De betaler dermed 75 % av sin trygd for å bo. For det tredje at botilbudet er en ”pakke” der beboere må akseptere også andre elementer, som forsterket kontroll (Bergen kommune 07.03.05, Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06, Intervju 25.05.07 og Intervju 1 19.10.07).

⁴¹ Høsten 2009 opplyses det at det er 9 boliger i Kringsjøveien.

⁴² Det opplyses nå (2009) fra Bergen kommune at beboerne ikke har andre fastleger enn sin tilsynslege, og at de fleste beboerne er flyttet til tilsynslegens liste.

Bosenteret er et relativt kostbart tiltak. Det ble søkt inn midler med hensyn på at det skulle være 14 årsverk i turnus. For 2005 ble det søkt om 7 millioner kroner. Av disse ble 2,5 millioner overført til 2006 grunnet et ekstraordinært botilbud til en person som senere skulle bo i bosenteret. For 2006 ble det søkt om 7,15 millioner og det ble regnet med ca. 850 000 kroner i egenbetaling. Søknaden for 2006 ble tilrådd av fylkesmannen (Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06, Bergen kommune 03.01.06).

6.3.2 Ivaretar Kringsjøveien målene satt i Storby-satsingen?

Innebærer *Kringsjøveien* identifisering og videreformidling av brukere?

Det oppfattes dit hen av både kommunen og fylkesmannen at beboerne ved *Kringsjøveien bosenter* fyller kriteriene som var vedtatt for Storbysatsningen. Beboerne ble vurdert ikke å ha tilstrekkelige tjenester der de bodde før de flyttet inn i bosenteret, men brukerne var godt kjente for hjelpeapparatet. De kom fra spesialisthelsetjenesten, fra egne hjem og fra sykehjem da de flyttet inn, og alle har hatt et langvarig forhold til hjelpeapparatet. Det arbeides mot at beboere over tid skal kunne klare seg med et lavere omsorgsnivå enn det bosenteret tilbyr. Likevel regnes det for de fleste med at *Kringsjøveien* vil være deres permanente bolig, men det kan tenkes at noen over tid vil kunne flytte til et bofellesskap og i større grad klare seg selv. Det ble påpekt i intervjuet at økonomisk ville det være et insentiv for de fleste beboere å flytte til et bofellesskap fordi de da ville kvalifisere for bostøtte (Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06, Bergen kommune 03.01.06).

Tilbyr *Kringsjøveien* god, kompetent hjelp

Gruppen av medarbeidere er flerfaglig sammensatt og det er ansatt sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere. Sykepleiere og vernepleiere ble ansett som nødvendig grunnbemanning fordi beboere også har mange somatiske problemstillinger. I ettertid – når en ser hvor omfattende de somatiske problemene er – kunne en med fordel ha valgt å ha personale med mer helsefaglig bakgrunn, sier koordinator for psykisk helsearbeid i Bergen i september 2009. Ordningen med at tilsynslegen er beboernes fastlege fungerer godt fordi tilsynslegen

kommer til bosenteret og gir god oppfølging og service til de som bor i *Kringsjøveien*.

Senteret hadde opplevd høy turnover og det ble analysert som et resultat av en del rutiner var for dårlige. *Kringsjøveien* har hatt stor grad av diskontinuitet på ledersiden. Først fra 2008 hadde bo-tiltaket stabil personalsituasjon, noe som oppfattes som svært viktig for å få til et godt arbeid for gruppen (Bergen kommune i foredrag 23.09.09)

Det ble opplyst at en del beboere raskt følte at de fungerte bra og noen hadde også gitt uttrykk for at de ønsket å flytte fordi de fungerte godt. Dette var det ikke gjort alvor av, og det ble karakterisert som at ansatte drev realitetsorientering for å få beboere til å forstå at bakgrunnen for et høgt funksjonsnivå var struktur og mye støtte. Denne realitetsorienteringen ble vurdert som viktig fordi det er frivillig å bo i *Kringsjøveien bosenter*, og det var et ønske å unngå at beboere flyttet når de følte seg friske og opplagte (Intervju 1 19.10.07).

Dette med at beboerne ikke bør flytte for raskt, må sees i relasjon til at det er personer med svak evnemessig utrusting eller kognitiv svikt sammen med alvorlig psykisk lidelse. Når de får et godt tilbud, som i *Kringsjøveien*, kan de lett oppleve seg som bedre fungerende enn de er. Dermed kan de også fristes til å flytte ut til nye kriser og dramatik. Koordinator for psykisk helsearbeid i Bergen kommune understreker at det her er en fin balansegang mellom å støtte opp om mestring og vekst og samtidig beholde realismen i behandlingen av den enkelte.

Yter *Kringsjøveien* helhetlige, samordnede tjenester?

Beboerne i *Kringsjøveien* har tilbud om individuell plan. Bosenteret tilbyr helhetlige tjenester og koordinerer i den rollen brukernes oppfølging. Det inkluderer oppfølging som foregår eksternt med spesialisthelsetjenesten, tannlege, lege, sosialkontor og annet. Dialogen med spesialisthelsetjenesten karakteriseres som god og brukerne får komme til avlastning, men de må vente som andre brukere. Bosenteret har samarbeid med et heldøgns bofellesskap som det er samlokalisert med om nattevakt. *Kringsjøveien* har egen nattevakt, men kan i tillegg tilkalle en ekstra slik at det er mulig å være to hvis ekstraordinære situasjoner skulle oppstå om natten. Det har videre kontakt med flere aktivitetshus i byen og

oppfordrer sterkt beboerne til å ta i bruk det nærmeste aktivitets-
huset, som kalles "Linken". Tilbudet der karakteriseres som godt
og som å gi beboere muligheter både for sosial omgang med andre
og for noe fysisk aktivitet. Det gis et eksempel på målsetting det er
mulig å ha for beboere: Å spille fotball i fem minutter per dag. Det
blir ikke mer enn de fem minuttene, men da er det gjort: "De har
tatt fotballen og gått ut og spilt de fem minuttene. Hvis det skjer
tre til fire ganger i uken, er det bra" (Intervju 1 19.10.07).

Praktiserer *Kringsjåveien* bruker- og pårørendemedvirkning?

Utover deltakelse i aktiviteter er det lagt til rette for brukermed-
virkning på flere måter. For det første er det frivillig for beboerne
å motta hjelp i egen leilighet. Medarbeidere inngår avtaler med
beboerne om hva de skal hjelpe dem med. Det understrekes at det
samtales med beboerne om hva de ønsker for seg selv og hva de
ønsker at bosenteret skal hjelpe til med. Senteret har en målsetting
om å være på tilbudssiden, både når det gjelder hjelp til å sette preg
på leilighetene, hjelp til dagliglivets gjøremål og hjelp til å ta sosiale
og andre kontakter utenfor bosenteret. Det ble for eksempel
organisert forhåndsstemming til kommunevalget i 2007, og bebo-
erne fikk tilbud om følge hvis de ønsket å prate med represen-
tanter for politiske partier. Beboere kan også få hjelp til å holde
kontakt med pårørende og det opplyses at en del pårørende er
aktive overfor sine slektninger som bor i senteret. Det gjennom-
føres besøk og gjenbesøk. Det tilbys ledsagertjeneste for beboere
som ønsker å ta i bruk kulturtilbud og det arbeides for å ordne
støttekontakter. Det påpekes at beboeres økonomi er dårlig og at
det setter en del begrensninger for deres bevegelsesfrihet. Derfor
hjelper bosenteret til med søknader om tilleggsmidler. Slike brukes
på reiser, men det er også søkt om og fått midler til briller.

6.3.3 *Kringsjåveien*: Oppsummering og vurdering

Kringsjåveien var det første bosenteret av denne typen Bergen
kommune etablerte, og trolig det første i landet. Det blir oppfattet
som et tiltak som yter god og tilstrekkelig hjelp til sine beboere.
Beboerne i *Kringsjåveien* er klart i målgruppen for Storbysatsningen.
Selv om brukerne stort sett var godt kjent for hjelpeapparatet fra
tidligere, ble de vurdert til ikke å ha gode, adekvate tjenester i
forhold til sine behov. Nå arbeider kommunen med å sette i gang

enda to botiltak etter denne malen. I disse tiltakene vil det bli ytterligere oppmerksomhet rundt brukernes somatiske helseproblemer, bl.a. ved å ha mer helseutdannet personell. De to nye tiltakene vil også få en bedre beliggenhet enn *Kringsjøveien*, i følge koordinator for psykisk helsearbeid i Bergen.

Kringsjøveien bosenter inngår i Bergen kommunes målsettinger for psykisk helsearbeid der differensiering av boliger ble sett som et virkemiddel for å kunne integrere de dårligste brukerne. Oppfatningen i kommunen er at det ville blitt realisert også uten Storbymidlene, men at disse midlene gjorde det mulig å realisere tiltaket på et tidligere tidspunkt enn hva det ellers ville blitt.

Eventuelle utfordringer senteret har er å få på plass rutiner slik at turnover i størst mulig grad unngås da det dreier seg om en sårbar brukergruppe som ikke bør oppleve for mange skifter av omsorgspersonell.

Kringsjøveien bosenter har et visst institusjonspreg. Det er klare rutiner og strukturer rundt beboernes hverdag, og det er lagt opp til en del fellesskapsløsninger. Enkelte vil hevde at noen alvorlig psykisk syke med tilleggsproblematikk i form av f.eks. rus vanskelig vil kunne tilpasse seg en såpass strukturert tilværelse. Andre igjen vil si at struktur er helt nødvendig for denne gruppen. Som vi skal komme tilbake til i avlutningskapitlet, er vår mening at erfaringene fra ulike boløsninger for disse gruppene bør vurderes mer systematisk.

6.4 Landåsveien bofellesskap

6.4.1 Beskrivelse av tiltaket

Landåsveien bofellesskap har fem leiligheter. På tidspunktet for intervju med beboere er det fire som bor der, og den femte er ventende ganske snart. Av de fire som bor der er tre villige til å la seg intervjuer. Intervjuene foregår i beboernes leiligheter, som alle blir vist fram, og de foregår uten at det er noen fra personalet til stede.

Mål og målgruppe

Målsettingen med tiltaket er å tilby bolig til mennesker med en kombinasjon av alvorlige psykiske lidelser og tunge rusproblemer, og som trenger en viss struktur for å bo og booppfølging. Det er en målsetting at beboere skal være rusfrie, men det opplyses at dette ikke overholdes absolutt. Hva som skjer i leilighetene skal være opp til beboere, og episodisk rus tolereres. Tiltaket skal opp- tre fleksibelt og dekke beboeres svingende behov og problemer. Å ha bemanning på ettermiddag/kveld anses som sentralt for å intervensere i og forebygge rusproblemer beboere kan ha. På dagtid antas det at beboere vil være opptatt med dagtilbud av ulike typer. Det første besøket i bofellesskapet ble gjennomført i oktober 2007, da hadde allerede to beboere flyttet ut på grunn av at opp- legget var for ustrukturert for dem, og de ruset seg til et punkt der de selv ba om å bli overflyttet til en bolig med mer struktur enn det *Landåsveien* kunne tilby dem (Bergen kommune 2006, Bergen kommune 03.01.06, Intervju 2 19.10.07).

Proessen frem mot etablering av tiltaket

Landåsveien bofellesskap er også et tiltak som i liten grad er endret underveis i søkeprosessen. I likhet med *Kringsjøaveien bosenter* tok det også lengre tid å bygge om *Landåsveien* enn først antatt.

Landåsveien bofellesskap er etablert i et bygg som tidligere ble brukt til kommunale boliger. Bygget var i behov av omfattende renovering og det ble valgt å bygge ut en ny leilighet i loftsetasjen. Det vil si at bygget nå har fem leiligheter for beboere og en leilighet som benyttes av personalet. Ombyggingen, som var nødvendig for å kunne ta bygget i bruk, ble forsinket grunnet byggesaksbehandling og nabovarsling. Innflytting ble flyttet fra medio 2006 til november 2006, da tre av beboerne flyttet inn. De resterende flyttet inn primo 2007.

For å bygge om og sette i stand *Landåsveien bofellesskap* ble det i 2005 søkt om kroner 2,5 millioner. Dette ble i sin helhet overført til 2006, samt at det dette året ble søkt om 5.975.000 kroner til ombygging og drift. Søknaden ble anbefalt av fylkesmannen i Hordaland (Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06, Bergen kommune 03.01.06). Bofellesskapet startet opp rundt nyttår 2007 etter omfattende ombygging.

Ressursbruk

Bofellesskapet har 5.2 stillingsressurser, det inkluderer hvilende nattevakt, bemanning formiddag og kveld, samt helger. Beboerne bor i følge Husleieloven, de har leiekontrakter og betaler selv sin husleie, samt strøm og utgifter til livsopphold. Huset har fem leiligheter, på tidspunktet for brukerintervjuene er fire bebodd. Leilighetene er på 50-60 kvadratmeter, de har eget kjøkken og ett til to soverom. Loftsleiligheten har åpen kjøkkenløsning. Den siste leiligheten disponeres av personalet til kontor, soverom og garderobe, samt at den inneholder felles kjøkken og stue med tv for alle beboere. Det er også fellesarealer i kjelleren som inneholder treningsrom, datarom, samt vaskerom. Det er felles uteareal tilknyttet bofellesskapet.

6.4.2 Ivaretar *Landåsveien* målene i Storbysatsingen?

Innebærer tiltaket identifisering og videreformidling av brukere?

Alle beboere i *Landåsveien* hadde altså i utgangspunktet kommunale tjenester eller tjenester fra spesialisthelsetjenesten, og hadde vært kjente for tjenesteapparatet forholdsvis lenge før de flyttet inn. Det er meningen at beboere på sikt skal kunne flytte videre til boliger der det ikke er heldøgnsbemanning, men det ble uttrykt en oppfatning om at leilighet i *Landåsveien* vil være deres permanente bolig.

Gir *Landåsveien* god, kompetent hjelp til beboerne?

På intervjutidspunktet i 2007 var det førskolelærer, vernepleier, én hjelpepleier med og én uten videreutdanning, en lærer, to sosionomer og en sosionomstudent blant personalet. De fleste medarbeiderne har videreutdanning i rus eller psykisk helsearbeid (Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06, Intervju 2 19.10.07).

Landåsveien bofellesskap er etablert delvis for å ha et opplegg for beboere etter at de er ferdig rehabilitert på Myrsæther, delvis for å ta i mot beboere fra spesialisthelsetjenesten. Myrsæther er en rehabiliteringsinstitusjon for mennesker med dobbeldiagnosen rus og psykiatri. Det er en korttidsinstitusjon og beboere skal flytte derfra etter ferdig rehabiliteringsløp. Myrsæther er en institusjon med de følgene det har for sosial kontroll, oppfølging og støtte-

arbeid. For eksempel drives det aktiv ”egostøtte” for beboere der for å styrke deres selvtillit også på det å bo for seg selv. Med støtte fungerer beboere godt, det kan ”lure” både beboere og ansatte til å tro at beboere er klare for flytting. Det ble likevel observert stor sårbarhet i forhold til flytting, og det ble etablert treningsleiligheter for å forenkle flytteprosessen. Andelen tilbakefall til rus ble betraktet som svært høy ved flytting til treningsleiligheter ved Myrsæther, og identifisert som et forløp nesten alle beboere fulgte. De fleste beboere som vurderes for *Landåsveien* kommer fra Myrsæther. Myrsæther er også støtteinstitusjon for *Landåsveien*; beboerne skal kunne ha avlastningsopphold der. Den nære koplingen til Myrsæther viser seg å fungere svært godt, og blir regnet som en klar suksessfaktor for *Landåsveien*.

Beboerne i *Landåsveien* er stabilt rusfrie, og de ivaretar langt på vei sin egen husholdning. Flere deltar i ulike typer arbeid og aktivitet. Medarbeiderne i boligen yter oppfølging i bolig hvis ønskelig og de yter oppfølging i forhold til spesialisthelsetjenesten og andre tjenester, som fastlege og psykolog. De kan ta terapeutiske samtaler med beboere, og en medarbeider har utdanning i akupunktur spesielt rettet mot rus-psykiatriproblematikk, og gir de beboere som ville det slik behandling. Hjelpen kan også bestå i at beboere skjermes for faktorer i omgivelsene, for eksempel pårørende.

De ansatte motiverer beboerne til å drive fysisk aktivitet, og trener sammen med dem, samt deltar på bowling, turer og sosiale aktiviteter. Motivasjonen til aktiviteter foregår ved samtaler, men først og fremst ved at beboere får informasjon om aktiviteter. Informasjonen slås opp på en oppslagstavle og beboerne kan ta initiativ til å delta i aktiviteter ut fra den. Denne ordningen kom på plass etter at en beboer hadde gitt uttrykk for at de ansatte ville for mye på hans vegne. Medarbeidere motiverer også beboere til å drive fellesaktiviteter som matlaging og ha sosiale aktiviteter i huset, spesielt på tidspunkter da det ikke er personale til stede. Det er en målsetting at sosiale aktiviteter foregår i fellesrom og ikke i leilighetene (Intervjuer 2 19.10.07, 1 28.04.08).

Beboerne som er intervjuet oppfatter det å bo i *Landåsveien* og hjelpen de får derfra entydig som bra. Huset, leiligheten, medarbeiderne og de andre beboerne oppgis å være kilde til trygghet:

Jeg føler meg trygg her. Menneskene som er her gjør det trygt. Det er også en fin leilighet, stilt og rolig. Jeg har vært mange steder...Jeg føler at de vil meg vel. Hvis jeg fikk problemer vil folk hjelpe meg tilbake. De er interessert i at det går godt med meg” (Intervju 2 28.04.08).

Jeg trives. Jeg må ha rammer. De må være klare. Alt det får jeg her pluss en del til. Tryggheten er viktig. ... Hele settingen her gjør meg trygg. Forutsigbarheten gjør at jeg føler meg trygg. ... En god bolig er viktig for tryggheten (Intervju 3 28.04.08).

Det å bo i *Landåsveien* oppfattes som en mestring av viktige sider ved livet. Det gis uttrykk for at noen har sett at det har gått framover med dem som enkeltpersoner og plukket ut akkurat dem til å bo der:

Jeg fikk høre om *Landåsveien* for ett år siden. De ville ha inn en ny og de så at jeg var i godt gjenge. Jeg har fått som forklaring at de så at jeg ville noe. Kanskje i motsetning til andre. Jeg er heldig som kan bo her, jeg tror det har reddet meg (Intervju 3 28.04.08).

Jeg kom hit fordi ... spurte om jeg var interessert. Jeg ønsket meg videre. Dette tilbudet er fantastisk (Intervju 29.04.08).

Beboere oppfattet at de hadde mestret et viktig aspekt i livet, sin rusavhengighet. Å flytte ble oppfattet som inngangen til en ny fase i livet, og som et godt utgangspunkt for å komme videre. Mestringen ble gitt et nytt innhold; nemlig som å mestre sin egen økonomi og administreringen av eget dagligliv:

Jeg har hatt interimskonto på sosialkontoret. Den har jeg nå avsluttet. Jeg disponerer mine penger selv. Det er spennende. Det er første gangen jeg skal betale husleie nå. Strømmen er også dyr, jeg får hjelp til den også (Intervju 29.04.08).

Vedkommende fortalte først at husleien var høy fordi leilighetene var fullstendig rehabilitert og at det var ytt hjelp til å søke om

bostøtte. Den var innvilget sammen med støtte til å betale strømregningen.

Beboerne har varierende funksjonsnivå og varierende målsettinger ut fra det. Å komme videre er for to beboere å kunne ta sosiale initiativ på egen hånd. Det innebærer basale ting som å gå i butikken, ta buss og benytte kulturtilbud.

Jeg går ikke så mye ut. Med tiden vil jeg gå mer ut (Intervju 2 28.04.08).

Vedkommende benyttet seg en del av de ansatte for å ha følge og dermed kunne gå ut. For den andre er det en målsetting å få støttekontakt:

Jeg har hatt støttekontakt. Med vedkommende var jeg i byen, på kino og vi gikk ut for å spise. Jeg vil ha en støttekontakt igjen. Jeg søkte om det før jul, men har ikke hørt noe enda. Jeg synes det er trasig. Jeg må ha hjelp til å komme meg ut. Jeg går ikke så mye ut (Intervju 29.04.08).⁴³

For en annen er det viktig å komme i inngrep med NAV: Hva som må til for å få NAV på banen i spørsmålet om en bestemt jobb vedkommende ønsker seg. Å forholde seg til NAV ble omtalt som vanskelig:

NAV er vanskelig. Jeg har slitt med dem. Overfor NAV må man være på hugget. Man må helst være noen måneder i forkant på alt. Det er et irritasjonsmoment jeg må fortrenge. Tenker jeg for mye på NAV blir jeg dårlig (Intervju 3 28.04.08).

En av beboerne har deltidsjobb tre dager i uken. De andre dagene brukes til turgåing. En annen venter på jobb og går tur hver dag. Det hender de går sammen, de kan gå med turlaget og de kan gå alene eller med medarbeidere ved huset:

Jeg gikk på fjellet også på Da gikk jeg alene, nå går jeg med turgruppen. Jeg har utviklet meg til å være

⁴³ Vedkommende bruker kunne opplyse om at avdelingen for psykisk helse som hun soknet til og sosialkontoret ikke ble enige om hvem som skulle ha ansvaret for hennes støttekontakt (Intervju 29.04.08).

med på slikt. Jeg går også litt med andre her i bofellesskapet (Intervju 29.04.08).

Alle intervjuede beboere snakker om fellesmiddager og at det er en god måte å samles på i bofellesskapet. Det gis uttrykk for at den typen felleskap er litt skremmende til å begynne med, men at det over tid erfares at det gir trygghet å være sammen:

Vi har fellesmiddager nede i fellesleiligheten. Det er bra. Da er vi sammen alle sammen. Å være der er ok, det var vanskelig for meg til å begynne med. Nå går det greit. Jeg hadde mye sosial angst. Jeg må kunne ta ting i mitt tempo. Nå er det greit, men det har jeg jobbet mye med (Intervju 2 28.04.08).

Jeg er også med på fellesmiddager. Vi finner på; i dag spleiser vi på middag, er det en som sier. Så gjør vi det. de som kan lager mat, vi andre spiser. Jeg synes det er bra, jeg er ikke så glad i å lage mat (Intervju 3 28.04.08)

Alle beboerne gir altså positiv tilbakemelding på å bo i et døgnbemannet bofellesskap. Det er lite de ønsker skulle være annerledes, og de mener det burde være flere slike fellesskap:

Nei, det er ikke noe jeg kommer på burde være annerledes. Jeg synes det er bra. Kommer ikke på noe som er negativt. Alt er utrolig positivt. Jeg håper for andre at det kan bli flere slike steder, også andre steder (Intervju 3 28.04.08).

Jeg synes det er positivt her. Slike fellesskap burde det være flere av (Intervju 29.04.08).

I tilbakemeldingen du gir må du hilse fra meg og si at de må få til flere slike steder. Det er så positivt dette her. De er interessert i oss. Ja, jeg anbefaler det. Det må bare brukes penger på slike steder (Intervju 2 28.04.08).

Ut fra brukernes bedømming er altså dette et tiltak som treffer målgruppen, samt at det framstår som god og kompetent hjelp. Bofellesskapet sørger for stabilitet og kontinuitet, samt administrasjon av dagliglivet, og medarbeiderne sørger for at tjenestene beboere mottar framstår som helhetlige.

Får beboerne et helhetlig og samordnet tilbud?

Beboerne har individuell plan, men kun tre av planene er aktive. En beboer har også en aktiv ansvarsgruppe. Det ble til dels oppfattet som et problem at systemet forventet at det var boligen som skulle ha koordineringsansvaret for planer fordi de selv mener de hjelper til i beboeres dagligliv, de oppfatter seg ikke som en tjeneste brukere har tilgang til. Beboerne hadde nådd viktige mål i sine planer, blant annet om å bo utenfor institusjon, og om å ha arbeid eller annen virksomhet på dagtid. En hadde ønske om å ta en utdanning.

Alle de tre brukerne som er intervjuet ga uttrykk for at individuell plan ikke lenger var aktuelt for dem som et verktøy for å komme seg videre i livet:

Planen er ikke så aktuell lenger. Målene mine var å være sammen med de andre, å være i fellesleiligheten, og få bukt med den sosiale angsten min. Det er jeg kommet godt i gang med (Intervju 2 28.04.08).

Jeg hadde en da jeg bodde på Det gikk mye på mestring. Slike ting som å reise til byen, komme meg på møter og til samtaler. Jeg har jobbet for å nå målene mine (Intervju 29.04.08).

Jeg har hatt en individuell plan, men den var ikke så spesifikk som dette. Jeg tror den fortsatt er der uten å være oppdatert (Intervju 3 28.04.08).

Denne beboeren uttrykte at en individuell plan til et visst punkt er et nyttig redskap. Selv hadde vedkommende brukt den for å forlange at NAV skulle møte i ansvarsgruppe og interessere seg for vedkommendes situasjon. Det hadde skjedd og NAV hadde møtt på ansvarsgrupper det siste året.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Brukerne deltar aktivt i å sy sammen dagliglivet de lever, og de velger selv hvilke aktiviteter de vil delta i og hvordan de vil delta. Brukere deltok ikke i utformingen av selve huset eller leilighetene, de deltok heller ikke i beslutninger om innkjøp av møbler og hvitevarer. Fordi det her dreier seg om mennesker som eier lite var møblering gjennomført før beboere flyttet inn. Ingen av de inter-

vjuede beboerne påpekte det, tvert om ble det påpekt at leilighetene var fine. Beboere har i ettertid fått muligheter til å sette sitt preg på leilighetene gjennom innkjøp av eventuelle brunevarer, samt opphenging av bilder og annen pynt. Beboerne deltar i å fatte beslutninger angående aktiviteter og de motiveres til selv å ta initiativ til aktiviteter for seg selv og aktiviteter gruppen kan ha felles. Ikke alle beboere har pårørende det er aktuelt å involvere, andre har pårørende de har aktiv kontakt med og som har aktiv kontakt med bofellesskapet, da via beboerne. Det gjennomføres besøk og gjenbesøk, og beboere fortalte om reiser de hadde gjennomført for å besøke sine pårørende.

6.4.3 Landåsveien bofellesskap: Oppsummering

Landåsveien bofellesskap blir oppfattet som et tiltak som yter god og tilstrekkelig hjelp til beboerne. Beboere oppfattes å være i målgruppen for Storbysatsningen. De var ikke ”nye” for hjelpeapparatet, men hadde et ikke tilfredsstillende tilbud før de kom til *Landåsveien*. Bofellesskapet inngår i Bergen kommunes målsettinger for psykisk helsearbeid der differensiering av boliger sees som et virkemiddel for å kunne integrere de dårligste brukerne i samfunnet. Oppfatningen er, på samme måten som for *Kringsjøveien bosenter*, at *Landåsveien* ville blitt realisert også uten Storbymidlene, men at disse midlene gjorde det mulig å realisere tiltaket på et tidligere tidspunkt enn hva det ellers ville blitt.

Ett aspekt som ble sett som en viktig utfordring for bofellesskapet i startfasen var sammensetning av gruppen beboere. På den ene siden ble fem sett som et ideelt antall; er det flere kan gruppen bli u håndterlig, er det færre vil gruppen forvitte. Det må kunne etableres et fellesskap også om noen velger å trekke seg tilbake. På den annen side kan fem være et sårbart antall med hensyn på at beboere skal trives sammen og oppfatningen var at de som valgte ut beboere til et bofellesskap av denne typen burde kjenne dem i utgangspunktet. Beboerne bør altså ha en historie i hjelpeapparatet og den bør inkludere avrusning og stabilisering, selv om episodisk rus tolereres.

En annen utfordring som ble nevnt er at slike bofellesskap på den ene siden er arbeidsintensive: tilstedeværelse på natt krever et visst antall medarbeidere. Det bør derfor være noe rom for å kunne benytte medarbeidere i tilknytning til flere tiltak. Det var det i

utgangspunktet lagt opp til for *Landåsveien*. På den annen side er beboerne forholdsvis selvgående og det ble uttrykt at det var oppmerksomhet rundt en problematikk med at personalet ”går på tomgang”. På tidspunkt for intervjuer var det derfor satt i gang et prosjekt for å etablere et liknende bofellesskap for mennesker med både rus- og psykiatrilidelse i et nærliggende bygg (Intervju 2 19.10.07). Høsten 2009 sier koordinatoren for psykisk helsearbeid i Bergen kommune at *Landåsveien* skal ”låne ut” ett årsverk til dette nye botiltaket. Erfaringen fra *Landåsveien* vil bli brukt inn i det nye tiltaket, som vil ha visse likhetstrekk med *Schandorffsgate* i Oslo. At bofellesskapene ligger i nærheten av hverandre er vurdert som et poeng nettopp for å kunne sikre tilstrekkelig bemanning, samt utnytte personalet optimalt.

6.5 Livskrisehjelpen

6.5.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

Målsettingen med Livskrisehjelpen er å yte et samtaletilbud til enkeltpersoner i akutt psykososial krise og/eller å videreformidle mennesker til andre deler av hjelpeapparatet eller. Folk som søker hjelp hos *Livskrisehjelpen* kan være pårørende etter selvmord og brå død, mennesker som opplever konfliktpregede samlivsbrudd, folk med lettere psykiske problemer eller folk med mer sammensatte problemstillinger. *Livskrisehjelpen* tar også i mot bekymringsmeldinger (Livskrisehjelpen 2006, 2007). Det understrekes at *Livskrisehjelpen* ikke er et kriseteam, det er heller ikke et ambulant team, men er stasjonært og tar i mot henvendelser på telefon og fra publikum in persona. Målgruppen er personer som oppholder seg i kommunen. Personer som henvender seg blir henvist videre enten til avdelingene for psykisk helse i bydelene, til fastlegene eller til legevakten. *Livskrisehjelpen* kan også vise pasienter videre til helseforetakets akutteam. For personer som ikke henvises videre kan det ytes inntil tre samtaler (Livskrisehjelpen 2006, 2007, Intervju 26.04.07). Tiltaket er ikke endret i løpet av prosjektperioden, men flere funksjoner er samlokalisert og dermed har flere ressurser skapt et større fagmiljø.

Prosessen frem mot etableringen av tiltaket

Livskrisehjelpen er lokalisert ved Bergen Legevakt, og etter noe ombygging startet tiltaket opp 7. november 2005 med offisiell åpning den 25. november. Leder for prosjektet ble ansatt i september samme år. Det ble brukt noe tid på etablering av kontakt med andre instanser, samt på felles planlegging for ansatte og studietur før *Livskrisehjelpen* åpnet for publikum (Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06).

Ressursbruk

På intervjutidspunktet i 2007 var det etablert 4,25 årsverk ved *Livskrisehjelpen*, med til sammen 5 ansatte (Intervju 26.04.07). Det er ansatt sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. I 2007 ble Vern for Eldre etablert. Dette er et tilbud til eldre utsatt for overgrep. Tiltaket ble lokalisert ved Bergen Legevakt og integrert i *Livskrisehjelpen*. I den forbindelse ble det gitt flere stillingsressurser. Fra 2008 ble også Voldtekstmottaket lagt sammen med *Livskrisehjelpen*. Det er nå ansatt fire personer i 100 % stillinger, to i 75 % og en i 50 %, til sammen 6 årsverk (*Livskrisehjelpen* 2007).

6.5.2 Hvordan ivaretar *Livskrisehjelpen* målene i Storbyatsingen?

Innebærer *Livskrisehjelpen* identifisering og videreformidling av hjelpetrequende?

Tiltaket baserer seg på at publikum tar kontakt enten for å få hjelp til egne problemer eller for å stille spørsmål og få hjelp på andres vegne. Oversikten i Tabell 6.3 viser fordeling av konsultasjoner for årene 2006 og 2007.

Tabell 6.3 *Konsultasjoner ved Livskrisehjelpen*

År/ Type konsultasjoner	2006	2007
Telefonhenvendelser	1130	965
Henvendelser in persona	926	921
Totalt	2056	1886
Av dette: bekymringsmeldinger:		205
Av dette: videre henvisninger:		940

Kilde: Livskrisehjelpens årsrapporter for angjeldende år

De viktigste hovedårsakene til henvendelser er livskriser, symptom på psykisk lidelse og bekymring for andre. De viktigste instansene brukerne henvises videre til er fastlege eller en legevaktinstans, og avdeling for psykisk helsearbeid i hjemkommunen. 20 er vist videre til instans i spesialisthelsetjenesten, av dem har ti blitt henvist til Akutteamet. 46 har blitt henvist til andre tjenester i kommunene, mens 12 er henvist til privat psykolog. Det totale antallet brukere som er henvist videre er 490 fordi flere brukere er henvist flere ganger (Livskrisehjelpen 2007).

Koordinator for psykisk helsearbeid i Bergen kommune forteller høsten 2009 at det er laget nye rutiner for oppfølgingen av bekymringsmeldinger. Denne videreutviklingen av oppfølgingsarbeidet skal bidra til å sikre riktig og god oppfølging av alle som tar kontakt med *Livskrisehjelpen*.

Gir *Livskrisehjelpen* helhetlig og samordnet hjelp?

Livskrisehjelpen oppfatter seg som et forebyggende tiltak som kan hindre innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det er kontakt med bydelens kriseteam og avdelinger for psykisk helsearbeid som skal følge opp brukere som har henvendt seg til *Livskrisehjelpen* etter max. to døgn. Denne kontakten er lagt fast på systemnivå. Det er kontakt med helseforetakets akutteam. Dette tar bare inn brukere med henvisning, men *Livskrisehjelpen* har en avtale om at de kan ta kontakt angående brukere som Akutteamet kan følge opp. Fastlegene er et viktig element i *Livskrisehjelpens* arbeid fordi de kan henvise pasienter både til Akutteamet og videre i spesialisthelsetjenesten. Samtidig oppfatter *Livskrisehjelpen* at den tar en del saker som fastlegene ikke tar, hovedsakelig angående angst og reaksjoner på samlivsbrudd. Angående disse temaene oppfatter representanter

for *Livskrisehjelpen* at det er et ”hull” som tidligere ikke har vært dekket. Det er dessuten lange ventetider for psykiatrisk behandling, noe som oppleves som et klart problem for mange. For de akutte henvendelsene er det 3-6 måneders ventetid ved DPS. For henvendelser om mindre akutte lidelser, som f.eks. angst, er det hele to års ventetid ved DPS og i det resterende psykiatriske behandlingsapparatet (Intervju 26.04.07).

Det opplyses at *Livskrisehjelpen* gir ytterligere hjelp til brukere som er i krise og som ikke kommer videre i systemet. Før ytterligere hjelp gis, prøves gjerne alle muligheter for å vise brukere videre. *Livskrisehjelpen* skal ikke yte helhetlige tjenester, den karakteriseres som en punktinnsett som ytes i vanskelige situasjoner. Den kan likevel være et ledd i helhetlige tjenester til brukere i kraft av å være det leddet som fanger brukere opp og sørger for at de kommer videre og får kompetent hjelp andre steder. Den inngår i de helhetlige tjenestene ved å være den ene instansen som kan ta i mot henvendelser ut over vanlig arbeidstid. Ventetid, og i noen tilfeller ventetid som ble oppfattet som alt for lang, før brukere kan komme videre til kompetent behandling, viser at ansvaret for brukerne ikke er klart nok plassert. Individuell plan er ikke et tema i et tiltak som framstår som en punktinnsett.

6.5.3 *Livskrisehjelpen*: Oppsummering

I følge egne mål slik de framstår i årsrapporter og søknader er *Livskrisehjelpen* et vellykket og godt tiltak som inngår i helheten av tiltak for å fange opp og gi tilbud til personer med psykiske problemer. *Livskrisehjelpen* fungerer også i henhold til målene i Storbysatsningen med hensyn på å være en instans som fanger opp brukere, både nye brukere som er ukjente for hjelpeapparatet, samt brukere som er kjente. Tiltaket er samlokalisert med legevakten, noe som muliggjør et godt samarbeid bl.a. om suicidalitetsvurdering. Legevakten mottok 73 viderehenvisninger fra *Livskrisehjelpen* der selvmordsfare var hovedproblematikken. Tiltaket er basert i at brukere, pårørende eller andre tar kontakt, og driver ikke selvstendig oppsøkende virksomhet. *Livskrisehjelpen* er ikke ambulerende, og drar derfor ikke hjem til folk.

En viktig utfordring for *Livskrisehjelpen* er knyttet til ventetiden for å få sendt brukere videre i systemet. Dette medfører at *Livskrisehjelpen* til en viss grad selv må ta oppfølginger som det er

lagt opp til at andre instanser skal ta. Slik oppfølging kan være krevende i forhold til mengden ressurser *Livskrisehjelpen* har til rådighet.

6.6 Bergen kommunes psykiske helsearbeid – Storbytiltakenes rolle

Bergen kommune er delt i åtte administrative områder, hvert med sine enheter innenfor alle tjenesteområdene. Det er dermed også åtte enheter eller avdelinger for psykisk helse. Disse har ansvaret for boliger, dagsentra og brukerrettede tjenester, samt for kriseteamene, for innbyggerne i sitt område. De kommuniserer med spesialisthelsetjenesten om sine brukere, og de står i kontakt med andre tjenester brukerne eventuelt har behov for. Samordning og utviklingen av de områdebaserte tjenestene skjer i rådmannens administrasjon. I utviklingsarbeidet som drives har det vært observert at mange psykisk syke ikke har fått gode eller tilstrekkelige tjenester, og det er en oppfatning innenfor det psykiske helsearbeidet i kommunen at dette i all hovedsak knytter seg til boligtilbudet. De to boligtiltakene som her er evaluert, bofelleskapet og bosenteret, inngår i en utvikling av tiltak for en gruppe av brukere som trenger forsterket oppfølging for å kunne bo og ha trygghet i hverdagslivet. *Livskrisehjelpen* er et tiltak som fanger opp nye brukere og kanaliserer dem videre i hjelpeapparatet, men som også kan være et tilbud til brukere som er kjente.

Alle tre tiltakene representerer noe nytt i forhold til tjenestene slik de var utviklet i de åtte administrative områdene. *Livskrisehjelpen* er et lavterskeltilbud som er mer profesjonelt enn en krisetelefon, og som også er et alternativ til legevaktens ”samlebåndstilbud” for personer som er i krise. Henvendelse til *Livskrisehjelpen* vil også innebære at personer med psykiske problemer kan gå fra status som ukjent til kjent for hjelpeapparatet og dermed enklere få tilgang til tjenester hvis nødvendig en annen gang. Botiltakene har en integrerende funksjon for brukere som lenge har fått tjenester fra hjelpeapparatet.

De evaluerte tiltakene inngår dermed i en helhet knyttet til utbygging av tjenester for voksne med psykiske lidelser som har funnet sted i opptrappingsperioden, og de inngår i den helheten som utgjøres av Storbystrategien. De inngår imidlertid ikke i noen

helhet av tjenester som skal favne hele befolkningen i og med at tiltak til barn og unge ikke er en del av satsningen. For Bergen kommune har tiltak for barn og unge vært mer problematisk å få på plass enn tiltak for voksne brukere som er kjent i hjelpeapparatet (Intervjuer 25.05.07, 2 29.04.08).

7 Trondheim kommunes prosjekter

7.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi drøfte tiltakene som Trondheim kommune har utviklet ved hjelp av midler fra Storbysatsingen i forhold til målene satt for Storbysatsingen:

- Omfatter tiltakene målgruppen for Storbysatsingen?
- Innebærer tiltakene identifisering og videreformidling av folk som trenger hjelp?
- Klarer tiltakene å gi helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?
- Gir tiltakene god, kompetent hjelp til brukergruppen?
- Hvordan sørger tiltakene for bruker- og pårørende-medvirkning?

Vi ser også på Trondheims ”totalpakke” av prosjekter i forhold til målene satt for Storbysatsingen.

7.2 Trondheims prosjekter – en oversikt

Trondheim kommunes plan for psykisk helsearbeid for voksne for årene 2007-2010 er holdt på et generelt nivå. Det er få konkrete planer utover å bygge ut Oppfølgingstjenestene i botiltak. Til dette planlegges det å bruke 6 millioner kroner i 2007 og 2008. Ut over dette planlegges det tiltak for om lag 3 millioner kroner, av dette går 0,8 millioner til kompetanseutvikling. Tiltakene som omtales i planen dreier seg i stor grad om å utvikle samarbeid mellom

kommunale instanser eller mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fra Storbymidlene ble det innvilget 8 150 000 kroner for 2005, det meste av dette ble overført til 2006, og det ble beregnet at kommunen hadde behov for 9 194 000 kroner for å gjennomføre tiltakene i 2006 (Trondheim kommune 2006 og 12.01.06). Det ser dermed ut til at Storbysatsningen utgjør en viktig del av de samlede Opptrappingstiltakene i kommunen.

Kommunen søkte om til sammen seks tiltak i sin opprinnelige søknad fra 2005.

Tabell 7.1 *Trondheim kommunes tiltak innenfor Storbysatsningen (2007)*

Tiltak	Type tiltak	Målgruppe/ mål	Midler 2007	Årsverk	Underlagt/ drives av
KART	Ambulant tjeneste	Folk med psykiske lidelser og /el rusmisbruk	4,57	8	Kommunen
PART	Ambulant tjeneste	Folk med psykiske lidelser, evt også rus	1,62	2	Kommunen og spesialisthelsetjenesten
Krise-plass kveld /natt	Krise-plass kveld/natt	Folk 20+ m store rusprobl., oftest også store psykiske plager	1,3 mill	2 (til nattkrise-plassene)	Privat
Tett på	Rask hjelp til unge	for unge 12-17 år med psykiske problemer og som ikke er i kontakt med hjelpeapparatet	1,1 mill	2 miljø-terapeuter	Kommunen/ barneverns-vakten

I tillegg til de fire som fikk støtte og som er omtalt her, ble det søkt om et tiltak om tilbud til ungdom etter behandling i barne- og

ungdomspsykiatrien og et kvalifiseringstiltak for minoritetsspråklig ungdom. Disse fikk ikke støtte gjennom Storbysatsingen.

Målgruppe og type hjelp i Trondheim kommunes storbyprosjekter

Vi har gjennomført en registrering av brukerne i Trondheim kommunes fire storbyprosjekter, totalt 128 brukere. Noen av tiltakene har ”faste” brukere som er registrert, mens andre tiltak har registrert kontakter i løpet av en bestemt uke.

Nesten to av tre brukere i tiltakene i Trondheim vurderes å ha en alvorlig eller svært alvorlig psykisk lidelse. For mange av de registrerte er det ikke snakk om sikre diagnoser, men om hvordan en mer eller mindre kompetent person vurderer tilstanden. En av fire brukere antas å ha en mindre alvorlig eller lettere lidelse, mens drøyt ti prosent vurderes til ikke å ha noen psykisk lidelse (eller den som registrerer kjenner ikke til dette). Over to av tre brukere opplever å være funksjonshemmet pga. sin psykiske lidelse.

Nesten en av fire registrerte i Trondheim oppgis å være avhengig av rusmidler. 16 prosent av brukerne har både en alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer.

Tiltakene i Trondheim skiller seg fra tiltakene i de andre byene ved at en relativt stor andel av brukerne er unge – 20 prosent av de registrerte brukerne er under 19 år. Drøyt 70 prosent av brukerne er mellom 19 og 59 år, mens 8 prosent er 60 år eller mer. Den største enkeltgruppen av registrerte brukere i Oslo er mellom 30 og 39 år. Mer enn en av fem brukere er i denne gruppen. 56 prosent er kvinner. Under fem prosent av de registrerte er fra land utenom Europa.

Tabell 7.2 *Hva slags hjelp får brukerne av tiltaket? Trondheim kommune.*
(N=128)

Hva slags type hjelp ytes?	Prosent av alle registrerte
Samtaler/rådgivning	93
Kontakt/koordinering med andre tjenester	58
Kontakt med pårørende/venner	27
Fritidsaktiviteter	15
Avrusning/mestring av rusavhengighet	13
Oppfølging/kontakt med skole/utdanning	12
Innkjøp o.a.	11
Økonomistyring	11
Medisinering	7
Arbeidstrening/kvalifisering for arbeid	6
Husarbeid/matlaging	4
Påkledning/personlige gjøremål	1

I registreringsskjemaet har vi spurt om hvilken hjelp som ytes til brukerne (Tabell 7.2). Samtaler/rådgivning er den klart vanligste hjelpen i tiltakene i Trondheim. Nesten samtlige brukere får slike samtaler. Snaut seks av ti får hjelp til kontakt med andre tjenester, mens drøyt en av fire får hjelp knyttet til fritidsaktiviteter. Det er få brukere i Trondheim som får hjelp – gjennom tiltakene i Storby-satsingen – til arbeidstrening, husarbeid og medisinering.

7.3 Kvelds- og helgetilbud til personer med rus- og psykiatriproblemer (KART)

7.3.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

KART er et tverrfaglig sammensatt ambulant team som arbeider mot diagnosegruppene rus og psykiatri. Det gir forsterket hjelp til brukere på kvelder og i helger. Teamet er opprettet ved å tilføre kommunens fire faste oppfølgingstjenester to nye årsverk hver, til sammen åtte årsverk. På denne måten fikk de stillinger nok til å etablere turnus. De som har kvelds- og helgevakter, fire med-

arbeidere, er samlokalisert med en av oppfølgingstjenestene. De åtte årsverkene består av tre sosionomer med kompetanse på rus, 3 psykiatriske sykepleiere samt én vernepleier og én ergoterapeut, begge med videreutdanning i psykisk helse.

Målsettingen i søknaden fra 2005 var å yte tjenester til personer med store psykiske problemer som bor i ordinær bolig. Ut over det er målsettingen med prosjektet tredelt:

- Å gi et kveldstilbud om støttesamtale/veiledning for kjente personer med store psykiske problemer
- Å gi akutt omsorgshjelp til personer som opplever å være i akutt psykisk ubalanse/forvirringstilstand i samarbeid med legevakt eller psykiater
- Hindre akuttinnleggelser til psykisk helsevern

Den første målsettingen innebærer at det kan gis et tidsavgrenset tilbud til kjente brukere kvelder og helger. Brukere kan få forsterket tilbud fra *KART* i tre måneder. Tilbudet de kan få er ivaretagelse ved overgang fra institusjon til bolig samt forsterket oppfølging ved fall i funksjonsnivå. Tiltaket drifter også en vakttelefon som tar imot bekymringsmeldinger. Telefonen er ikke et lavterskeltilbud, dvs. at telefonen ikke skal være kjent for publikum i sin alminnelighet. Det skal kun være kjente brukere, deres pårørende, legevakt, AMK, politiet og barnevernsvakten som kan ringe telefonen (Trondheim kommune 2006 og 09.03.05). *KART* skal samarbeide med legevakten og med akuttavdelingen ved det psykiatriske sykehuset. Brukere som skal få forsterket oppfølging er allerede registrert, og de mottar eller skal motta tjenester fra et oppfølgingsteam. På intervjudtidspunktet i 2007 var det fortsatt uklart om *KART* kun skal være oppfølging i kriser eller om de også skal drive vanlig oppfølging overfor brukerne (Trondheim kommune 09.03.05, Foredrag 26.04.07, Intervju 01.06.07). I kommentar fra kommunen i 2009 gjøres det imidlertid klart at *KART* skal gi tjenester både til kjente brukere som har avtale med *KART* og ved kriser.

Proessen frem mot etablert tiltak

Tiltaket er ikke endret i prosjektperioden, men det var forsinket slik at omsøkte midler i 2005 ikke ble brukt, og det ble søkt om å

kunne sette resterende midler på fond for 2006. Det ble søkt om kr. 400.000 i tillegg for 2006.

7.3.2 Hvordan ivaretar *KART* målene i Storby-satsingen?

Innebærer *KART* identifisering og videreformidling av brukere?

KART gir oppfølging kun til kjente brukere, og primært ut fra krisepregede situasjoner. Det kan gis forsterket oppfølging i tre måneder. Når denne perioden er over går brukere tilbake til oppfølging kun fra de bydelsvise oppfølgingstjenestene. Ved overgang fra institusjon holder *KART* i brukerne til det er kommet tjenester på plass fra oppfølgingstjenestene. *KART* videreformidler ikke de brukerne som mottar forsterket oppfølging, men sørger for at det etableres en relasjon med én av de fire oppfølgingstjenestene. De som tar kontakt på kontakttelefonen blir vist videre til legevakt eller til kommunens bestillerenhet, som så eventuelt viser brukere videre til egnet tjeneste.

Gir *KART* helhetlig og samordnet oppfølging av brukerne?

Samhandling mellom tjenestene oppgis å være en utfordring i Trondheim kommune (Intervju 01.06.07), og behovet for en tjeneste av *KART*'s karakter kan tyde på at tjenestene som ytes ikke framstår som koordinert og god oppfølging av brukerne. Ut over at *KART* yter tjenester ved overgang fra institusjon til bolig er det uklart når *KART* skal på banen overfor brukere, og det er uklart hvilke trekk ved brukeres sykdomsforløp eller annet som medfører at *KART* involveres i deres sak. Det framstår heller ikke som klart hvilke instanser som har det egentlige ansvaret for brukerne; de fire oppfølgingstjenestene eller *KART*.

Bakgrunnen for at *KART* ble etablert er begrunnet i tidligere brukerundersøkelser, hvor det etterlyses en psykisk helsetjeneste etter kl.15.30. Tidligere var det den ordinære hjemmetjenesten og legevakta som ga hjelp på kveld/helg.

Brukere som får oppfølging fra *KART* har enten individuell plan når de kommer dit eller *KART* bidrar i arbeidet med å etablere en plan. *KART* kan også være med i ansvarsgrupper. I tiltaket er de klare på at de ikke ser det som sitt ansvar å etablere planer for

brukere som ikke selv ønsker det. Brukere kan medvirke i utformingen av det hjelpetilbudet de får. Den forsterkede oppfølgingen kan blant annet bestå av handling, turgåing og trening (Foredrag 26.04.07).

7.3.3 *KART*: Oppsummering

KART gir hjelp både til brukere som er tatt inn i *KART* ved avtale og til andre brukere ved krise. Målsettingen om å hindre sykehusinnleggelse mener *KART* selv at er oppfylt. Med hensyn på målene i Storbysatsningen treffer tiltaket trolig de angjeldende målgrupper. Det ble gjennomført en kartlegging av bostedsløse i Trondheim i forkant av satsningen og det ble identifisert 100 bostedsløse med rus/psykiatriproblemer som kommunen i 2005 ikke var i stand til å gi et tilfredsstillende bo- og oppfølgingstilbud. Disse hjelpetrengende er imidlertid identifisert av hjelpeapparatet, og kan derfor ikke sies å være ”nye” brukere (Trondheim kommune 09.03.05). *KART* gir derfor kun oppfølging til kjente brukere. Tiltakets største utfordring er knyttet til god samhandling mellom tjenestene, både i kommunen og i relasjonen med spesialisthelsetjenestene.

7.4 Psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam (*PART*)

7.4.1 Beskrivelse av tiltaket

I forbindelse med evalueringen hadde NIBR etablert kontakt med to brukere som var villige til å la seg intervju om deres erfaringer med *PART*. Den ene brukeren trakk seg imidlertid da tidspunktet for intervju nærmet seg. For begge brukerne er det intervjuet pårørende, i begge tilfellene er det brukernes foreldre.

Mål og målgrupper

PART er et ambulerende rehabiliteringsteam som skal forenkle tilgangen til tjenester som skal samordnes mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. *PART* skal samlokaliseres med *KART*, og hovedmålsettingen i søknaden fra 2005 er å gi tjenester til kjente

personer med store psykiske problemer⁴⁴ (ofte kombinert med rusproblemer) som bor i bofellesskap. *PART* er et samarbeidsprosjekt mellom et DPS i spesialisthelsetjenesten og kommunen. DPS skal avgi fire stillinger, mens kommunen skal finansiere to samt en koordinator. Tiltaket ble innledningsvis knyttet til to av kommunens fire oppfølgingstjenester, og planen var at dette skulle utvides til alle fire i løpet av ett år. Ved siden av at teamet samarbeider med oppfølgingstjenestene og DPS, skal det samarbeide med brukernes fastleger. Koordinatoren ble knyttet til en av Oppfølgingstjenestene. I søknaden kalles prosjektet ambulant rehabiliteringsteam (forkortes AT). Målsettingene er:

- Pasienter og pårørende skal gjennom måten AT er organisert på oppleve trygghet for at de raskt får bistand
- Forsterke den pågående behandling og rehabilitering over tid, men også trekke seg ut når behovet ikke er der
- Gjennom relasjonsbygging over tid bidra til trygghet i en krisesituasjon for pasienter, deres pårørende og helsepersonell som allerede er inne i situasjonen
- Bidra til kortere og færre innleggelser. Der innleggelser er nødvendig utføres disse på en skånsom og verdig måte
- Bidra til en helhetlig psykiatritjeneste der tilbud gis på riktig nivå
- Være et viktig ledd i en samordnet psykiatritjeneste hvor kommune, sykehus og DPS samhandler etter en avklart og gjensidig forpliktende modell
- Være med å sikre utveksling av informasjon og kunnskap mellom samarbeidende enheter

Kompetanse i tiltaket

En av målsettingene i tiltaket var å rekruttere psykiater. Dette lyktes tiltaket ikke med, og det ble ansatt en psykologspesialist med kompetanse på nettverksarbeid (Trondheim kommune 09.03.05, Fylkemannen i Sør-Trøndelag 10.02.06). Etableringen av *PART* ble utsatt fra 2005 til 2006 grunnet vansker med rekrutteringen. Ved siden av to psykologer, var det på intervjuetidspunktet ansatt

⁴⁴ Kriteriet for å få hjelp er ikke nødvendigvis diagnose, men snarere personens funksjonsnivå.

sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, sosionom og vernepleier. Teamet skal økes med ytterligere fire stillinger; to fra speisalisthelsetjenesten og to fra kommunen. Da ønsker teamet seg to psykologer, sosionom og ergoterapeut (Intervju 2 01.06.07, Intervju 1 07.04.08).

Prosjektet er ikke endret i særlig grad siden første søknad og oppstart, det har fortsatt målsettingene om å være ambulant og rehabiliterende, men det ytes ikke bare tjenester til personer som bor i bofellesskap. På et av intervjutidspunktene er det på tale å etablere et ambulant akutteam i tillegg som skal samarbeide med *KART* og *PART*.

Ressursbruk

I 2005 ble det søkt om 1,55 millioner til *PART*, i 2006 ble det søkt om like i overkant av 1,6 millioner. Søknadene ble anbefalt av fylkesmannen. På intervjutidspunktet i 2008 er det en uke igjen til søknadsfristen for de nye stillingene går ut, og det uttrykkes en viss skepsis til hvordan kommunen i siste instans vil håndtere veksten fordi det er Opptrappingsplanens siste år (Intervju 1 07.04.08).

7.4.2 Hvordan ivaretas *PART* målene i Storby-satsingen?

Innebærer *PART* identifisering av nye hjelpetrequende og god, kompetent hjelp til brukerne?

Innholdet også i dette tiltaket kan beskrives som å forsterke tjenester til kjente brukere. Det skal holdes kontakt med spesialisthelsetjenesten, det inkluderer bringing og henting av brukere i forbindelse med innleggelse, og brukere skal få oppfølging i hjemmet. Oppfølgingen kan inneholde hjelp til husarbeid, handling, trening og sosiale aktiviteter. Det understrekes at særtrekket ved arbeidet er at det skal være høy grad av fleksibilitet og at kontakten skal foregå på brukernes premisser. Dette innebærer frivillighet, og det innebærer at brukere har stor tilgang til medarbeidere, for eksempel ved å ha et telefonnummer de kan ringe:

De får en oppfatning av at de høres. De får en trygghet for at de står øverst på min liste. På den måten unngår vi de unødvendige innleggelsene (Intervju 2 07.09.08).

En av de intervjuede brukerne har dobbeldiagnosen rus/psykiatri, er 25 år og har vært i hjelpeapparatet siden 2001. Intervjuet med brukeren er gjort hjemme. Brukeren bor i en trygdebolig, den framstår ikke som en god bolig, og det er kommet klager på vedkommende. Etter brukerens ønske er kontaktpersonen ved *PART* til stede under intervjuet. Brukeren gir uttrykk for at det er ok å få besøk fra *PART*, og at det er ok at de går ut og kan gjøre forskjellige ting sammen. De bowler eller de kan gå på kino. Brukeren understreker også at vedkommende som er kontakten hos *PART* hjelper til med å holde avtaler med andre deler av hjelpeapparatet. Brukeren forteller at pengene fort tar slutt og benytter anledningen til å beklage seg til vedkommende fra *PART* som er til stede. Det er på tale å opprette hjelpeverge for å løse dette problemet, men de avtalene som skal til lages og brytes uten at det er kommet til noen løsning. Brukeren mener at *PART* gjør en god jobb for ham, og sammenligner med spesialisthelsetjenesten som vedkommende mener ikke har gjort en god jobb. Den har stilt feil diagnose og gitt gale medisiner, i følge brukeren. Vedkommende svarer benektende på at det mottas tjenester fra spesialisthelsetjenesten, men det korrigeres av vedkommende fra *PART* som minner brukeren om at det er kontakt med DPS, og at det har vært gitt tilbud om behandling ved poliklinikk. Brukeren har imidlertid takket nei til tilbudet om behandling (Intervju 2 09.04.08 og samtale med medarbeider).

Brukerens oppfatning av *PART* framstår altså som positiv. Pårørende var også for så vidt positive, men hadde i tillegg noen innsigelser. For eksempel mente foreldre at taushetsplikten stod i veien for at vedkommende bruker kunne få en god tjeneste. Sykdommen ble utløst av en traumatisk hendelse som begge settene med pårørende ikke trodde hjelpeapparatet visste om. Hinderet var taushetsplikten. Far og hans nye kone mener også at det er et for sterkt preg av frivillighet over tjenestene som ytes. Frivilligheten ser de på som årsaken til at det takkes nei til tjenester, og til at det er vanskelig å etablere hjelpeverge. De mener det burde vært stilt krav om at brukeren burde møte et sted hver uke for å ha sosial omgang med andre. Far etterlyser også en ansvarsgruppe og mener at det er det ikke kommet opp tilbud om. Han sier han har inntrykk av at hans sønn er gitt opp av hjelpeapparatet; selv om det kommer tilbud, skjer det ikke noe:

Vi mener stort sett at tilbudene og tiltakene er der, men [brukeren] tar ikke imot. Det synes også som om de har gitt opp (Intervju 08.04.08).

Representantene for *PART* som er intervjuet kommenterer dette og sier at de er blitt "persona non grata" hos vedkommende bruker. Trolig har det skjedd nettopp fordi de kravene far etterlyser ble stilt (Intervju 1 og Intervju 2 07.04.08). Brukeren aksepterer på intervjutidspunktet bare besøk av vedkommende som ledsager oss til intervjuet. Den ansatte i *PART* får også gode skussmål fra begge settene med foreldre (Intervju 08.04.08. og Intervju 4 09.04.08). Mor kan videre fortelle at brukeren bodde to år i et botiltak ved Kong Carl Johans arbeidstiftelse og at dette var svært uheldig fordi tilgangen til rusmidler var for enkel. I løpet av de to årene opplevde de at brukeren ble mye dårligere, og vedkommende var tre ganger innlagt i spesialisthelsetjenesten med psykoser. Hver gang ble brukeren skrevet ut til ingenting med en plastpose i hånden. Oppfatningen er at deres sønn for sent ble fanget opp og tatt alvorlig av hjelpeapparatet. Da det endelig skjedde, mener mor hun ikke involveres tett nok (Intervju 4 09.04.08).

Foreldrene til den andre brukeren er godt fornøyde med det tilbudet deres sønn får. De mener det er viktig med aktiviteter på dagtid, og medarbeidere ved *PART* tar brukeren med på trening, bowling, kino, for å spise pizza og annet. De savner arbeidstiltak, og ønsker at deres sønn kan være i en så normalisert arbeidshverdag som mulig. Foreldrene fant også fram til en arbeidsgiver som ønsket å tilby arbeid. Det ble støttet av *PART*, men ikke av NAV. De ønsker også et nettverk for sønnen, som tidligere var aktivt i idretts- og fritidsliv. Vedkommende kjenner mange og har et godt grunnlag for å ha nettverk, men foreldrene mener tidligere venner ble usikre fordi vedkommende ikke lenger selv orket å holde nettverket sitt i gang. Det ble holdt et nettverksmøte med tidligere venner som foreldrene mener det kom lite ut av. Likevel er de positive til *PART* og det *PART* kan tilby. Også disse foreldrene kontrasterer sin nåværende erfaring til tidligere erfaringer (med rene kommunale tiltak). Situasjonen nå karakteriseres som god:

Han falt igjennom i kommunens tiltak og var utskrevet fra sykehuset til ingenting. ... Det er sympatiske folk ved *PART*, flinke og rolige, de var til god hjelp forrige gang vår sønn ble skrevet ut fra sykehuset (Intervju 3 07.04.08).

Den første gangen vedkommende ble utskrevet fra sykehus ble det ytt hjemmetjenester. Det ble oppfattet som mislykket, blant annet fordi tjenestene ikke var pålitelige; de kunne la være å komme til avtalt tid, og de kommuniserte ikke noen form for endringer med brukeren. Foreldrene er positive til de tjenestene deres sønn nå får, spesielt er de positive til at sykdommen ufarliggjøres og at de involveres og blir hørt. Blant annet gjennomføres det regelmessige møter og det som skjer i møtene oppfattes som mer enn informasjon. Foreldrene er opptatt av at det kan se ut til at *PART* har lite ressurser. Deres sønn er forholdsvis velfungerende, og ved behov for budsjettkutt skjæres det ned på tjenestene vedkommende får. Da opplever de at funksjonsnivået reduseres betraktelig (Intervju 3 07.04.08).

Hvordan sikrer *PART* samordning og samarbeid?

Andre tjenester karakteriseres som A4 sammenlignet med det *PART* tilbyr. Mens *PART* og *KART* (og Oppfølgingstjenestene) oppsøker brukerne, er andre tjenester organisert på den måten at brukerne må komme til tjenestene. Oppfatningen er at det varierer mye i hvilken grad andre tjenester er til stede for brukerne. Medarbeiderne i *PART* oppfatter at de skal yte noe ekstra for brukerne, de skal vurdere hvor det er hull i brukernes tjenester og sette inn sine krefter der. For nye brukere understrekes det at det er ønskelig å få en søknad slik at det er mulig å vurdere hvilke tjenester som skal ytes. Det skal også holdes kontakt med andre tjenester:

Vi går på offentlige kontorer med brukerne. Vi treffer byråkratiet. Jeg ser at byråkratiet oppfører seg bedre når vi er med (Intervju 2 07.04.09).

Koordinering omtales som vanskelig, og oppfatningen er at det avhenger av kjennetegn ved brukerne. De ”vanskelige” brukerne, eller de brukerne det kan være vanskelig å forholde seg til, vil ingen ha ansvaret for. Siden rehabilitering er en målsetting i *PART* holdes det også kontakt med NAV. Den kontakten omtales også som vanskelig:

NAV er vanskelig. De har så godt som ødelagt en jobbmulighet for en av våre brukere. Vedkommende hadde fått jobb. Det var ønskejobben, og den var klar. Men NAV stilte ikke opp. Nå har arbeidsgiver trolig trukket seg. ... Vi har et vindu åpent hos brukerne en tid. Det må vi ta i bruk. Hvis vi ikke lykkes, mister de troen, og muligheten forsvinner. Hvis ikke NAV forstår det, da er initiativet ødelagt. Systemet forstår ofte ikke gruppen, eller de velger å ikke forstå. De medvirker ikke til å skape framgang eller løft (Intervju 2 07.04.09).

Vedkommende spurte seg videre hvilken respekt NAV hadde for brukere all den tid saksbehandleren hos NAV i den aktuelle saken hadde brukt tid og krefter på å fortelle arbeidsgiveren om brukerens ”tykke mappe”.

Teamet skal holde en åpen linje til spesialisthelsetjenesten, og fordi teamets leder sitter i styringsgruppen for et DPS er oppfatningen at det er god kommunikasjon og at kontakten med spesialisthelsetjenesten fungerer. Teamet mener dermed at det er i stand til både å redusere antallet innleggelser og gjøre de nødvendige innleggelserne smidigere (Intervju 1 og Intervju 2 07.04.08). Kontakten med DPS er likevel ikke bare enkel. En av medarbeiderne informerer oss om at *PART* også får negative svar når de søker brukere til DPS for behandling, svar som omgjøres til positive svar når DPS får kunnskap om tilknytningen *PART* har til spesialistnivået. Det oppfattes likevel som vanskeligere å holde kontakten med kommunen. Kontakten er ikke etablert på systemnivå som for spesialisthelsetjenesten, men omtales som saks- og personavhengig. *PART*-teamet ønsker seg en styringsgruppe som kan medvirke til formalisering av kontakt og kommunikasjon. Dette er i april 2008, da har teamet vært virksomt i to år, og enda ikke funnet en praktisk løsning for saksbehandlingen. Medarbeiderne i teamet forholder seg til sine respektive saksbehandlingssystemer ved DPS eller i kommunen. Dette er ett av problemene en eventuell styringsgruppe burde ta tak i (Intervju 1 07.04.08).

Ansatte i *PART* understreker at det etableres individuell plan og ansvarsgrupper for brukere som ikke har det når *PART* kommer i kontakt med dem. Ingen av de intervjuede brukerne har en individuell plan som de selv eller deres pårørende vet om.

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning i *PART*?

PART har et reflektert forhold til bruker- og pårørendemedvirkning. Det understrekes for eksempel i intervjuene som gjøres med leder og medarbeider at tjenesten ytes på brukernes premisser:

På sykehuset snakket vi mye om det. Men på [sykehuset] der jeg jobbet var det lite å bestemme selv. Det var hele tiden på sykehusets premisser. Her er det helt motsatt. Her skal ting foregå på brukernes premisser, sammen med brukeren. ... Ja, vi skal snu det. Her er det helt og holdent på brukernes premisser. Jeg skal bare påvirke dem i riktig retning. (...) Vi tenker på pårørende som en ressurs. Å ha kontakt med dem, for de brukerne som har pårørende, er positivt. Blir de tatt med tidlig i prosessen brenner de seg ikke ut (Intervju 2 07.04.08).

7.4.3 *PART*: Oppsummering

I forhold til egne mål fungerer *PART* godt overfor brukerne. De kan medvirke til å gjøre innleggelser og utskrivninger mer smidige, og trolig vil deres tilgjengelighet overfor brukerne gi en trygghet som vil kunne forhindre noen innleggelser. *PART* holder et godt nivå på dagaktiviteter for de brukerne de kommer i posisjon overfor. Samtidig ser det ut til at hvor vellykket *PART*'s arbeid oppleves å være er avhengig av kjennetegn ved brukerne. Noen brukere ønsker ikke kontakt, og *PART* kommer ikke alltid i posisjon til å yte tjenester. I forhold til målene i Storbysatsningen når *PART* frem til en gruppe av brukere som ikke får tilstrekkelige tjenester i det etablerte hjelpeapparatet, men brukerne er stort sett kjente.

Utfordringene *PART* har er for det første samhandlingen med andre instanser, dette dreier seg som vist både om NAV, kommunens øvrige hjelpeapparat og spesialisthelsetjenesten. Dette medvirker til den andre viktige utfordringen for *PART*: å sikre brukere god og helhetlig hjelp i det ordinære tjenesteapparatet.

7.5 Kriseplass kveld/natt

7.5.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgrupper

Kriseplassene for kveld og natt som er opprettet i Trondheim kommune er to plasser som kjøpes ved kong Carl Johans arbeidsstiftelse. Kriseplassene er for personer som er i akutt psykisk ubalanse, men som ikke fyller kriteriene for sykehusinnleggelse (Trondheim kommune 2006). Plassene inngår i et samarbeid som er etablert mellom det kommunale ambulante teamet (*KART*), AMK, legevakt og politi. Målsettingen er tredelt:

- Ingen med akutt psykisk forvirringstilstand skal tilbys overnatting hos politiet
- Personer med akutt psykisk forvirring skal få kommunal hjelp i akuttfasen
- Personen skal overføres til oppfølgingstjenesten og få oppnevnt kontaktperson

Målgruppen er personer med dobbeldiagnoser rus og psykiatri. *Natt-/kriseplassene* inngår i det tilbudet stiftelsen driver, og er to av i alt ni nattplasser ved kong Carl Johans arbeidsstiftelse. Politiet betaler for fire tilsvarende plasser. De skal være alternativ til fylle-arrest for personer som er i ubalanse. Andre tiltak i stiftelsen er ni korttidsplasser, opp til ett år, til vanskeligstilte, samt tre plasser som kan bebos fra et døgn til en måned. Nattkriseplassene som inngår i Storbysatsningen benyttes av det som stiftelsens representant kaller ”det utegående teamet”. Finansieringen av disse plassene er avhengig av hverandre; skulle politiet eller kommunen si opp sin avtale og plassene bli nedlagt, ville også de andre tilsvarende plassene måtte legges ned, sier vår informant ved Carl Johan arbeidsstiftelse. *Natt-/kriseplassene* er bare til bruk om natten, fra klokken 20:00 om kvelden. Neste dag må brukerne ut (Trondheim kommune 12.01.06, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag 29.03.06, Intervju 3 09.04.08).

Stiftelsen har driftsavtale med kommunen angående flere tiltak enn de to nattkriseplassene, for eksempel yter den booppfølging i ”Småhusene”. Stiftelsen har også flere boligprosjekter: ett med fem

leiligheter, 18 heldøgns omsorgsleiligheter, og 100 leiligheter for trygdede.

I et foredrag i september 2009 opplyser folk fra Trondheim kommune at *natt-/kriseplassene* er flyttet fra Carl Johan arbeidsstiftelse til Leistad Helsehus pr. 01.09.09. Plassene er nå omdøpt fra kriseplasser til trygghetsplasser (Foredrag 23.09.09)

Prosess og ressursbruk knyttet til tiltaket

Tiltaket er ikke endret i perioden Storbysatsningen har pågått. For 2005 søkte Trondheim kommune om 1,2 millioner til tiltaket. Det året var påløpte kostnader i prosjektet kr. 570.000 som kommunen ikke klarte å overføre til Kong Carl Johans Arbeidsstiftelse og som den derfor måtte søke om å få beholde fra de bevilgede storbymidlene i 2005 (Trondheim kommune 23.03.06). De to nattkriseplassene utgjør ikke noen stor del av arbeidsstiftelsens samlede ressursbruk. Stiftelsen har 10,4 årsverk til sammen, av dem har en av basene i ett av botiltakene sju årsverk. Plassene oppleves likevel som viktige for stiftelsens samlede tilbud til denne gruppen av brukere.

Det kan se ut til at dette tiltaket er en nødvendig del av kommunens tilbud til psykisk syke. Nattkriseplassene oppfattes som et lavterskeltilbud. Stiftelsen har også andre tilbud som oppfattes som lavterskel. Brukere som har brukt en nattkriseplass kan få med matpakker når de forlater stiftelsen på dagtid. Det er mulig, også for flere enn de som har benyttet nattkriseplassen, å komme innom for å varme seg og få noe mat og kaffe, eller eventuelt byttet våte klær.

Innebærer *Natt-/kriseplassene* identifisering, videreformidling, samarbeid og samordning?

Arbeidet som gjøres i Kong Carl Johans Arbeidsstiftelse kan bidra til å identifisere hjelpetrengende med psykiske problemer eller lidelser. Representanten for stiftelsen mener at kommunen lar brukere være i fred til de er svært forkomne, og da henvender de seg til stiftelsen for å få tilgang til stiftelsens lavterskeltilbud. Stiftelsen gjør forsøk på å videreformidle brukere i det kommunale hjelpeapparatet, men oppfatter altså å komme til kort i forhold til dette.

Det er ulike oppfatninger i Carl Johan og i kommunen om rutinene for bruk av kriseplassene. I følge Trondheim kommune foreligger det samarbeidsavtale for hvem som har ansvar for å legge inn brukere på krise-/nattplass. Dette er, i følge kommunen, rutiner som også Carl Johan har vært med på å utarbeide (Skriftlig kommentar fra Trondheim kommune 30.08.09).

Fra stiftelsens side oppleves det at det er uoversiktlig med hensyn på hvem som har ansvaret for de to nattkriseplassene. Stiftelsens representant mener at de ikke vet hvor de ansvarlige er lokalisert og at de ikke har kontaktinformasjon. Hver gang stiftelsen mener den har fått oversikt over kontaktperson og -sted, foretas det en omorganisering som igjen gjør kommunens apparat ugjennomsiktig, hevdes det. Ugjennomsiktigheten i kommunen medfører at stiftelsens ansatte ikke vet hvor brukerne skal sendes etter overnattinger, og den har erfaring for at det ikke finnes noen steder brukerne av plassene tas inn. I ett tilfelle har stiftelsen vært nødt til å omgjøre en natt-/kriseplass til et heldøgntilbud fordi kommunen ikke ville ta i mot en person som ble oppfattet som uplasserbar (Intervju 3 09.04.08).

Kommunens kommentar til detteforholdet er at kriseplassen(e) for personer med psykiske lidelser som opplever en akutt krisesituasjon ikke er benyttet av mange personer. Én bruker har benyttet plassen i flere måneder. Hovedtyngden av brukere som benytter kriseplassene er personer med rusmisbruk (politiplasser) (Skriftlig kommentar fra Trondheim kommune 30.08.09)

Stiftelsen kommuniserer med helseforetaket om en del brukere, men opplever også i den kommunikasjonen at brukere som sendes fra stiftelsen til sykehuset kommer tilbake til dem, også hvis de har vært på sykehuset i så mye som tre til fire uker. Konklusjonen som trekkes av stiftelsens representant er at det ikke er noe annet tilbud som fanger opp disse brukerne. Vedkommende mener også at sykehusene skriver ut alt for syke folk, og sammenligner med tilstanden de opplever at folk har når de er på stiftelsen:

Sykehusene skriver ut syke folk. Hvis de er slik som de er her når de på sykehuset, så forstår ikke vi at de kan skrive dem ut. De raserer rom, de skremmer personalet, og annet (Intervju 3 09.04.07).

Stiftelsen får heller ikke vite om brukerne har vedtak på at de skal ha oppfølging. Stiftelsens representant har for eksempel ikke hørt om *PART* og mener at de er for tett på brukerne, eller for ”mye på grasrota”, til å vite hva ulike instanser i kommunen er kalt (Intervju 3 09.04.07).

7.5.2 *Natt-/kriseplass*: Oppsummering

I følge de målene som er satt for tiltaket *natt-/kriseplasser*, fungerer plassene greit. *Natt-/kriseplassene* er hele tiden i bruk, men brukere benytter seg ofte av dem over lang tid. Plassene får karakter av å være mer eller mindre permanente for noen brukere. *Natt-/kriseplassene* kan medvirke til å identifisere brukere. Oppfatningen er at de fanger opp brukere som burde ha tiltak i kommunenes oppfølgingstjeneste, men som ikke får tilstrekkelige tjenester der. Utfordringene for tiltaket *Natt-/kriseplassene* er å vite hvor brukere skal videreformidles og å ha ressurser til å stå på til brukerne faktisk er videreformidlet til et tiltak som passer for dem. Tiltaket er pr. september 2009 omplassert og omdøpt til ”Trygghetsplasser”.

7.6 Tett på

7.6.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgrupper

Tett på er et oppsøkende team knyttet til et innsatsteam etablert i innenfor Ressurscenteret for barnevernstiltak og lokalisert ved barnevernsvakten i politiet. Målet med det oppsøkende teamet er å utvikle noen metoder for å fange opp ungdom som unndrar seg hjelp. Målet for tiltaket *Tett på* var i utgangspunktet:

- Å hindre at ungdom i ”flyt” rekrutteres til rusmiljøer og/eller kriminelt belastende miljøer
- Å prøve ut og utvikle nye metoder for å nå ungdom i ”flyt”, som ikke er kjent for hjelpe- eller behandlingsapparatet
- Å kartlegge behov og sørge for nødvendig hjelp og bistand
- Å reetablere ungdommen i skole eller annen aktivitet

- Å sørge for at det utarbeides en individuell plan for det videre arbeidet med den enkelte ungdom

Målgruppene for tiltaket er ungdom med svak tilhørighet til hjem, skole og nærmiljø, som ikke er kjente for hjelpeapparatet eller som hjelpeapparatet ikke kommer i posisjon til å hjelpe, samt ungdom som oppholder seg i eller rundt belastende miljøer og som gjentatte ganger er observert av barnevernvakten (Trondheim kommune 09.03.05).

Prosessen knyttet til etableringen av tiltaket

Tiltaket har endret seg noe i perioden ved at de to siste målsettingene er frafalt. Også målsettingen om å kartlegge hvem de aktuelle ungdommene er, ble frafalt, fordi det ble ansett som å være for omfattende. Målgruppen ble også spisset:

- Ungdom barnevernsvakten kommer i kontakt med i sitt krise- og akuttarbeid
- Ungdom som har psykiske og sosiale vansker, samt uttalte hjelpebehov
- Ungdom med svak eller konfliktfylt tilhørighet til hjem, skole og nærmiljø, som ikke er kjent for hjelpeapparatet eller der hjelpeapparatet ikke kommer i posisjon til å hjelpe
- Ungdom som er eller står i fare for å knytte seg til etablerte negative ungdomsmiljø som er kjente for hjelpeapparatet eller politi

Pr. 31.12.08 ble 35 familier (til 25 jenter og 10 gutter, 11-17 år) fulgt opp av *Tett på*.. Av disse 35 har 5 av ungdommene psykiske lidelser, 12 har psykososiale vansker, 3 har hatt langvarig rusproblemer, 7 har nylig oppståtte rusproblemer, mens 9 har oppsøkt rusmiljøer (Trondheim kommune i foredrag 23.09.09).

Det vektlegges i intervju at det ikke skal utvikles nye metoder, men at det skal etableres en oppmerksomhet mot hva som skjer når noe lykkes og at erfaringene skal dokumenteres. Prosessen med å etablere bedre metoder har bestått i kvantitativ koding av informasjon om ungdom og deres familiers problemer og behov for hjelp, og egne vurderinger, samt refleksjoner over eget arbeid med de samme ungdommene og familiene. I denne refleksjonsprosessen er metoder og tiltak som benyttes kartlagt, samt at eget

arbeid er kartlagt og analysert. Prosjektets hovedproblem har vært å finne rom for møtene som trengs når refleksjonsprosesser skal settes i gang og vedlikeholdes.

Ressursbruken i tiltaket

Tiltaket søkte om kroner 980.000 i 2005 og om i underkant av 1,3 millioner i 2006. Tiltaket ble tilrådd av fylkesmannen (Fylkesmannen i Sør-Trøndelag 10.02.06).

De ansatte på barnevernvakten som har deltatt i *Tett på* gikk i turnus, og det nødvendiggjorde ressurser for å få til overlapping mellom skift. Det er besluttet at prosjektet skal avsluttes selv om det oppfattes som "liv laga". Det som er oppnådd gjennom arbeidet i *Tett på* skal inkluderes i den enkeltes arbeidshverdag. Prosjektet har etablert en relasjon til Helsedirektoratet, og har vært brukt inn mot temadag om barn arrangert av direktoratet. Arbeidet skal resultere i rapport til direktoratet ("Tett på", rapport 2007, Intervju 1 09.04.08).

Tett på er nå (2009) avsluttet som prosjekt. Arbeidet for målgruppen ivaretas nå av barneverntjenesten (Trondheim kommune i foredrag 23.09.09).

7.6.2 Hvordan ivaretar *Tett på* målsetningene i Storbysatsingen?

Identifisering og videreformidling

Tiltaket identifiserer til dels nye brukere, men hovedsaken av arbeidet består i å få på plass tiltak for ungdom i krise og videreformidle ungdommen og eventuelt deres familier til riktige tjenestetilbud i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Videreformidling skjer både til barnevernet og til BUP og det blir understreket at ungdom som blir videreformidlet til BUP kommer noe raskere i behandling enn andre unge. Ansvarsplasseringen synes klar, prosjektet initierte tiltak for ungdom og familier de kom i kontakt med, og etter tre måneder skulle det foregå en videreformidling til barnevernet hvis ikke andre tiltak var iverksatt. Spissingen av målsettingene innebar at individuelle planer ble kuttet ut.

Praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning i *Tett på*?

I hvilken grad brukerne, som er ungdommene, får store muligheter til medvirkning er uklart. Det er trolig ikke ønskelig med for mye medvirkning fra ungdom som er i krise. Familiene, på den annen side, får muligheter til å medvirke, og det ble formidlet til oss at de fleste familiene ønsket det. I de tilfellene der det var ”tung” familieproblematikk som ble avdekket, kunne medvirkning være vanskeligere fordi kontakten med hjelpeapparatet ikke var ønsket av familien (Intervju 1 09.04.08). Tiltaket framstår nå som en integrert del av tjenestene barnevernvakten og barnevernet i Trondheim kommune yter.

Yter *Tett på* helhetlige og samordnede tilbud?

Barnevernsvakten og prosjektet fanger opp barn i krise, gjør kartlegginger og vurderer hvilke tiltak som kan settes i verk. Det samarbeides med barnevernet, helsesøstre, BUP, *PART* og Kirkens bymisjon. Selv om et viktig mål for *Tett på* er å etablere et helhetlig og godt tilbud for ungdommene og deres familier, karakteriseres ikke alle instansene som like lette å samarbeide med:

Da henger vi på BUP for å bli invitert til møter der vi kan komme med våre vurderinger og si hva vi mener er bra... Men å bli invitert på møter i BUP, det er én sak ... (Intervju 1 09.04.08)

7.6.3 *Tett på*: Oppsummering

Tiltaket framstår som vellykket med hensyn på egne mål. Metoder brukt i arbeidet er dokumentert, og fokus på hva som fungerer er integrert i det daglige arbeidet. Med hensyn på målsettingene i Storbysatsningen er dette et tiltak overfor barn og unge, ikke voksne. Målgruppen for tiltaket ble først kritisert av Landsforeningen for pårørende i psykiatrien, men kommunen opplevde at de fikk gehør for å prioritere barn og unge. Ansatte i prosjektet mener at deres brukere er i målgruppen for satsingen (Intervju 1 09.04.08). De største utfordringene for prosjektet, som nå er avsluttet, har vært å videreformidle metoder og erfaringer til andre tjenester og til eventuelle nye medarbeidere ved barnevernvakten og andre steder i kommunen.

7.7 Trondheim kommunes psykiske helsearbeid – Storbyiltakenes rolle

Tiltakene det ble søkt om midler til i Trondheim avspeiler trolig hvordan kommunen satser på utbygging av tiltak og hvor langt kommunen er kommet i arbeidet med å bygge ut tiltak for sine brukere. I så måte er Trondheim kommet forholdsvis langt i å innse at koordinering mellom enheter i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten utgjør en utfordring på flere områder. Trondheim kommune har endret sin organisasjon til flat struktur og bestiller- utførermodell. Det vil si at oppfølgings-tjenestene i bydelene er administrative enheter med selvstendig ansvar for budsjett, fag og personal. En slik bestiller-utfører-organisering innebærer at det er en avdeling utenfor selve tjenesten, forvaltningsavdelingen, som har ansvaret for å vurdere om brukere skal ha tilgang til tjenester. Erfaringer fra flere kommuner er at både den flate strukturen og bestiller- utførermodellen kan ha negativ innvirkning på enheters evne og vilje til samarbeid og koordinering. Trondheims storbyprosjekter forsøker å ta tak i dette forholdet, og legger stor vekt på å sikre samordning og samarbeid i tjenestene for innbyggere med psykiske problemer.

Av tiltakene i Trondheim er det liten tvil om at *PART* og *KART* forholder seg til en brukergruppe som hører inn under målgruppen til Storbysatsingen. Disse tiltakene gir tjenester til kjente brukere, og bidrar i liten grad til å identifisere ”nye” og ”ukjente” hjelpetrequende, men brukerne oppfattes å ha hatt et for dårlig tilbud før de fikk hjelp fra *KART/PART*.

Når det gjelder *Tett på* er det mer diskutabelt om brukerne kan sies å falle inn under Storbysatsingens målgruppe. For det første er det usikkert om det primært er psykiske problemer som er i fokus hos ungdommene som omfattes av *Tett på*. For det andre er brukerne ungdom, men her kan det hevdes at *Tett på* kan bidra forebyggende ved å hindre at unge mennesker i overgangsfasen til voksen endre opp som hjelpetrequende voksne.

8 Stavanger kommunes prosjekter

8.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi drøfte tiltakene som Stavanger kommune har utviklet ved hjelp av midler fra Storbysatsingen i forhold til målene satt for Storbysatsingen, og i forhold til målene satt for det enkelte prosjekt:

- Omfatter tiltakene målgruppen for Storbysatsingen?
- Innebærer tiltakene identifisering og videreformidling av folk som trenger hjelp?
- Klarer tiltakene å gi helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?
- Gir tiltakene god, kompetent hjelp til brukergruppen?
- Hvordan sørger tiltakene for bruker- og pårørende-medvirkning?

Vi ser også på Stavangers ”totalpakke” av prosjekter i forhold til målene satt for Storbysatsingen.

Først i kapitlet går vi gjennom prosessen rundt Stavangers søknader om storbymidler, og gir en kort oversikt over kommunens storbyprosjekter. Deretter beskriver og drøfter vi det enkelte tiltak i mer detalj. I Stavanger har vi valgt å gå nærmere inn på *OBS-teamet*, mens *En dør inn* behandles noe mer summarisk.

8.2 Stavangers prosjekter – en oversikt

Proessen rundt Stavangers storbyprosjekter

Stavanger kommune hadde to representanter i Hurtigarbeidende gruppe: fagsjefen for Helse og omsorg og fagsjefen for Sosiale tjenester. Hurtigarbeidende gruppe hadde møter i desember 2004 og i januar/februar 2005. Deretter var det bare 14 dagers søknadsfrist på prosjektmidlene. Stavanger hadde i mellomtiden etablert en intern gruppe for å arbeide med Storbysatsingen, der også Mental Helse, LPP og Helse- og sosialsjefen var representert.

I utgangspunktet hadde kommunen forslag til tre prosjekter som skulle finansieres gjennom storbymidlene:

1. Ambulerende team for personer med rus/psykiatriproblemer og som ikke var i kontakt med hjelpeapparatet.
2. Et lavterskel botilbud for unge rusmisbrukere
3. Styrke behandlingstilbudet til de mest krevende barn og unge

I likhet med de andre representantene fra storbyene var Stavangers representanter opptatt av å få midler til prosjekter for barn og unge. Stavanger presenterte sitt prosjekt knyttet til de ressurskrevende barna (Prosjekt 2) i første møte i gruppen. Kommunen ønsket et samarbeidsprosjekt med spesialisthelsetjenesten om disse barna.

Det var friske diskusjoner rundt prosjektforslag 2 i hurtigarbeidende gruppe. LPP reagerte på at Stavanger ville bruke storbymidler for lage et tilbud for barn og unge under 18 år. Et annet argument mot det foreslåtte tiltaket var at prosjektet var vel så sterkt orientert mot rusfeltet som mot psykiatrien. Stavanger fikk ikke støtte gjennom storbymidlene til dette prosjektet. Kommunen hadde søkt om penger til prosjekt 2 tidligere, men det ble også da avslått fordi det etter fylkesmannens mening falt utenom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Det ble sterke reaksjoner i Stavanger kommune da fylkesmannen innstilte negativt på prosjektet, til tross for at Hurtigarbeidende gruppe etter hvert hadde åpnet for å gi penger til arbeid for unge. Prosjekt 2 ble senere realisert på annen måte, bl.a. med bruk av kommunens egne midler og midler fra rusområdet.

Ideen om et OBS-team (Prosjekt 1) var relativt ny i Stavanger, den kom som følge av en konferanse i 2003 og arbeidet i Hurtig-arbeidende gruppe. Stavanger hadde allerede en samarbeidsavtale med psykiatrisk klinikk, og kunne raskt sammenkalle til et møte for å luften ideen om et samarbeidsprosjekt. Stavanger kommune ønsket å etablere et tiltak utenfor den etablerte psykiatrien, et lavterskeltiltak som gikk ut og oppsøkte de som falt utenfor. Da det ble bevilget 50 millioner til Storbysatsingen og Stavanger kommune startet prosjektutviklingen, tok kommunen som utgangspunkt at tiltakene skulle gå på tvers av forvaltings-områdene.

Stavanger kommune hadde diskusjoner med Fylkesmannen også knyttet til OBS-prosjektet. Diskusjonen dreide seg både om det var for mye fokus på rus i prosjektet, om behovsanslagene var realistiske, og om prosjektet var godt nok integrert i det eksisterende psykiske helsearbeidet i kommunen.

”En-dør-inn”-prosjektet (Prosjekt 3) er blitt noe endret i forhold til planene i starten. Tidlig i prosessen var det tale om at prosjektet skulle i familiesenteret. LPP reagerte i starten på at prosjektet fokuserte på barn og unge.

Stavanger kommune hadde i løpet av opptrappingsplanperioden et fungerende brukerutvalg med representanter for brukerorganisasjonene. Brukerutvalget var, i følge koordinator for psykisk helse i kommunen, også involvert i utviklingen av storbytiltakene. Kommunen sier de generelt har et tett samarbeid med Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP) og Mental Helse, bl.a. sendes planene for det psykiske helsearbeidet til høring i organisasjonene. Mental Helse har en representant i styringsgruppen for *OBS-teamet*.

Tabell 8.1 *Stavanger kommunes tiltak innenfor Storbysatsingen (2007)*

Tiltak	Type tiltak	Målgruppe/mål	Midler 2007	Årsverk	Underlagt/drives av
OBS-teamet	Oppsøkende og ambulansetjeneste	Alvorlig psykisk lidelse, ofte også rus	6,25 mill.	12	Kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
En dør inn	Økt samarbeid	Psyk syke barn og barn av psykisk syke eller rusavhengige	0,5 mill	1	Kommunen

Målgrupper og hjelp i Stavangers tiltak

I løpet av en uke i 2007 ble det registrert et utvalg brukere – 24 stykker – av storbytiltakene i Stavanger. Fordi *En dør inn* primært er et systemendringsprosjekt, og ikke et prosjekt som yter direkte hjelp til brukere, har vi bare registrert brukere av *OBS-teamet*.

Tre av fire av de registrerte brukerne av *OBS-teamet* vurderes til å ha en alvorlig eller svært alvorlig psykisk lidelse (Tabell 8.2). Det er her snakk om antatt sykdom, ikke diagnoser. 38 prosent av de registrerte brukerne antas i stor grad å være funksjonshemmet av sin psykiske lidelse, mens 30 prosent antas å være noe hemmet. Over 80 prosent er avhengig av rusmidler, og nesten seks av ti har dobbeltproblematikk: både en alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer. Blant brukerne er over 80 prosent menn. Nesten alle brukerne er fra 25 til 49 år.

Tabell 8.2 *Hva slags hjelp får brukerne av tiltaket? Stavanger kommune.*
(N=24)

Hva slags type hjelp ytes?	Prosent av alle registrerte
Samtaler/rådgivning	83
Kontakt/koordinering med andre tjenester	71
Fritidsaktiviteter	42
Kontakt med pårørende/venner	33
Innkjøp o.a.	33
Medisinering	17
Økonomistyring	17
Arbeidstrening/kvalifisering for arbeid	13
Avrusning/mestring av rusavhengighet	13
Påkledning/personlige gjøremål	4
Husarbeid/matlaging	4
Oppfølging/kontakt med skole/utdanning	0

De fleste brukerne av tiltaket får hjelp i form av samtaler og rådgivning. Nesten alle de registrerte har kontakt med eller hjelp fra andre tjenester i kommunen eller i andrelinjen. En stor del av disse får hjelp fra tiltaket med kontakten med de andre tjenestene. Ellers hjelpes en del av brukerne med fritidsaktiviteter, innkjøp og kontakt med pårørende og venner. Relativt få får hjelp til arbeidstrening eller rusmestring.

Hvordan passer storbytiltakene inn i Stavangers psykiske helsearbeid ellers?

I følge koordinator for Opptrappingsplanen for psykisk helse i Stavanger, faller de to storbyprosjektene fint inn i forhold til Stavangers øvrige psykiske helsearbeid. Prosjektene er rettet mot grupper som ikke er nådd innen de ordinære tiltakene, sier hun. Kommunen har hatt problemer med å nå de dårligste psykisk syke, som ofte ikke klarer å nyttiggjøre seg kommunens tilbud innenfor psykisk helsearbeid.

Flere av informantene peker på at Stavanger i perioden 2000-04 var en forsøkskommune med rammefinansiering. Dette gjaldt også midlene gjennom Opptrappingsplanen – de ble lagt til rammen, og ikke øremerket som for andre kommuner. I denne perioden hadde

derfor Fylkesmannen ingen direkte oppfølging og kontroll av Stavanger kommunes bruk av midlene fra Opptrappingsplanen.

Det er betydelig uenighet mellom informanter fra kommunen og informanter fra Fylkesmannen om hvilke utslag denne forsøksperioden ga for Stavanger kommunes satsing på psykisk helsearbeid. Informanter fra Fylkesmannen i Rogaland mener Fylkesmannens manglende mulighet til kontroll bidro til at utviklingen av det psykiske helsearbeidet i Stavanger ble liggende etter sammenliknet med andre kommuner. Det blir blant annet nevnt at Stavanger, da forsøksperioden løp ut i 2004, ikke hadde satt av noe av opptrappingsplanmidlene til psykisk helsearbeid for barn og unge.⁴⁵ Denne virkelighetsoppfatningen blir imidlertid imøtegått av representanter fra kommunen. Riktig nok hadde Stavanger kommune før 2004 ikke brukt øremerkede psykiatrimidler til barn og unge, men kommunen benyttet, i følge rådgiver for psykisk helse, egne midler til dette formålet.

I forbindelse med prosessen knyttet til storbymidlene kom Fylkesmannen mer på banen igjen. Stavanger var nå ikke lenger en forsøkskommune, og måtte rapportere på de øremerkede opptrappingsmidlene. Tiltakene i Storbysatsingen forutsatte også en innstilling fra Fylkesmannen før endelig godkjenning i direktoratet. Som tidligere nevnt oppsto det en diskusjon mellom Stavanger kommune og Fylkesmannen ved utformingen av prosjektene i Stavanger. I følge en av kommunens involverte gikk diskusjonene ikke først og fremst på innholdet i tiltakene, men på organiseringen av psykiatrien i Stavanger kommune, og på forholdet mellom storbymidlene og opptrappingsmidlene ellers. Fylkesmannen og Stavanger kommune hadde ulike oppfatninger av kommunens arbeid med Opptrappingsplanen.

Utviklingen etter prosjektperioden

Våre informanter fra Stavanger kommune var ved intervjuutidspunktet i 2007 ikke bekymret for videreføringen av storbyprosjektene – først og fremst OBS-prosjektet – etter at prosjektperioden utløper. Selv om de øremerkede midlene ville gå inn i rammetilskuddet til kommunene, var ikke lederen for *OBS-teamet* redd for at teamets arbeid skulle bli nedprioritert. Flere informant-

⁴⁵ I siste halvdel av Opptrappingsplanens virkeperiode ble det stilt krav om at 20% av de øremerkede midlene skulle brukes til arbeid rettet mot barn og unge.

er mener det har vært en veldig positiv innstilling til prosjektet i formannskapet, og prosjektet er tatt inn i handlingsplanen/økonomiplanen for Stavanger kommune for neste fireårsperiode.

Heller ikke rådgiveren for Opptrappingsplanen hos Fylkesmannen i Rogaland var i 2007 bekymret for prosjektene innenfor Storby-satsingen når midlene innlemmes i rammetilskuddet:

OBS- teamet er godt kjent og har god omtale. Det ville være en for stor nedtur dersom det ble avsluttet når øremerkingen faller bort. Politikerne tør neppe å gjøre dette. Forståelsen for OBS er blitt alminneliggjort, og det er nå en felles forståelse for prosjektet både fra fagfolk og politikere (Intervju 2 22.05.07).

Rådgiveren uttrykker større bekymring for utviklingen av det psykiske helsearbeidet ellers i kommunen når øremerkingen av midlene forsvinner.

Da vi intervjuet en annen leder for *OBS-teamet* i 2009 ble det uttrykt større bekymring for hva som ville skje i 2010. Signalene så langt var at de øremerkede midlene ville forsvinne, og lederen var redd dette kunne få konsekvenser for økonomien i *OBS-teamet*, spesielt for mulighetene til kursing og annen faglig oppdatering. Koordinator for det psykiske helsearbeidet i Stavanger kommune sier imidlertid at kommunen har lovet å opprettholde *OBS-teamet* når de øremerkede midlene innlemmes i byens økonomiske rammer.

8.3 OBS-teamet

8.3.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

OBS-teamet er et samarbeidstiltak mellom Stavanger kommune og Stavanger Universitetssykehus ved Psykiatrisk klinikk. Målgruppen for *OBS-teamet* er personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tilleggsproblemer som tidligere ikke er fanget opp av hjelpeapparatet. Disse skal gis et behandlings- og botilbud hvor samme behandlingsmiljø skal håndtere og gi hjelp over tid.

I Stavanger kommunes presentasjon av *OBS-teamet* heter det at målgruppen kjennetegnes ved ett eller flere av følgende trekk:

- Har hatt mange innleggelser
- Har falt ut av behandling tidligere
- Har aldri blitt fanget opp av hjelpeapparatet
- Avvises/får ikke hjelp av sosialtjenesten pga av truende atferd
- Får ikke hjelp i bolig fordi de oppfattes som ”farlige”
- Avviser hjelp fra kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Vurderes til ikke å være behandlingsmottakelige
- Bor på hospits/pensjonat uten oppfølging og behandling fordi ”alt” er prøvd før
- Kombinasjonen av rus og psykiske lidelser passer ikke inn i dagens organisering av hjelpeapparatet
- Faller ut av systemet på kritiske tidspunkt

Målet for den enkelte som får hjelp av *OBS-teamet* er ”Bedring av helsetilstand og livssituasjon, slik at de etter sin deltakelse i prosjektet har tilfredsstillende boforhold og kan nyttegjøre seg vanlig behandling” (Stavanger kommune, presentasjon av *OBS-teamet*).

I Stavanger kommunes plan for psykisk helsearbeid 2007-2010 presiseres ”behandling” slik: ”oppdagelse, utredning, behandlings- og rehabiliteringstilbud”.

Et annet viktig mål for *OBS-teamet* er knyttet til at ”Stavanger kommune og Helse Stavanger HF skal utvikle nye og mer hensiktsmessige samarbeidsformer mellom helse- og sosialtjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten”.

Historikk/prosessen mot etablering av tiltaket

I følge lederen av *OBS-teamet* ønsket Stavanger kommune allerede før Storbysatsingen kom å etablere et tiltak utenfor den etablerte psykiatrien, et lavterskeltiltak som gikk ut og oppsøkte de som falt utenfor. For Stavanger var dette noe de ikke hadde arbeidet systematisk med, og de ville gjerne prøve å gjøre en god jobb. Da de 50 millionene kom til Storbysatsingen og de startet prosjekt-

utviklingen, tok de som utgangspunkt at kommunens tiltak skulle gå på tvers av forvaltningsnivåene og -områdene. Arbeidstittelen for dette prosjektet var opprinnelig ”Behandling i bolig”.

De som arbeider i *OBS-teamet* er ansatt to ulike steder: noen er ansatt i sykehuset, noen i kommunen. Det var i starten store diskusjoner om mulige alternativer mht hvor prosjektet skulle plasseres: på sykehuset, i stab under Oppvekst og levekår eller ved et sosialsenter. Teamet er nå fysisk plassert på sykehuset, men det ledes fra Stavanger kommune. OBS-prosjektet hadde de første årene to ledere: en administrativ prosjektleder og en leder for teamet. Prosjektlederen var ansatt og lønnet av kommunen. Stavanger kommune finansierer også teamlederen, men det er sykehuset som har arbeidsgiveransvar for ham.

OBS-teamet fikk en annen forankring enn det som først var tenkt. Først var det meningen at det skulle ligge under PUT (psykiatrisk ungdomsteam), som hører inne under rusfeltet. Nå ligger det under Helse- og sosialkontoret i Hillevåg og Hinna. Leder av dette kontoret er også leder for styringsgruppen, og er direkte overordnet for den administrative lederen av OBS-prosjektet. I styringsgruppen sitter ellers representanter både fra spesialisthelsetjenesten og fra Stavanger kommune samt en representant fra Mental Helse. Gruppen møtes annen hver måned.

Ressursbruk

Driften av *OBS-teamet* startet opp med 3-4 medarbeidere i mars 2006, og fra august var 50 prosent av teamet på plass. I juli 2007 var teamet fulltallig, men det har i perioder vært vakanser i stillingene.

OBS-teamet teller pr. september 2009 14 årsverk. Seks av de ansatte er lønnet av – og ansatt i – Stavanger kommune, mens de resterende er ansatt i spesialisthelsetjenesten.

De første årene var *OBS-teamet* tilgjengelig på dagtid, kvelder og i helger hele året, med telefonsvarer på natt. Teamet hadde hovedtyngden av bemanningen på dagtid, men med en bemanning på to personer på kveld og i helger og høytidsdager. Turnusen måtte gi muligheter for tilpasninger til pasientenes behov. I 2009 forteller lederen at de har gått bort fra ordningen med turnus. Turnusen innebar at fagmiljøet forvitret. Det ble for få på jobb til enhver tid, og de ansatte fikk ikke tilstrekkelig støtte i hverandre. Nå har de

bare dagtilbud, men med rådgivningstelefon tilgjengelig hele døgnet.

OBS-teamets egen statistikk viser at teamet hadde 812 kontakter de fire første månedene av 2007. En kontakt er ikke identisk med en ("fast") bruker. Da vi intervjuet teamet i mai 2007 hadde de registrert 46 menn og 10 kvinner som faste brukere. I september 2009 hadde *OBS-teamet* ansvar for 111 pasienter, 31 kvinner og 80 menn. Når en person tas inn i teamet gjøres det ved et formelt vedtak, som gir pasientrettigheter. De nyhenviste i 2009 kommer i hovedsak fra fastlege, spesialisthelsetjenesten eller helse- og sosialkontoret. 95 prosent av all kontakt med pasienter skjer utenfor *OBS-teamets* kontorer (Stavanger kommune i foredrag 23.09.09).

Stavangers øvrige tilbud: hvordan passer dette inn?

Før de fikk *OBS-teamet* hadde ikke Stavanger kommune en oppsøkende virksomhet som jobbet målrettet mot alvorlig psykisk syke. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten på området var også en ny konstruksjon.

I følge koordinator for Opptappingsplanen i Stavanger kommune, er *OBS-teamet* et viktig tilskudd til kommunens psykiske helsearbeid. Hun sier at *OBS-teamets* målgrupper er grupper som ikke er nådd innen de ordinære opptappingsmidlene. Hun sier at selv om kommunen har bygget opp bofellesskap for psykisk syke, når de ikke de dårligste. Det hjelper ikke at kommunen har et tilbud, hvis de mest alvorlig syke ikke er i stand til å bruke det, ikke klarer å nyttiggjøre seg det etablerte tilbudet.

8.3.2 Hvordan ivaretar OBS-teamet målsetningene i Storbysatsingen?

Innebærer *OBS-teamet* identifisering og videreformidling av hjelpetremgende?

Identifisering av alvorlig psykisk syke som ikke selv søker hjelp, og videreformidling av disse til rette hjelpeinstans, er selve kjernen i *OBS-teamets* arbeid.

Den første tiden var *OBS-teamets* arbeid delt mellom oppfølging av bekymringsmeldinger og selvstendig oppsøkende arbeid. I starten brukte teamet en del tid på å finne ut hvordan en best når de

dårligste som ikke selv oppsøker hjelp. *Hvor finnes de? Når er de hvor?* Den administrative prosjektlederen fortalte i 2007 at teamets ansatte gikk en del ute om kvelden, men at de var kommet til at dette ikke var den riktige metoden. Også under intervjuet i 2009 sier lederen av *OBS-teamet* at teamet aldri har lyktes i den delen av den oppsøkende virksomheten som består i å finne ”nye” hjelpetrequende. Det ble opplevd som lite hensiktsmessig å gå gatelangs. Stavanger er en relativt liten by, og de menneskene de kom i kontakt med i parker etc. hadde allerede vært i kontakt med en eller flere tjenester. Teamet bruker derfor nå mye mer tid på å oppsøke samarbeidspartnere i hjelpeapparatet for å markedsføre teamets tilbud og for å undersøke – som lederen sier – ”om de har nye kunder til oss”. Teamet har bygget opp et kontaktnett av ”informanter”, personer og instanser som kan ta kontakt med *OBS-teamet* når de møter personer de mener trenger hjelp. Politi, borettslagsstyrere, andre pasienter, i tillegg til andre kommunale hjelpetjenester, er eksempler på instanser som inngår i kontaktnettet. Teamet har også god kontakt med hospitsene.

Likevel kan ikke lederen utelukke at det sitter hjelpetrequende voksne barn hjemme hos sine gamle foreldre. Teamet annonserer sitt tilbud jevnlig i lokale aviser, slik at pårørende eller andre kan melde inn behov for hjelp.

Teamets arbeid består nå dels i å oppnå kontakt med hjelpetrequende som ikke selv oppsøker hjelp, og dels i å jobbe med oppfølging av folk som er formelt tatt opp som pasienter i teamet.

Den administrative prosjektlederen for *OBS-teamet* ga i 2007 uttrykk for at det selvstendige oppsøkende arbeidet var særlig utfordrende og ressurskrevende, og at det kunne være vanskelig å ha fokus på dette arbeidet når det er så mange som ønsker hjelp som ikke får nok. Lederen for teamet sa om arbeidet i teamet:

Å jobbe med oppsøkende virksomhet er tøft i seg sjøl.
 Det er lett å føle at vi ikke er effektive og produktive.
 Der er litt som å selge Rolls Royce: Du må ha
 kapasitet og være tilgjengelig når den *ene* kunden
 kommer (Intervju 1 22.05.07).

Det har hele tiden vært en utfordring for *OBS-teamet* ikke å miste fokus på de dårligste som ikke allerede er innenfor hjelpeapparatet, og som ikke selv oppsøker tjenesten. I teamets etableringsfase tok

de inn folk som strengt tatt ikke helt falt innenfor målgruppen. Disse ble tatt inn for å starte teamets nettverksbygging mot hjelpeapparatet.

I 2007 ga prosjektets administrative leder uttrykk for at det var vanskelig å beholde riktig fokus. I starten forsøkte *OBS-teamet* å avgrense seg fra å bruke for mye av ressursene på folk som allerede hadde et tilbud fra eksisterende hjelpetjenester. Lederen av prosjektet i 2007 sa at de allerede før oppstart var forberedt på at de ville bli bombardert av premissleverandører som ønsker hjelp for sine brukere, for personer som allerede var inne i hjelpeapparatet:

Her gjelder det å rydde skogen og finne de som *ingen* har et engasjement for, de som sosialkontoret har gitt opp eller ikke vil ha noe mer med å gjøre, eller klienter som ingen har sett på lenge (Intervju 1 22.05.07).

Ved intervjuet i 2007 la den administrative lederen av OBS-temaet vekt på teamets behov for å definere sin rolle i forhold til ulike brukergrupper. Personer som allerede har et tilbud innenfor hjelpeapparatet skulle i utgangspunktet ikke inn i *OBS-teamet*. Likevel oppstår ofte gråsoner, der det eksisterende tilbudet ikke er tilpasset behovene, slik at folk som egentlig er i (eller på kanten av) hjelpeapparatet faller ut av tilbudet de har.

Dilemmaet knyttet til prioritering mellom teamets ulike oppgaver oppleves som mindre presserende i 2009. Dels skyldes dette *OBS-teamets* erfaring med at de fleste aktuelle brukerne allerede hadde en eller annen kontakt med hjelpeapparatet, slik at var lite hensiktsmessig å bruke ressurser på å forsøke å finne nye brukere ved å ferdes på offentlige plasser. Dels er dilemmaet mellom arbeidet med å etablere kontakt med nye brukere og behandlingen av de pasientene som er tatt inn i teamet løst ved å etablere det de kaller "Firkløveret". Firkløveret er et team innenfor *OBS-teamet*, og består av fire ansatte som skal jobbe med å få kontakt med hjelpetrengende som ikke er skrevet inn i teamet. De følger opp alle bekymringsmeldinger som kommer inn til teamet. Firkløveret sørger enten for at personer med behov for hjelp blir henvist videre til den oppsøkende behandlingsdelen av *OBS-teamet*, eller at de blir loset til annen passende hjelpetjeneste.

OBS-teamet har ikke begrenset sin oppsøkende virksomhet bare til Stavanger. Teamets tilknytning til Helse Stavanger innebærer et større inntaksområde enn Stavanger kommune. Teamet har imidlertid ikke mange pasienter fra andre kommuner.

I følge koordinator for Opptappingsplanen i Stavanger kommune var det tidlig i prosjektperioden visse uenigheter mellom styringsgruppen og teamet. Styringsgruppen har ment at teamet måtte være mer oppsøkende. Videre var det tidlig i perioden uenighet om arbeidstidsordningen. Teamet ville innføre en fleksibel turnus, og ha sterk fokus på brukervedvirkning. De ønsket turnus som var tilpasser klientenes behov for kontakt, men styringsgruppen måtte gå inn og korrigere for å ivareta arbeidsmiljølovens krav.

Sørger *OBS-teamet* for helhetlig, koordinert oppfølging av sine brukere?

OBS-teamet er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten/sykehuset og kommunen. Samarbeidet er etablert for å sikre gode og samordnede tjenester for en gruppe av psykisk syke med ulike typer tilleggspromblematikk, og som gjerne har behov både for behandling fra spesialisthelsetjenesten og oppfølging fra kommunens tjenesteapparat.

I presentasjonen av prosjektet heter det at:

Det vil være en sentral oppgave for *OBS-teamet* å koble pasientene opp mot vedtaksmyndigheten ved de respektive helse- og sosialkontor for å sikre at kommunens koordineringsansvar etter Lov om sosiale tjenester følges opp helt fra starten av (Stavanger kommune, presentasjon av *OBS-teamet*).

Lederen for *OBS-teamet* regnet i 2007 med at de som kommer inn som pasienter i teamet er såpass dårlige at de ville trenge minst to år i teamet. Når så en omsorgsgruppe er på plass, og relasjoner til hjelpeapparatet er opprettet og boligspørsmålet under kontroll, da trekker teamet seg ut. Når alle disse forholdene er på plass, kan en begynne å jobbe med den psykiske lidelsen, mener lederen.

I 2009 sier ansatte i det psykiske helsearbeidet i Stavanger kommune at målet om få etablert *OBS-teamets* pasienter i det ordinære behandlingsapparatet i løpet av 2-5 år har vist seg vanskelig å oppnå (Foredrag 23.09.09). En del av målgruppen for

OBS-teamet består av mennesker som vanskelig tilpasser seg de kravene det ordinære tjenestetilbudet setter til sine brukere.

Lederen i 2009 sier at de opplever at det kan være vanskelig å få skrevet brukere ut at teamet. Dette skyldes flere forhold. DPS-strukturen er ikke helt på plass i Stavanger. Fordi det ofte er alvorlige rusproblemer inne i bildet vegrer ofte andre deler av behandlingsapparatet å ta inn *OBS-teams* klienter. Det er dessuten for få egnede tilpassede boliger for klientene, og tjenestene i boligene er ikke tilstrekkelig utbygget.

Som nevnt innledningsvis er et av målene med *OBS-teamet* å utvikle nye og mer hensiktsmessige samarbeidsformer, både mellom de forskjellige kommunale helse- og sosialtjenestene og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Lederen i 2009 forteller at *OBS-teamet* nå jobber systematisk med individuell plan til de pasientene som er til behandling hos dem. Teamet har som mål at alle skal ha individuell plan innen utgangen av 2009. For de pasientene som ikke ønsker en slik plan skal det dokumenteres at de har fått et tilbud, og at de har klart takket nei. Alle som takker nei skal spørres igjen hver 30. dag. Lederen sier at teamet er bevisst på hvordan tilbudet om individuell plan fremsettes, og hvilken situasjon pasienten er i når spørsmålet stilles.

Gir *OBS-teamet* god, kompetent hjelp til sine brukere?

OBS-teamet er et tverrfaglig sammensatt ambulant team med 14 ansatte. Teamet er tverrfaglig representert med psykiater, to psykologer, samt helse- og sosialfaglig personell med videreutdanning. Det var lenge svært vanskelig å få rekruttert psykiater og psykologer til teamet. Teamet må ha psykiater/spesialist i klinisk psykologi for å kunne tilby behandling, noe som var en forutsetning for at teamet skulle være en del av spesialisthelsetjenesten. I 2009 var alle fagfolkene på plass, i form av to halve overlegestillinger (psykiater/allmennlege) og to psykologer. Det har imidlertid ikke latt seg gjøre å rekruttere psykologspesialist. Faglig sett er *OBS-teamet* et godt team nå, mener lederen. Med legene og psykologene fikk teamet mye mer tyngde i forhold til både diagnostisering og oppfølging av pasientene.

Alle yrkesgrupper skal være ute og jobbe der hvor pasienten oppholder seg. På intervjuetidspunktet i 2007 ble det planlagt å organisere *OBS-teamet* i ”mini” team, med én behandler og én

miljøterapeut for hver pasient. Alle i teamet skulle ha kjennskap til alle pasientene, selv om pasientene fordeles mellom teamets medlemmer.

OBS-teamet bygger på modeller og erfaringer fra Assertive Outreach Teams fra England, midtveisevalueringen av Tøyenprosjektet, prosjekt Udenfor, København, og erfaringer fra PUT (Psykiatrisk Ungdoms Team) Stavangers ambulante gruppe, men er ellers tilpasset lokale forhold både når det gjelder målgruppe og innretning i forhold til det øvrige hjelpeapparatet.

”Assertive Outreach” er en måte å arbeide med en identifisert gruppe av voksne mennesker med alvorlige psykiske lidelser som hjelpeapparatet ikke har maktet å gi et effektivt tilbud. Teamet oppsøker personer som har behov for kontakt. Det kan være hjemme, på sosialkontoret, på en kafé, på sykehuset eller på politistasjonen for å nevne noen eksempler. Denne fleksibiliteten gir teamet muligheter for å engasjere seg og å gi tjenester til personer som en ellers kanskje ikke ville fått kontakt med, på arenaer hvor de hjelpetrengende føler seg mer komfortable.

Teamet fikk i starten råd og veiledning av Preben Brandt (dansk psykiater, København). Han var med på kick off og ga veiledning til teamet to ganger i året. Brandt driver et utradisjonelt prosjekt i København, der hovedprinsippet dreier seg om å ivareta de sykeste først, dvs. ”starte i rennesteinen”.

Ansatte i teamet får gode muligheter til å delta i videreutdanning og kurs. De tar godt vare på medarbeiderne, sier lederen. Arbeidet i teamet er tøft, og de ansatte jobber en del alene. Det er derfor nødvendig med faglig påfyll i form av kurs, seminarer og konferanser der de ansatte møter andre som arbeider med samme type klienter. Storbymidlene har muliggjort denne satsingen på kompetanseoppbygging, sier lederen.

I Stavanger kommunes plan for psykisk helsearbeid heter det at

Teamet følger gjerne også personene når de skal benytte seg av andre tjenester. Det oppsøkende teamet forventes å se sine klienter ofte og å holde kontakten selv om dette er vanskelig. Teamet har som mål å etablere et tillitsforhold med hver enkelt bruker på en fleksibel, kreativ og behovsfokusert måte som gjør det

mulig å gi hjelp tilpasset den enkelte brukers spesielle behov (Stavanger kommune: Plan for psykisk helsearbeid 2007-2010)

Brukerne får støtte og omsorg. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt dette egentlig er behandling. Lederen av *OBS-teamet* mener at arbeidet handler om å skape relasjoner, og en må da hele tiden være på tilbudssiden.

Målene som opprinnelig var satt for pasientene som får hjelp av *OBS-teamet* var å:

- redusere antallet sykehusinnleggelser (både hyppighet og lengde)
- skaffe til veie og få til stabilisering med hensyn til bosted
- opprettholde familierelasjoner
- utvide det sosiale nettverket og vennekrets
- bedre brukerens håndtering av egne penger
- gjøre brukeren bedre i stand til å følge avtalt medikamentell behandling
- øke ferdigheter i forhold til daglige gjøremål
- forbedre den generelle helsetilstanden
- forbedre livskvaliteten
- stabilisere symptomer
- hindre tilbakefall
- motta hjelp på et tidlig stadium

(Stavanger kommune: Plan for psykisk helsearbeid 2007-2010, s. 45)

På intervjudtidspunktet i 2009 sier lederen at målet om å redusere omfanget av sykehusinnleggelser ikke er nådd – snarere tvert i mot – for en del av pasientene. Målet om å redusere omfanget av sykehusinnleggelser gjaldt de såkalte svingsdørspasientene, mens det for enkelte andre vil være et mål å *øke* antall innleggelser. *OBS-teamet* skal sørge for at folk som ikke selv ønsker eller er i stand til å oppsøke det ordinære hjelpeapparatet får den hjelpen de har behov for:

Når vi jobber med underforbrukere av tjenester er det naturlig og riktig at forbruket av tjenester øker når vi får folk til behandling (Lederen av *OBS-teamet* i skriftlig kommentar 18.09.09).

Når det gjelder målene om å skaffe stabile boforhold og opprettholde familierelasjoner er dette noe *OBS-teamet* jobber aktivt med. Lederen av *OBS-teamet* skriver i en redegjørelse i 2009 at:

OBS gir miljøterapeutisk hjelp i bolig og har kontakt med helse- og sosialkontorene for å være med å beskrive boligbehovet slik at de som ikke har fast bolig får hjelp til dette. Teamet hjelper med å opprettholde familierelasjoner, sosialt nettverket og vennekrets. OBS har fokus på familie. Vi henviser til familiepoliklinikk og familierapi der hvor dette er etterspurt og nødvendig. OBS følger til gruppetilbud (gruppepoliklinikk og private/ideelle tiltak) hvor fokus er mestring, redusere sosial angst med mer (Lederen av *OBS-teamet* i skriftlig kommentar 18.09.09).

Den miljøterapeutiske hjelpen innebærer at OBS jobber kontinuerlig og systematisk med å øke pasientenes ferdigheter i daglige gjøremål. Teamet går ”sammen med”, noe som betyr at det jobbes med oppvask, klesvask, matlaging etc. sammen med pasienten når det er behov.

Teamet gir veiledning i økonomistyring. Behandling i OBS gir rett til ulike trygdeytelser slik at pasientene får hjelp med overføring til rett ytelse. Det gis undervisning i hvordan medisiner virker og hvorfor det er viktig å ta dem. Videre gis det informasjon om hvordan medisiner foreskrevet av lege kan miste effekten ved inntak av rusmidler, sier lederen av teamet. Når det gjelder somatisk helse sørger OBS or at pasienter får oppfølging fra sin fastlege. Teamet gir også veiledning i generelle forebyggende tiltak (aktivitet, kosthold osv).

For å måle resultatene av teamets arbeid benytter de en rekke skjemaer som tester ulike sider ved pasientenes tilstand. Testene gjentas med visse mellomrom for å få et mål på eventuell effekt av behandlingen. Lederen av teamet skriver i en kommentar:

Summen av teamets arbeid skal gi og gir bedret livskvalitet. OBS bruker GAF for å måle funksjon og symptom. Indikatoren gir bedre tall ved utskrivelse enn ved inntak (Lederen av *OBS-teamet* i skriftlig kommentar 18.09.09).

Ved bekymringsamtaler gir OBS tilbud om førstegangsamtale innen tre virkedager .

En av representantene i LPP i Rogaland har selv erfaring med *OBS-teamet* gjennom sin sønn som har hatt kontakt med teamet. Sønnen har alvorlige psykiske problemer og rusproblemer. Moren sier det var litt tilfeldig at de kom i kontakt med *OBS-teamet* da sønnen var innlagt på sykehuset. Moren bodde i en annen by enn sønnen og tok etter det første tilfeldige møtet med OBS kontakt med teamet fordi hun var bekymret for sønnen. Hun opplevde teamet som svært fleksible og imøtekommende i forhold til både hennes og sønnens behov. Moren er svært fornøyd med kontakten med *OBS-teamet*:

Det er stort behov for noen som er ute og driver oppsøkende virksomhet. Det er også flott at vi som pårørende kan sende inn bekymringsmelding til OBS, og at de tar oss på alvor. OBS er fleksible, og en behøver ikke å ha en bestilling på tjenester for å få dem til å følge opp. (...) *OBS-teamets* arbeid er særlig viktig for de med dobbeltdiagnose. Ved at teamet har kontakt kan problemer fanges opp før de utvikler seg til psykose (Intervju 27.02.09).

Hvordan praktiseres bruker- og pårørendemedvirkning?

Som nevnt i avsnittet over, består en sentral del av arbeidet til *OBS-teamet* av å skape relasjoner. For å få kontakt med brukere som ikke så gjerne tar kontakt med hjelpeapparatet må de ansatte ta den enkelte med på råd. Det må være pasienten som bestemmer. Da blir kontakten med *OBS-teamet* ingen trussel mot autonomien, sier lederen av *OBS-teamet*. Han uttrykker seg som at teamet hele tiden må være ”på tilbudssiden” i forhold til sine (potensielle) brukere.

Moren som vi har intervjuet om erfaringene knyttet til sønnens kontakt med OBS er full av lovord om tilbudet:

Som mor er det veldig godt å ha et sted å ringe. (...) Det oppleves godt for pårørende å få telefon tilbake med beskjed om at situasjonen er ok, og å vite at noen følger med. Det gir pårørende mot til å fortsette å stå på, og ikke gi opp (Intervju 27.02.09).

Hun hadde også inntrykk av at *OBS-teamet* var flinke til å nærme seg sønnen, og at det var god kommunikasjon mellom sønnen og de ansatte i OBS.

8.3.3 OBS-teamet: Oppsummering og vurdering

OBS-teamet arbeider med mennesker med alvorlige psykiske problemer og rusavhengighet, og forholder seg slik sett direkte til målgruppen for Storbysatsingen. I tillegg til å følge opp brukere som er tatt inn i teamet, driver de også selvstendig oppsøkende virksomhet overfor målgruppen. Selv om det oppsøkende arbeidet nå i stor grad består i å samarbeide med andre hjelpetjenester for å få kontakt med aktuelle brukere, ligger *OBS-teamets* virksomhet helt i kjernen av intensjonen med Storbysatsingen. *OBS-teamet* utgjør også et interessant samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, der hensikten er å etablere gode og samordnede tjenester for brukergruppen.

OBS-teamet har opplevd noen utfordringer i sitt arbeid. Et problem har vært å få ansatt personer med spesialistkompetanse – medisinsk og psykologfaglig – i teamet. Problemet med rekrutteringen av spesialister har vært en bekymring i forhold til teamets tilknytning til spesialisthelsetjenesten, og i forhold til teamets mål om diagnostisering og oppfølging av sine brukere. Dette oppleves ikke lenger som et problem, i og med at teamet nå har ansatt både psykiater og psykologer.

En annen utfordring som teamet hele tiden står i er knyttet til ”beskyttelsen” av ressursene knyttet til den selvstendige oppsøkende virksomheten. Når det står hjelpetrengende i kø for å få oppfølging fra *OBS-teamet*, kan det være vanskelig å avsette ressurser til mennesker som ikke selv uten videre ønsker hjelp, og som ikke har et tjenesteapparat i ryggen som søker hjelp for dem. Dette er et dilemma *OBS-teamet* er svært bevisst på, og som de har forsøkt å løse ved å etablere et eget team innenfor *OBS-teamet* som følger opp alle bekymringsmeldinger.

8.4 En dør inn

Da vi gjennomførte våre intervjuer i Stavanger i 2007 hadde prosjektet *En dør inn* ikke funnet sin endelige form. Opplysninger om prosjektets videre utvikling etter 2007 er hentet fra kommunens rapportering fra prosjektet. Prosjektet ble avsluttet sommeren 2008.

8.4.1 Beskrivelse av tiltaket

Mål og målgruppe

En dør inn-prosjektets hovedmål var å bygge opp prosedyrer som sikrer bedre samordning for de mest alvorlig syke barn og unge. I Stavanger kommunes plan for psykisk helsearbeid 2007-2010 heter det at erfaringene i kommunen var at tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske lidelser var differensiert og vanskelig å få oversikt over, ikke minst for brukerne og deres foreldre/ foresatte. Hensikten med *En dør inn* var derfor å gjøre tilgangen på tjenester enklere for barn og unge med psykiske vansker, og for deres familier (Stavanger kommune: Plan for psykisk helsearbeid 2007-2010, s. 20).

En dør inn-prosjektet tok ikke utelukkende mål av seg til å koordinere kommunale tjenester, men også å samordne tjenester fra kommunen med spesialisthelsetjenester. *En dør inn*-prosjektet hadde som mål å utvikle et system der den første instans du henvender deg til, skal være døråpner inn.

Stavanger kommunes plan for psykisk helsearbeid 2007-2010 (s. 20) spesifiserer målet for prosjektet i følgende punkter:

- kartlegge kommunens tjenesteflyt til barn og unge mellom 0-18 år med psykiske lidelser
- foreslå sammenhengende rutiner for et koordinert tilbud til barn og unge
- foreslå og/eller iverksette aktuelle tiltak
- etablere gode rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved henvisning i løpet av ventetiden, behandlingstiden og etter utredning/behandling

- foreslå tiltak som styrker tilbudet til barn av psykisk syke foreldre/rusmisbrukende/i familier med vold.

Prosjektet skulle i utgangspunktet dreie seg om å etablere et oversiktlig tilbud til barn og unge med alvorlig psykisk lidelse. Høsten 2006 ble det bestemt at prosjektet også skulle omfatte barn av psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre og barn som er berørt av vold i nære relasjoner (Stavanger kommune: Rapport fra prosjektet *En dør inn*, s. 3).

Prosessen mot etablering av tiltaket

Stavanger kommune fikk storbymidler til *En dør inn* til tross for at LPP i starten protesterte mot prosjektet fordi de mente at *En dør inn*-prosjektet ikke treffer målgruppen for Storbysatsingen.

”En-dør-inn” er blitt noe endret i forhold til planene i starten. Tanken var først at prosjektet skulle ligge i familiesenteret. Derfra skulle barna raskt henvises videre. Prosjektet tok etter hvert en litt annen form, fordi det måtte tilpasses Stavanger kommunes ganske komplekse organisasjonsform.

I følge flere informanter har *En dør inn*-prosjektet hatt en trangere fødsel enn OBS-prosjektet. Tidligere fagsjef for helse og sosial i Stavanger kommune synes kommunen burde hatt bedre tid på slutten til å jobbe frem Storbysøknadene. Særlig *En dør inn* var forholdsvis dårlig forberedt, og fagsjefen tror at prosjektsøknaden – og prosjektet – hadde blitt bedre hvis kommunen hadde hatt bedre tid på seg i søknadsprosessen.

Ressursbruk

En dør inn-prosjektet hadde først og fremst som mål å endre de administrative rutineene og bedre samarbeidsforholdene i håndteringen av barn og unge med psykiske vansker. Prosjektet har fått en halv million kroner årlig til disposisjon i årene fra 2005 til juni 2008. Som et resultat av arbeidet i *En dør inn* er det i Stavanger kommunes plan for psykisk helsearbeid for 2007-2010 foreslått å styrke Helse- og sosialkontorene med kompetanse på psykisk helsearbeid. I følge kommunens rapportering fra *En dør inn* har de psykiske helsearbeiderne gjennomført et kompetanseprogram samt relasjonsbygging i forhold til samarbeidende tjenester (Stavanger kommune: Rapport fra prosjektet *En dør inn*, s. 2).

Stavangers øvrige tilbud: hvordan passer dette inn?

I følge en tidligere ansatt hos Fylkesmannen i Rogaland var prosjektet *En dør inn* viktig. Stavanger kommune hadde ikke tidligere bygget opp noe omfattende tilbud til barn og unge med psykiske problemer, og det var vanskelig for hjelpetrequende å finne frem i Stavangers tjenestetilbud. Også kommunens egen plan for psykisk helsearbeid (s. 20) peker på dette:

Stavanger kommunes tjenesteflyt til målgruppen kan oppleves på flere områder å være kompleks og uoversiktlig. Dette medfører at det er vanskelig å få et enhetlig bilde av de enkelte instansers oppfatning av ansvarsforhold overfor målgruppen. Videre oppleves en del av tiltakskjeden som mangelfull og til dels fraværende. Det kan videre synes som om en del av det faglige dokumentasjonsarbeidet som gjøres i kommunen ikke er satt i system slik at kunnskap ikke blir gjort nok kjent og at dette resulterer i en del dobbeltarbeid.

I tillegg var det ikke etablert noe tett og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten for pasienter som trenger oppfølging og behandling både fra kommunen og andrelinjen.

8.4.2 I hvilken grad ivaretar *En dør inn* målene i Storbysatsingen?

Bidrar *En dør inn* til identifisering og videreformidling av brukere?

I utgangspunktet ble helse- og sosialkontorenes rolle som ko-ordinerende enhet for oppfølging i sammensatte saker opplevd som uklar, både for brukerne av tjenestene og for de ansatte ved helse- og sosialkontorene (Stavanger kommune: Rapport fra prosjektet *En dør inn*, s. 2 og s. 5).

Gjennom prosjektet ble det klargjort at helse- og sosialkontorene skulle være ”døren inn” i de tunge sakene, og at kontorene hadde ansvar for å vurdere hva som skal skje i neste dør. Innen helse- og sosialtjenesten har de fire bestillerkontor, og det er disse bestillerkontorene som nå har ansvar for koordineringen. I tillegg til de fire

helse- og sosialkontorene (med bestillerkontor) har Stavanger bydekkende PPT, helsestasjon og barnevern, som ikke omfattes av bestillerkontorene. Med en så kompleks organisering er det vanskelig å gjøre den ene døren inn tydelig nok for brukerne, mener tidligere leder for Helse og omsorg i Stavanger kommune. Stavanger har også etablert eget familiesenter, men dette er ikke en del av *En dør inn*.

En dør inn-prosjektets grunntanke var at den første instans du henvender deg til når du trenger hjelp, skal være døråpner inn i hjelpeapparatet. Prosjektet hadde ikke som primært mål å identifisere ”nye” og (for hjelpeapparatet) ukjente psykisk syke. Likevel, hvis det finnes gode prosesser for å ta i mot og videreformidle til rett instans folk som henvender seg til kommunen, kan resultatet være at flere alvorlig psykisk syke eller hjelpetrengende blir fanget opp og får riktig diagnose og hjelp.

Gir *En dør inn* helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?

Gjennom *En dør inn*-prosjektet skulle det etableres gode rutiner å bedre samarbeidet mellom kommunale tjenester, og mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester. På denne måten skulle barn og unge med behov for hjelp blir tatt hånd om av riktig instans, enten de befinner seg på kommunalt nivå eller i andrelinjen. Hensikten var å sikre bedre tjenesteflyt og koordinering for barn og unge med psykiske vansker. For å oppnå dette måtte det lages nye rutiner for videreformidling og oppfølging.

Første fase av prosjektet bestod i at prosjektleder tok kontakt med en rekke kommunale instanser for å kartlegge funksjon, prosedyrer og oppfølging av barn med psykiske lidelser. Det er utfordrende å få kartlagt det kommunale tilbudet, fordi det er mange ulike instanser som er inne på området barn. Prosjektleder intervjuet også foreldre/foresatte for å få et bilde av hvordan brukerne av tjenestene opplevde flyten i hjelpeapparatet. Videre er det innhentet informasjon fra brukerorganisasjonene (Stavanger kommunes plan for psykisk helsearbeid 2007-2010).

I planen står det også at prosjektet innledningsvis identifiserte flere problemområder knyttet til kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Den kommunale tjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer forskjellig. Blant ansatte i kommunale hjelpe-

instanser oppleves frustrasjon i forhold til spesialisthelsetjenesten når det gjelder:

- ventetid for utredning og behandling
- manglende veiledning i forbindelse med behandling
- problemer med å gi et helhetlig og egnet tilbud til de som regnes som de alvorligst sykeste

Gjennom prosjektet er det foreslått tiltak til kvalitetsforbedring av tilbudet de ulike hjelpeinstansene yter til barn og unge med psykiske lidelser. Særlig er det lagt vekt på å styrke helse- og sosialkontorenes sentrale rolle i oppfølgingen av barn og unge med alvorlige psykiske lidelser må styrkes. Tiltak som er iverksatt inkluderer utarbeidelse av en serviceerklæring for helse- og sosialkontorene samt opprettelse av fire stillinger for psykisk helsearbeidere for barn og unge på disse kontorene. Det er også innført et samhandlingsverktøy – Qlm – for å klargjøre hensiktsmessige samhandlingsrutiner mellom ulike virksomheter (Stavanger kommune: Rapport fra prosjektet *En dør inn*, s. 6-7). Det er foreløpig ikke systematisk innhentet opplysninger om brukernes erfaringer med det nye systemet.

Innenfor *En dør inn* er det utarbeidet retningslinjer for oppfølging av barn av psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre samt barn som opplever vold i nære relasjoner. Det er også gjennomført informasjonsarbeid overfor aktuelle hjelpetjenester for disse gruppene (Stavanger kommune: Rapport fra prosjektet *En dør inn*, s. 7-8). Hvorvidt disse rutinene faktisk fører til bedre oppfølging av utsatte barn, er foreløpig ikke kjent.

Gir *En dør inn* god, kompetent hjelp til sine brukere?

En dør inn-prosjektet er rettet mot å utvikle et system for barn og unge eller pårørende som har problemer. Prosjektet skal fange dem kjapt opp og løse den raskt gjennom hjelpeapparatet. Prosjektet har som mål å sørge for at hjelpsøkende kan få kontakt med riktige instanser i hjelpeapparatet uten å måtte gå kanossagang gjennom kommunens system. *En dør inn* er imidlertid primært et systemutviklingsprosjekt som ikke har direkte brukere i denne fasen av prosjektet. Som nevnt i forrige avsnitt er det derfor foreløpig ikke gjort systematiske analyser av om de innførte tiltakene faktisk har de forventede virkningene.

Innebærer *En dør inn* bruker- og pårørendemedvirkning?

Som tidligere nevnt intervjuet prosjektleder tidlig i prosjektperioden foreldre og foresatte til barn og unge som har fått hjelp på grunn av psykiske vansker. Erfaringen til barns og unges pårørende er benyttet som viktige innspill i utviklingen av systemet for å bedre oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemer. Også brukerorganisasjonene har bidratt med informasjon til systemutviklingsprosjektet.

8.4.3 *En dør inn*: Oppsummering

Da vi intervjuet Stavanger kommune om *En dør inn* i 2007 var prosjektet fremdeles i oppstartfasen. Hensikten med prosjektet er å bedre systemet for oppfølging av barn og unge med psykiske vansker samt barn av psykisk syke/rusavhengige foreldre og barn som er berørt av vold i nære relasjoner. Det er grunn til å tro at prosjektet fyller en nødvendig og viktig funksjon i Stavanger. Det kan likevel hevdes at målgruppene for prosjektet ligger i utkanten av de prioriterte målgruppene for Storbysatsingen.

8.5 Stavanger kommunes psykiske helsearbeid – Storbyiltakenes rolle

Storbyiltakene fremstår som viktige elementer i Stavangers psykiske helsearbeid, først og fremst fordi kommunen i utgangspunktet hadde stort behov for å etablere et tilbud til målgruppene for de to storbyprosjektene. Før Storbysatsingen hadde kommunen ingen oppsøkende virksomhet overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser kombinert med rusmisbruk. En kompleks organisatorisk struktur i kommunen gjorde det dessuten vanskelig for hjelpetrevende å finne frem til riktig instans, særlig for barn og unge hvor mange hjelpetjenester ofte er involvert. Kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten trengte også å styrkes.

OBS-prosjektet synes spesielt interessant fordi det driver selvstendig oppsøkende virksomhet. Det er grunn til å tro at erfaringene fra *OBS-teamet* vil ha betydelig overføringsverdi. Tiltaket er interessant i forhold til arbeidsmetodikk, og i forhold til evnen til faktisk å fange opp ”nye” og ”ukjente” hjelpetrevende. Erfaringene knyttet

til avveiningen mellom arbeid med pasienter som formelt er tatt inn som pasienter i teamet på den ene siden og arbeidet med å komme i inngrep med hjelpetrengende som ikke selv oppsøker hjelp på den annen, bør dessuten videreformidles. *OBS-teamets* erfaringer er også viktige fordi det er et samarbeidstiltak mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten som kan danne mønster for andre kommuner.

9 Drøfting på tvers av byene, sammenlikning av tiltakene

9.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi først kort en oversikt over de fire byenes prosjekter innenfor Storbysatsingen. Deretter drøfter vi hvorvidt prosjektene i Storbysatsingen sett under ett oppfyller intensjonene i satsingen. Som i de foregående kapitlene ser vi spesielt på følgende forhold:

- I hvilken grad treffer tiltakene målgruppene for Storbysatsingen?
- I hvilken grad innebærer tiltakene at folk med psykiske problemer fanges opp og videreformidles i hjelpeapparatet?
- Innebærer tiltakene at brukerne får god og kompetent hjelp?
- Hvordan sørger tiltakene for at brukere får helhetlig og samordnet hjelp?
- Sørger tiltakene for bruker- og pårørendemedvirkning?

I drøftingen av de ulike målene trekker vi frem erfaringer med tiltakene i Storbysatsingen. Der det er hensiktsmessig sammenlikner vi ulike typer tiltak innenfor hver kategori.

I kapitlet vil vi trekke veksler både på intervjumateriale og skriftlig materiale om prosjektene, som vi har benyttet i behandlingen av prosjektene i de foregående kapitlene, og på data fra registreringen av brukere av de ulike tiltakene. Av personvern hensyn vil vi ikke formidle tall fra registreringen for enkelttiltak. Vi viser derfor totaltall for tiltakene samlet, for hver by og for kategorier av tiltak.

9.2 Tiltakene innenfor Storbysatsingen

De fire bykommunene som inngår i storbysatsingen er på mange måter ulike. Byene har ulike styrker og utfordringer i sitt psykiske helsearbeid, og de har også valgt å satse på litt forskjellige tiltak for midlene de har fått gjennom Storbysatsingen (Tabell 9.1). Oslo skiller seg noe fra de andre tre. Kommunen ser ut til å ha spredt midlene noe mer utover enn de andre kommunene, blant annet ved å spisse allerede eksisterende tilbud for å fange opp særlig svakstilte mennesker.

Implementeringen av tiltakene var kommet ulikt langt da evalueringen startet. Tiltak som innebærer investeringer, ombygginger og/eller omreguleringer – som noen av botiltakene – tok med nødvendighet noe lenger tid å få i gang. For noen av tiltakene tok rekrutteringen av kvalifisert arbeidskraft lenger tid enn forventet.

For flere av tiltakene ble våre intervjuer foretatt før det ble klart at tidsrammene for evalueringen ble utvidet. Det har ikke vært økonomiske rammer i evalueringen for å følge opp med nye intervjuer i samtlige tiltak. Samtidig har mange prosjekter endret seg over tid (noen var ganske nyoppstartet da vi intervjuet), slik at det bildet vi tegner kan være endret. Vi benytter rapporteringer fra tiltakene for å oppdaterte kunnskapene om tiltakene, men dette vil i mange tilfeller ikke være tilstrekkelig til gi et fullgodt bilde av hvordan tiltakene fungerer i dag.

Tabell 9.1 *Klassifisering av tiltakene under Storbysatsingen*

	Oslo	Bergen	Trondheim	Stavanger
Bolig-tiltak	Schandorffs-gate To skritt fram (Ungbo) Grefsenlia Bolig Schu Lassonløkken	Kringsjå-veien Landås-veien		
Tiltak for kart-legging/videreformidling	Min Plan Dobbeltprosjektet Institusjonsprosjektet			
Ambulante tiltak	Akutteamet Legevakten		KART PART	OBS-teamet
Tiltak for økt samarbeid	Styrking av barnevernvakta Psykisk helsearbeid i skolen			En dør inn
Annet	Værestedet Trefoldighet	Livskrisehjelpen	Kriseplass kveld/natt Tett på	

Byenes ulike profiler

Bergen kommune har drevet et godt og aktivt psykisk helsearbeid i en årrekke. Kommunen har god oversikt over sine brukere og over udekkede behov i kommunen. Allerede da midlene i Storbysatsingen kom hadde Bergen kartlagt behovene i sektoren, og planene for tiltakene var så og si klare. Kommunens søknader var derfor mer gjennomarbeidet og bedre begrunnet enn mange av de andre søknadene. Bergen har brukt mesteparten av storbymidlene til to botiltak fordi de vurderte mangel på gode boliger til mennesker med komplekse problemer som den største utfordringen i kommunens psykiske helsearbeid.

Trondheim kommune har satset store deler av storbymidlene på ambulerende tjenester der helhetlig tilbud til brukerne står sentralt. Dette speiler noen av svakhetene ved Trondheims psykiske helsearbeid i utgangspunktet: kommunen manglet en oppsøkende tjeneste for tunge brukere, og kommunen synes å streve med samarbeidet mellom ulike kommunale tjenester og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Trondheim kommune søkte også om midler til flere tiltak for barn og unge, men fikk bare godkjent *Tett på*.

Stavanger kommune har lagt hovedvekten i storbyarbeidet på ett tiltak, *OBS-teamet*, som er en oppsøkende og ambulerende tjeneste som drives i samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Med dette tiltaket kan Stavanger sies å ha tatt intensjonen bak Storbysatsingen på alvor: brukerne til *OBS-teamet* er i kjernen av satsingens målgruppe. Også Stavanger ønsket opprinnelig sterkere satsing på tiltak for barn og unge, men disse prosjektsøknadene ble avslått. Det kan hevdes at Stavangers psykiske helsearbeid ikke hadde hatt den forventede utviklingen i løpet av Opptrappingsplanen, slik at de to realiserte tiltakene speiler at kommunen både trengte mer oversikt over hjelpetrenge psykisk syke, og at behovet for et bedre system for oppfølging av barn og unge med psykiske problemer var stort.

Oslo kommune har brukt sine storbymidler på mange og ulike tiltak, bl.a. botiltak, systemutviklingstiltak og kartleggingstiltak. Fem forskjellige etater fikk midler fra satsingen: Storbyavdelingen, Legevakten, Utdanningsetaten, Barne- og Familieetaten og Rummiddelsetaten. I tillegg fikk bydelene noen midler i starten av Storbysatsingen. Oslo kommune er en stor by med 15 bydeler med stor selvstendighet i mye av tjenesteproduksjonen. Dette er sannsynligvis noe av årsaken til at kommunen brukte lenger tid på å få frem gode forslag til storbytiltak. De opprinnelige forslagene fra kommunen ble stort sett endret flere ganger i prosessen frem mot endelig godkjenning. De mange og ulike storbytiltakene skyldes nok både at Oslo kommune har særlig store utfordringer innenfor det psykiske helsearbeidet, men også at kommunen er så folkerik at det er mulig å utvikle ganske differensierte tiltak for ulike grupper av brukere.

9.3 Målgrupper for tiltakene

Som redegjort for i kapittel 3 var det omfattende diskusjoner knyttet til hvilke målgrupper tiltakene i Storbysatsingen skulle rettes mot. LPP, som følte et sterkt eierskap til satsingen, mente at tiltakene skulle omfatte de aller dårligste psykisk syke som bor dårlig og ikke er fanget opp av hjelpeapparatet eller som ikke får tilpasset hjelp.

Kommunene, på sin side, så behovet for å styrke tilbudet til grupper som ikke ble omfattet av LPPs målgruppedefinisjon. Dette gjaldt brukere som allerede var godt kjent for hjelpeapparatet, men som trengte et bedre tilbud i kommunen, og det gjaldt barn og unge med psykiske problemer og lidelser.

Diskusjonene rundt målgruppe dreide seg også om rusfeltets plass innenfor Storbysatsingen. Det var allment akseptert at mange av de dårligste psykisk syke også har rusproblemer, men LPP mente at både kommunene og deler av Sosial- og helsedirektoratet ønsket å gi storbymidler til tiltak som først og fremst var rettet mot mennesker med rusproblematikk. Konklusjonen fra Hurtigarbeidende gruppe var at brukerens psykiske sykdom skulle være det primære.

Storbytiltakene er svært ulike og har ulike målgrupper. Enkelte tiltak, blant annet de fleste botiltakene, har få og klart definerte brukere. Andre tiltak bærer preg av å være "volumtiltak" med mer finmaskede nett som fanger opp et vidt spekter av brukere. Dette gjelder f.eks. Akutteamet ved Legevakten i Oslo og *Livskrisehjelpen* i Bergen. I den grad Storbysatsingen skal søke å finne frem til "nye" brukere som er ukjente for hjelpeapparatet, vil en mulig tilnærming kunne være å etablere tiltak som får kontakt med et stort antall mennesker, for derigjennom å identifisere noen som trenger mer omfattende hjelp. Det er derfor rimelig å forvente at en del av brukerne av tiltakene innenfor Storbysatsingen vil være utenfor de primære målgruppene definert av Hurtigarbeidende gruppe, uten at dette bør oppfattes som noe stort problem for disse "volumtiltakene".

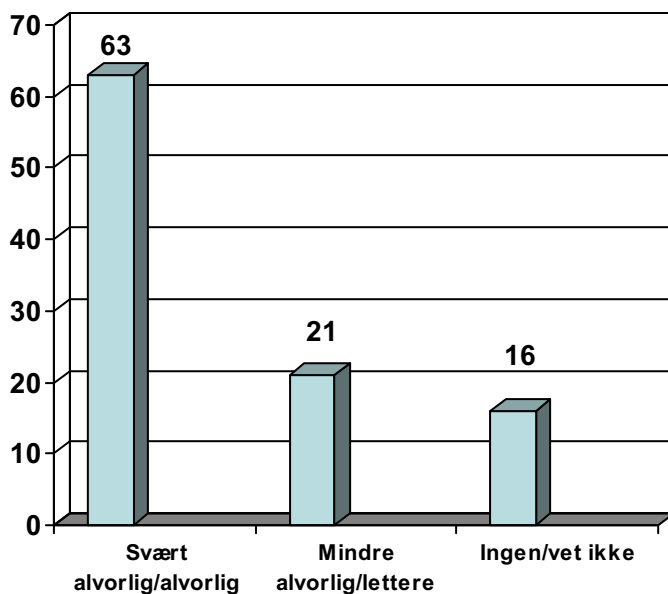
Psykisk sykdom og rus

Gjennomgangen av samtlige tiltak innenfor Storbysatsingen viser at de fleste tiltakene er direkte rettet mot folk med psykiske

lidelser, eventuelt i kombinasjon med rusproblemer. Som vi allerede har påpekt er imidlertid noen av tiltakene volumtiltak, med et bredere nedslagsfelt enn den primære målgruppen for Storby-satsingen.

For å få et bilde av brukerne av storbytiltakene har vi gjennomført en kartlegging av brukerne. Registreringen av brukerne av storbytiltakene viser at nesten to av tre brukere har eller antas å ha en alvorlig eller svært alvorlig psykisk lidelse (Figur 9.1). Knapt én av seks – 16 prosent – har ingen (kjent) psykisk lidelse.⁴⁶

Figur 9.1 *Psykisk sykdom blant brukerne av tiltakene. Prosent*



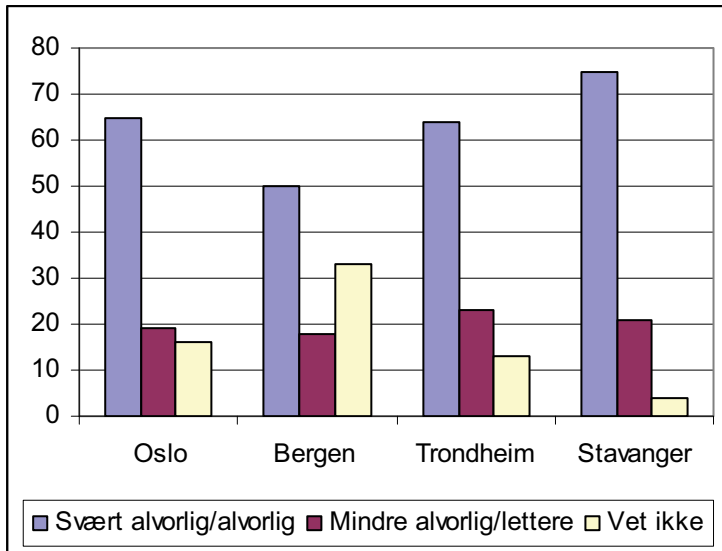
Registreringen av brukere på denne måten reflekterer ikke nødvendigvis hvor mye ressurser som benyttes på de ulike gruppene. Nærmere analyser viser at brukere med alvorlig eller svært alvorlig psykisk lidelse mottar betydelig mer hjelp fra tiltakene sammenliknet med brukere som ikke har noen (kjent) psykisk lidelse.

Andelen brukere med alvorlig/svært alvorlig psykisk lidelse er høyest i Stavanger og lavest i Bergen (Figur 9.2). Dette kan blant

⁴⁶ Registreringen speiler ikke bruk av storbymidlene fullt ut, da enkelte av tiltakene er systemutviklingstiltak som ikke har brukere som er registrert.

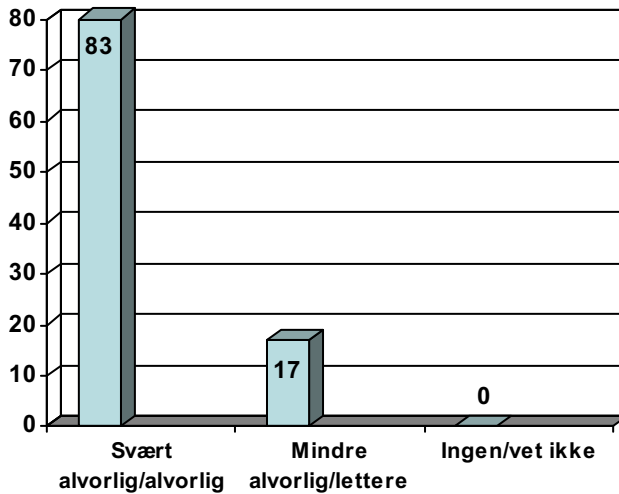
annet forklares ved at Stavanger bare har to storbytiltak, og bare ett av disse har brukere som er registrert i vår undersøkelsen. I Bergen, derimot, er det registrert brukere i flere tiltak, blant annet i *Livskrisehjelpen*, som er et bredt ”volumtiltak” uten en spisset målgruppe.

Figur 9.2 *Psykisk sykdom hos brukerne i de fire byene. Prosent av antall registrerte i hver by.*

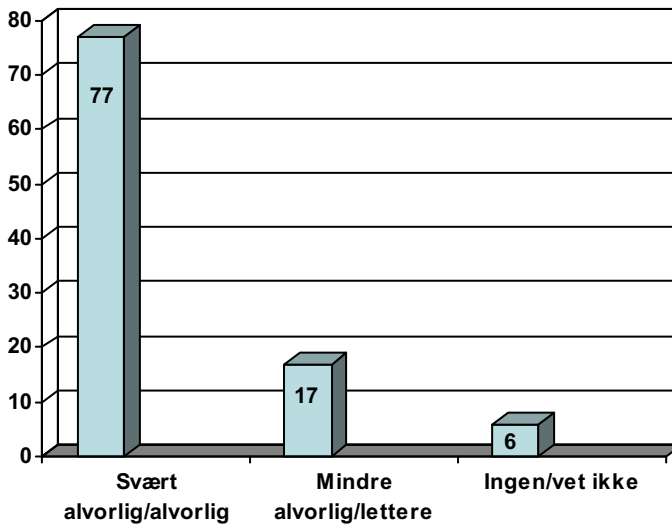


Samtlige beboere av botiltak som har mottatt storbymidler er eller antas å være psykisk syke (Figur 9.3). Over åtte av ti av disse har eller antas å ha en alvorlig eller svært alvorlig psykisk lidelse. Vi ser omtrent det samme mønsteret når det gjelder de ambulante tjenestene (Tabell 9.4), men her er det også enkelte brukere som ikke har noen (kjent) psykisk lidelse.

Figur 9.3 *Psykisk sykdom blant brukerne av botiltakene. Prosent*



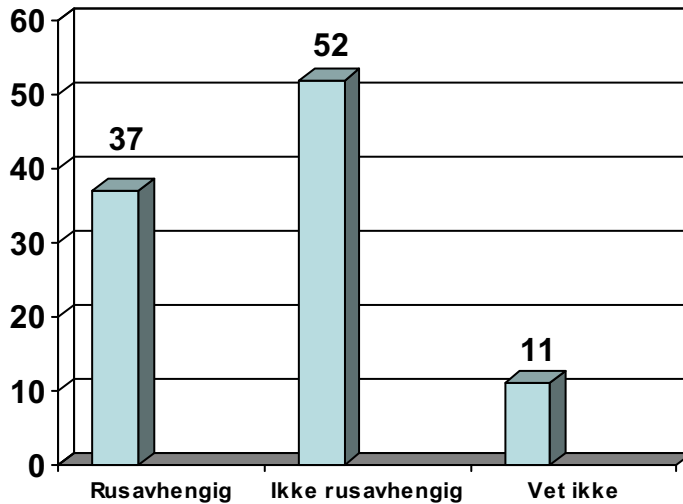
Figur 9.4 *Psykisk sykdom blant brukerne av ambulante tjenester. Prosent*



Vi har også spurt om brukerne av storbytiltakene er avhengige av rusmidler (Figur 9.5). 37 prosent av de registrerte brukerne er eller antas å være avhengig av rusmidler, mens over halvparten av brukerne av storbytiltakene er registrert som ikke rusavhengige. Ut

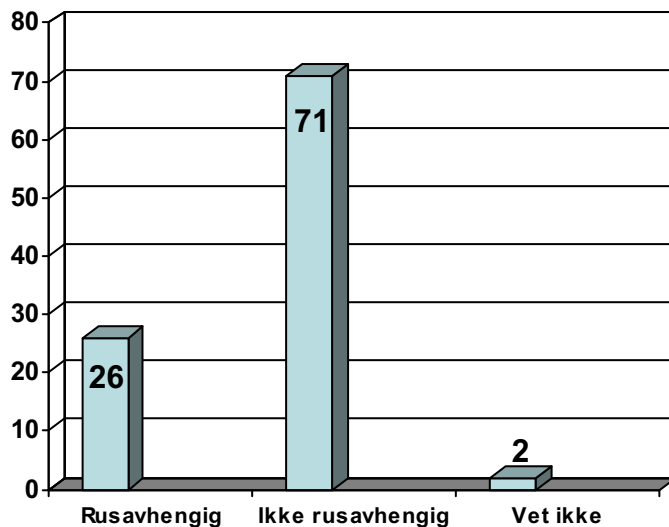
fra vår kjennskap til tiltakene er det sannsynlig at det er en viss underrapportering av rusproblemer. Enkelte brukere som er registrert som "ikke rusavhengige" har en historikk med omfattende rusbruk, men forutsettes ikke å bruke rusmidler som bruker av tiltaket. Dette gjelder spesielt brukere av botiltak, der over 70 prosent er registrert som ikke avhengige av rusmidler (Figur 9.6). I Bergen er for eksempel ingen av beboerne i de to botiltakene registrert som avhengig av rusmidler.

Figur 9.5 *Rusavhengighet blant brukerne av storbytiltakene samlet. Prosent*



Nesten tre av fire registrerte brukere av tiltak som har kartlegging og/eller videreformidling som formål, antas å ha rusavhengighet. Over fire av ti brukere av de ambulante tiltakene er registrert som (antatt) rusavhengige.

Omtrent én av fire registrerte brukere av storbytiltakene har både en *alvorlig* psykisk sykdom og rusproblemer, mens omtrent én av tre har både psykisk sykdom (alvorlig eller lettere) og rusproblemer. Det er svært få rusavhengige brukere – bare drøyt 2 prosent – som *ikke* antas å ha en psykisk lidelse. Det ser altså ikke ut til at storbymidlene er brukt til å lage tilbud til mennesker som "bare" har et rusproblem, slik noen i Hurtigarbeidende gruppe var bekymret for.

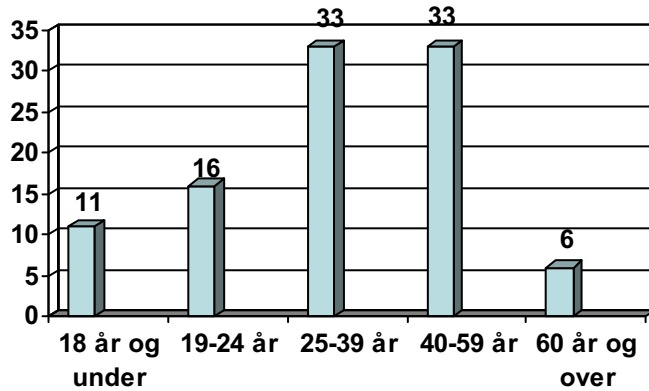
Figur 9.6 *Rusmisbruk blant brukerne av botiltak. Prosent*

Brukernes alder

Vi har tidligere nevnt diskusjonene i Hurtigarbeidende gruppe knyttet til brukernes alder. Blant de registrerte brukerne av storbytiltakene er et klart flertall – to av tre – mellom 25 og 59 år. Det er svært få brukere som er 60 år og over (Figur 9.7). Drøyt én av ti brukere er under 18 år.

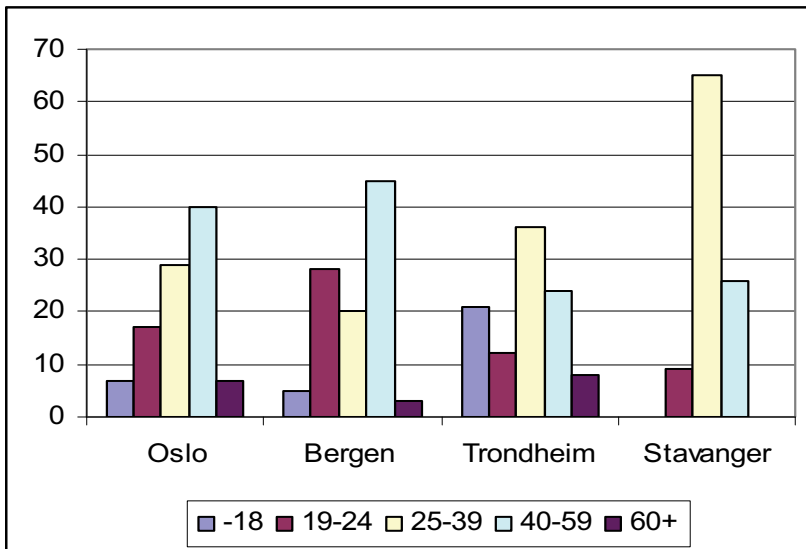
Registreringen av brukere speiler ikke fullstendig ressursbruken i forhold til ulike aldersgrupper i Storbysatsingen. Enkelte av de systemutviklende prosjektene som ikke har registrert brukere, f.eks. *Psykisk helse i Oslo-skolene*, er rettet mot yngre grupper i befolkningen.

Figur 9.7 *Aldersfordeling blant brukerne av storbytiltakene. Prosent*



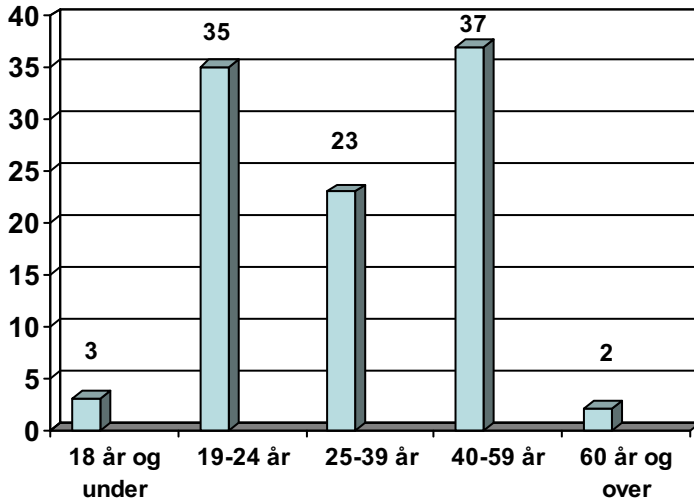
De fire byene har ganske ulike aldersprofiler på sine tiltak (Figur 9.8). Oslo og Bergen har høyest andel brukere i alderen 40 til 59 år. Stavanger har en noe yngre brukergruppe – her er to av tre brukere mellom 25 og 40 år. Trondheim kommune har en jevnere aldersprofil, og har klart høyere andel av yngre brukere enn de andre byene.

Figur 9.8 *Aldersfordeling på brukerne i de fire byene. Prosent av registrerte i hver by*



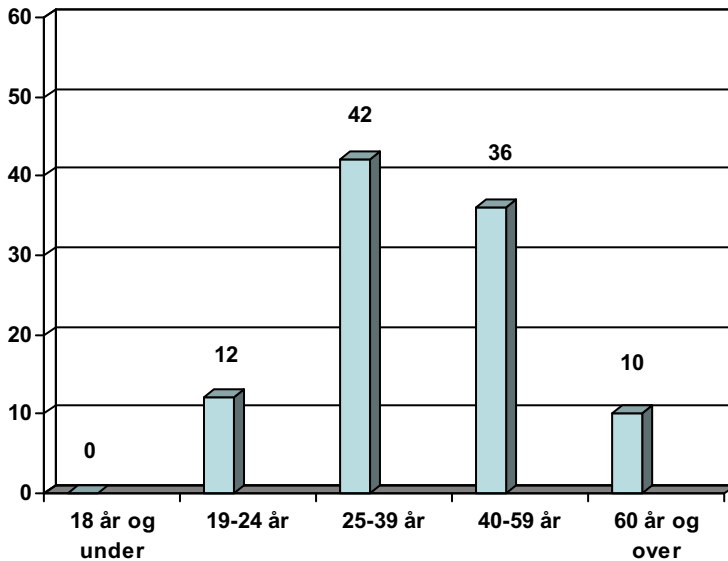
Blant beboerne i botiltakene som har fått midler gjennom Storby-
satsingen er det relativt mange unge. Over en tredel av beboerne er
mellom 19 og 24 år. Også aldersgruppen 40 til 59 er godt represen-
tert i botiltakene (men det er viktig å legge merke til at alders-
spennet 40-59 er fire ganger så stort som 19-24).

Figur 9.9 *Alder på brukerne av botiltakene. Prosent*



Nesten åtte av ti registrerte brukere av ambulante tjenester er mellom 25 og 59 år (Figur 9.10). Ingen av brukerne av disse tjenestene er under 19 år.

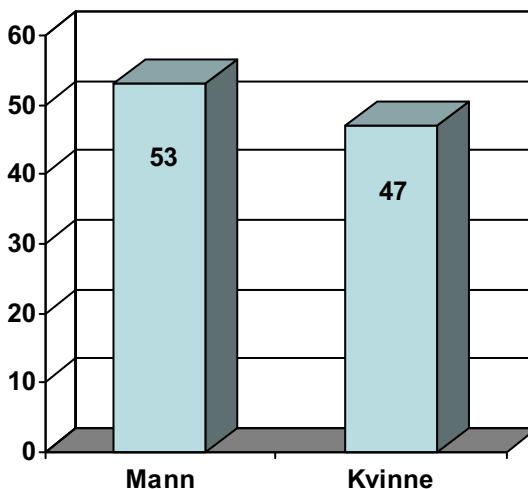
Figur 9.10 *Alder på brukere av ambulante tjenester. Prosent*



Brukernes kjønn

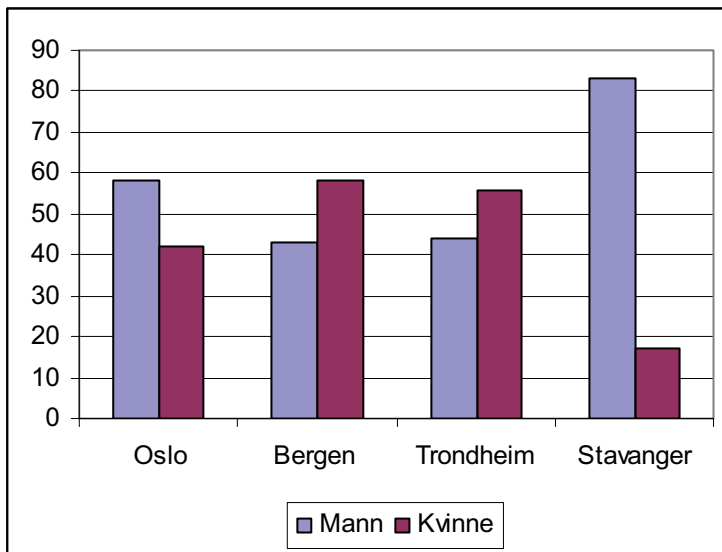
Storbysatsingen har ingen uttrykte målsetninger når det gjelder kjønnsfordeling blant brukerne av tiltakene. Registreringsundersøkelsen () viste at det er en liten overvekt menn blant brukerne – 53 prosent av de registrerte brukerne er menn.

Figur 9.11 *Registrerte brukere av storbytiltakene, etter kjønn. Prosent*



Fordelingen av menn og kvinner er ganske forskjellig i de fire byene (Figur 9.12). Stavanger skiller seg klart fra de andre byene ved en svært skjev kjønnsfordeling blant brukerne av Storbytiltakene. Over 80 prosent av brukerne i Stavanger er menn. Også Oslo kommune har en overvekt menn blant brukerne, mens kvinner er i flertall blant brukerne i Bergen og Trondheim.

Figur 9.12 *Kjønnsfordeling blant brukerne av storbytiltak i de fire byene. Prosent av antall registrerte i hver by*



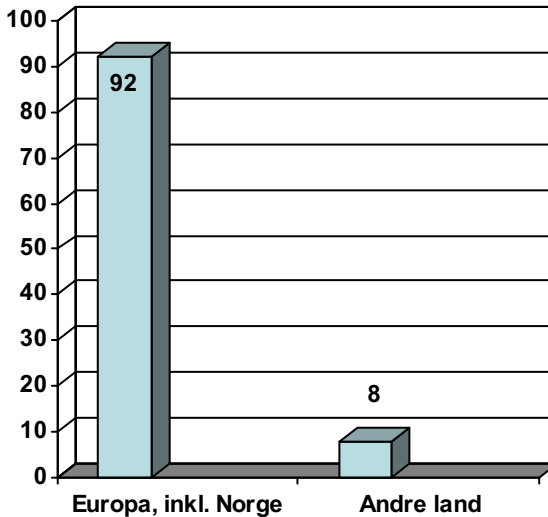
Det er en overvekt av menn blant brukerne av alle typer tiltak innenfor Storbysatsingen. De mannlige brukerne får dessuten gjennomgående noe mer hjelp enn kvinnene.

Brukernes opprinnelsesland

Storbysatsingen hadde ikke satt noen mål knyttet til brukernes nasjonalitet eller etniske tilknytning. Ved godkjenningen av registreringskjemaet vårt hos personvernombudet ble det dessuten lagt strenge føringer på hvor detaljert det var mulig å registrere opprinnelsesland. Vi har derfor skilt mellom brukere av norsk/europeisk opprinnelse og brukere av annen opprinnelse. Registreringen viser at de aller fleste brukerne er av norsk eller annen europeisk opprinnelse (Figur 9.13). Under 10 prosent

kommer fra land utenom Europa. Innslaget av det vi med et upresist begrep kan kalle ”fremmedkulturelle” blant brukerne av tiltakene innenfor Storbysatsingen er med andre ord lite.

Figur 9.13 Registrerte brukere av storbytiltakene, etter opprinnelsesland. Prosent



Av de fire byene er det Bergen som relativt sett har flest brukere som ikke er fra Norge eller andre land i Europa. Her er andelen 13 prosent. Trondheim har den laveste andelen med 5 prosent.

9.3.1 Oppsummering målgrupper

Gjennomgangen av tiltakene og resultatene fra kartleggingen av brukere viser at brukerne av storbytiltakene i all hovedsak må sies å høre til målgruppene for Storbysatsingen, slik de ble definert av Hurtigarbeidende gruppe. En stor del av brukerne har eller antas å ha alvorlige psykiske lidelser, og de aller fleste brukerne er voksne. I mandatet for satsingen het det også at Storbysatsingen skulle nå ut til brukere som er ”nye” for hjelpeapparatet, eller brukere som unndrar seg hjelp. Dette ser vi nærmere på i neste avsnitt.

9.4 Bidrar Storbysatsingen til identifisering og videreformidling?

Som nevnt var et viktig mål med Storbysatsingen å finne frem til alvorlig psykisk syke som ikke var kjent for hjelpeapparatet, eller som har falt ut av hjelpeapparatet fordi det ikke finnes noe godt og tilpasset tilbud til dem. Storbysatsingen forutsatte at mange av disse ikke selv vil oppsøke hjelp. Identifisering av hjelpetrequende ble derfor sett som sentralt i satsingen. I hvilken grad innebærer de realiserte tiltakene i Storbysatsingen at psykisk syke som trenger hjelp blir identifisert, kartlagt og videreformidlet til riktig hjelpeinstans?

Mennesker som ikke selv søker hjelp utgjør ingen homogen gruppe, men består av mennesker med ulike problemer og lidelser. Det er åpenbart en utfordring for hjelperne både å finne og å oppnå kontakt med folk som ikke selv oppsøker hjelp, og som kanskje ikke selv anerkjenner at de er syke.

Gjennomgangen av tiltakene viser at de fleste brukerne av storbytiltakene var kjent for hjelpeapparatet før de fikk hjelp gjennom de tjenestene vi har sett på. Botiltakene er i all hovedsak tilbud til kjente brukere, de fleste med et langvarig forhold til ulike hjelpe-tjenester, i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten. Selv om beboerne var godt kjent av hjelpeapparatet fra tidligere, var det mange av dem som ikke hadde et tilstrekkelig og/eller tilpasset tilbud før de kom inn i botiltaket gjennom Storbysatsingen.

Noen av storbytiltakene, f.eks. to av tiltakene i Trondheim, betyr at kjente brukere får forsterket og mer fleksibel hjelp.

Gjennom volumtiltakene innenfor Storbysatsingen – Akutteamet, *Livskrisehjelpen* og *Værestedet Trefoldighet* – vil lav terskel og kontakt med mange mennesker gjøre det mulig å oppdage mennesker med behov for hjelp som ikke er kjent for hjelpeapparatet. Selv om dette er folk som selv tar kontakt med tjenesten, vil kontakten i noen tilfeller sannsynligvis gjelde andre forhold enn det de primært trenger hjelp til.

Enkelte av storbytiltakene har ikke først og fremst som mål å avdekke ”nye” hjelpetrequende, men kan ha dette nærmest som bieffekt. Ungbo kan f.eks. gjennom sine inntaksprosedyrer kunne

finne frem til unge mennesker med behov for hjelp på grunn av psykiske problemer.

Flere av tiltakene i satsingen er imidlertid mer eksplisitt rettet mot å identifisere mennesker med et udekket hjelpebehov (f.eks. *Min Plan, Dobbeltprosjektet, Institusjonsprosjektet*). Dette er folk som er kjent for hjelpeapparatet, men som har en mulig uavklart psykisk lidelse. Gjennom ulike former for systematisk kartlegging blir det mulig å fange opp psykisk syke og gi dem et bedre tilrettelagt tilbud.

Et par av prosjektene i Oslo – *Psykisk helse i Oslo-skolen* og *Styrking av Barnevernvakta* – arbeider med mer grunnleggende ”systemutvikling” som i sin tur kan innebære at folk som trenger hjelp identifiseres og fanges opp av hjelpeapparatet. Hvorvidt dette faktisk vil være resultatet av prosjektene, er imidlertid foreløpig usikkert.

OBS-teamet er det av de realiserte tiltakene i Storbysatsingen som mest direkte har som klart definert formål å identifisere ”nye” og ”ukjente” hjelpetrequende. *OBS-teamet* har en todelt rolle. Den ene rollen er knyttet til å følge opp brukere som er tatt inn i systemet. Den andre rollen dreier seg om å finne folk med behov for hjelp som ikke nødvendigvis selv oppsøker hjelpeapparatet. *OBS-teamet* benytter ulike metode for å finne frem til slike mennesker. I starten oppsøkte teamet ulike steder i byen (inne og ute) der folk ferdes, men erfaringen var at denne fremgangsmåten ikke var særlig hensiktsmessig. Alle de kom i kontakt med på denne måten hadde allerede en kontakt med en eller flere tjenester. Teamet bruker derfor nå sin tid på å ta kontakt med andre deler av hjelpeapparatet, for å finne frem til mennesker med behov for hjelp fra *OBS-teamet*.

Tabell 9.2 gir en oversikt over de ulike ambulante tjenestene innenfor Storbysatsingen, i forhold til om tjenesten driver selvstendig oppsøkende virksomhet, og i forhold til om tjenesten er et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 9.2 *Klassifisering av de ambulante tjenestene som får midler gjennom Storbysatsingen*

		Selvstendig oppsøkende virksomhet	
		Ja	Nei
I samarbeid med spesialist-helsetjenesten	Ja	OBS-teamet (Stavanger)	PART (Trondheim)
	Nei		Akutteamet Oslo legevakt (Oslo) KART (Trondheim)

Viktige utfordringer for de ambulante tjenestene er for det første sikring av videre oppfølging av brukere i det ordinære tjenesteapparatet. For det andre kan det være en utfordring, særlig for tjenester som driver selvstendig oppsøkende virksomhet, å opprettholde fokuset på de (potensielle) brukerne som i liten grad selv etterspør tjenester eller som ikke har et tjenesteapparat som etterspør for dem, når så mange andre som også har store behov aktivt søker tjenesten.

9.5 Gir storbytiltakene god og kompetent hjelp?

Kartleggingen som ble foretatt i startfasen av Storbysatsingen tydet på at byene i beskjedne grad har hatt et godt, tilpasset og differensiert tilbud til en del av de aller svakeste. Dette gjelder ikke minst personer med alvorlige rusproblemer og psykiske lidelser. Fokuset for Storbysatsingen var derfor å sørge for et bedre og mer tilpasset tilbud til denne gruppen. I hvilken grad har midlene gjennom Storbysatsingen faktisk bidratt til å bygge opp et kvalitativt godt tilbud til denne gruppen? Her drøfter vi bl.a. hvilken kompetanse storbytiltakene har, hva slags hjelp som ytes i tiltakene, og omfanget av hjelp som ytes. Vi benytter data fra kartleggingen av tiltakene og brukerne, samt opplysninger om tiltakene fra intervjuer og dokumenter.

Hvilken kompetanse har ansatte i tiltakene?

Høsten 2007 gjennomførte NIBR en registrering av kompetansen i de ulike storbytiltakene i de fire byene (Tabell 9.3). Oversikten viser at tiltakene benytter et stort spekter av kompetanse. Den største andelen er miljøarbeidere og ufaglærte. Ellers er det en jevn fordeling på sosionomer og sykepleiere, og relativt mange miljøterapeuter og vernepleiere. Dette speiler arbeidsoppgavene i feltet godt: her er det både medisinske/pleiefaglige oppgaver og sosialfaglige oppgaver.

Tabell 9.3 *Kompetansen i tiltakene innenfor Storbysettingsingen høsten 2007. Prosent av totalt antall årsverk.*

	Andel årsverk
Miljøarbeidere/ufaglærte/assistenter	25,9
Sosionom	17,7
Sykepleier	16,6
Miljøterapeut	9,7
Vernepleier	8,1
Annen høyskole/universitet	6,3
Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere	4,9
Barnevernpedagog	4,5
Psykologer	4,1
Leger	0,2
Annet	2,0
Totalt	100,0
(Antall årsverk=)	(123)

Har kommunen bygget opp ny kompetanse i hjelpeapparatet?

Holdningen til å bygge opp (ny) kompetanse varierer i storbytiltakene. I Akutteamet bestemte de f.eks. tidlig at det viktigste var å få tiltaket i gang så raskt som mulig fremfor å bruke ressurser på kompetanseheving blant de ansatte. Behovet for tiltaket var godt kjent. Akutteamet ønsket å få på plass et tilbud raskt. Teamet mente derfor at det var bedre å øke kompetansen underveis, ved å lære av de erfaringene de gjorde i arbeidet.

Andre tiltak har benyttet storbymidler til å bygge opp kompetanse blant de ansatte. I Oslo har flere tiltak sørget for at ansatte har fått

videreutdanning i rus/psykiatri, et utdanningstilbud utviklet av Høgskolen i Østfold. Det har også vært gjennomført etterutdanningskurs i sosialmedisin og rehabilitering samt kurs i mestring av vold, og ansatte har tatt kurs i kartleggingsverktøy og fått ASI-sertifisering.

OBS-teamet i Stavanger har bygget opp kompetanse på AOT-metodologi (Assertive Outreach Team). I flere av tiltakene bygges kompetanse gjennom veiledning av personalet, knyttet til enkeltpersoner eller mer generelt.

Noen av tiltakene har som del av sin virksomhet å undervise ansatte i andre tjenester i psykisk helsearbeid eller i rus/psykiatri. Dette gjelder f.eks. *Dobbeltprosjektet*, *Psykisk helse i Oslo-skolen* og prosjektet *Styrking av Barnevernvakta*.

Alt i alt kan vi si at storbymidlene i all hovedsak bidrar til å styrke kompetansen på to områder i kommunene:

- Psykisk helse
- Kombinasjonen psykisk helse/rus

Generelt innebærer Storbysatsingen et sterkere fokus på psykisk helse i en rekke tjenester: innenfor skolen, i barnevernet, i rusfeltet, i boligsektoren og i kommunenes akuttberedskap. Det er særlig bygget opp mye ny kompetanse i mange tjenester på dobbeltproblematikken rus/psykiatri.

Er det kompetansebehov som foreløpig ikke er dekket?

For de tiltakene som er samarbeidsprosjekter med spesialisthelsetjenesten har det vært et gjennomgående problem å få ansatt psykiatere og psykologer. Dette har medført at enkelte tiltak har kommet senere i gang enn planlagt, eller at tiltakene har startet opp med et snevrere funksjonsområde enn intentert.

Hva slags hjelp ytes?

I kartleggingen av brukere av storbytiltakene har vi spurt om hva slags hjelp brukerne mottar fra tiltakene (Tabell 9.4).

Kartleggingen av hva slags tjenester brukerne av storbytiltakene får viser at åtte av ti får hjelp i form av samtaler og rådgivning. Mange av brukerne har omfattende hjelpebehov, og nesten seks av ti får hjelp med kontakten med andre tjenester. Fokuset på å skape et

helhetlig, koordinert tilbud for brukerne ser med andre ord ut til å være ganske sterkt i mange tiltak innenfor Storbysatsingen. En av fire brukere får hjelp med å holde kontakt med pårørende og venner. Nesten like mange mottar hjelp med deltakelse i fritidsaktiviteter, mens omtrent en av fem får hjelp med ulike typer husarbeid.

Relativt få brukere av storbytiltakene får hjelp av de ansatte i tiltaket med å kvalifisere seg for arbeid, eller med oppfølging av skolearbeid. Fokuset på denne delen av tilværelsen synes med andre ord å være mindre fremtredende i tiltakene innenfor Storbysatsingen.

Tabell 9.4 *Hva slags hjelp ytes? Prosent av alle registrerte brukere som mottar ulike tjenester*

Type hjelp	Prosent som mottar hjelpen
Samtaler/rådgivning	80
Kontakt/koordinering med andre tjenester	58
Kontakt med pårørende/venner	24
Fritidsaktiviteter	22
Husarbeid og/eller matlaging	20
Økonomistyring	16
Medisinering	15
Innkjøp o.l.	15
Avrusning/mestring av rusavhengighet	13
Arbeidstrening/kvalifisering for arbeid	8
Oppfølging/kontakt med skole/utdanning	8
Påkledning o.a. personlige gjøremål	5

Noen av tiltakene i satsingen har kontakt med brukerne bare én gang eller noen få ganger. Dette gjelder f.eks. Akutteamet og *Livskrisehjelpen*. Noen av tiltakene har kontakt med sine brukere ganske sporadisk, som *Værestedet Trefoldigbet*. I andre tiltak – kanskje særlig i noen av botiltakene – er det heldøgns omsorg for beboerne.

Vi har kartlagt omfanget av hjelp brukerne av storbytiltakene har fått fra tiltakene. Det er store forskjeller i hvor mye hjelp tiltakene tilbyr, noe som naturlig følger av at den store variasjonen i typer

tiltak innenfor Storbysatsingen (Tabell 9.5). En av ti har bare hatt én, kortvarig kontakt med tiltaket, mens noen flere har fått inntil 10 timer hjelp totalt. Det store flertallet av brukerne får jevnlig hjelp fra tiltaket de har kontakt med. Tre av ti brukere får hjelp to timer eller mindre hver uke, mens ytterligere to av ti får hjelp mellom 3 og 8 timer per uke.

Tabell 9.5 *Omfanget av hjelp som ytes. Prosent av alle registrerte brukere*

	Prosent av brukerne
Inntil 2 t totalt	10
3-10 t totalt	15
2 t eller mindre pr. uke	30
3-8 t pr. uke	18
9-11 t pr. uke	1
21 t eller mer pr uke	3
Annet (botiltakene)	21

Botiltakene skiller seg fra de andre tjenestene. På den ene side representerer botiltakene i seg selv en hjelp for beboerne, men i intervjuer sier flere av de ansatte i botiltakene at de ikke anser tiltaket i seg selv som en tjeneste. I tabellen har vi derfor holdt botiltakene for seg selv i kartleggingen av omfanget av hjelp til brukerne av storbytiltakene.

Hvilke faglige og metodiske tilnæringer benyttes i tiltakene?

Tiltakene innenfor Storbysatsingen er mange og ulike, og de metodiske tilnærmingene varierer betydelig. De færreste tiltakene benytter helt eksplisitte metodiske verktøy. *OBS-teamet* er her et unntak – teamet er klare på at de bruker et tilpasset AOT-opplegg (Assertive Outreach Team). *Institusjonsprosjektet* benytter et spesifikt diagnoseverktøy for å kartlegge barn og unges psykososiale belastning. Også *Dobbeltprosjektet* tar i bruk et kartleggingsverktøy for å fange opp folk med psykiske problemer og lidelser.

Bolig Schu vektlegger dokumentasjon og skriftliggjøring i alt de gjør, samtidig som de driver systematisk opplæring og testing av de ansatte.

Et par av tiltakene i Storbysatsingen – *OBS-teamet* i Stavanger og *PART* i Trondheim – er samarbeidsordninger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Målet er å få til et helhetlig tilbud til mennesker med alvorlige psykisk sykdom som trenger omfattende hjelp fra flere tjenester. Disse tiltakene har erfart at det er vanskelig å få ansatt psykiater, noe som har begrenset tiltakenes mulighet til å yte det bredspektrede tilbudet som var intensjonen.

Nærmere om botiltakene

Botiltakene i Storbysatsingen bygger i stor grad på tanken om at stabile boforhold og relasjonstrening knyttet til boligen bidrar til å stabilisere sykdomsbildet for psykisk syke. Dette innebærer færre innleggelses totalt sett, og spesielt færre akuttinnleggelses.

Flere av botiltakene er basert på at beboerne har leiekontrakt på boligen. Dette betyr at beboeren selv har kontroll over boligen, og at personalet ikke uten videre kan ta seg inn i boligen uten tillatelse fra beboeren. Det skilles klart mellom boliger i institusjon og egne boliger. Det å ha en egen bolig antas å gi en mestringsfølelse for de psykisk syke.

I samtlige boligtiltak innenfor Storbysatsingen rapporteres det om en viss stabilisering av beboernes sykdomsbilde, og en nedgang i antall sykehusinnleggelses. En viktig grunn til at dette skjer er at de ansatte over tid opparbeider seg kjennskap til, kontakt med og tillit hos aktuelle andrelinjetjenester, slik at beboerne ved behov kan få hjelp tidlig. Noen av botiltakene har dessuten utarbeidet kriseplaner for beboerne, noe som også bidrar til rask hjelp ved akutt forverret helsetilstand. Tryggheten knyttet til vissheten om å få hjelp kan i seg selv gi mindre behov for innleggelses.

Boligtiltakene er ganske ulike, og har også beboere med ulike typer problemer. De to botiltakene i Bergen, *Landåsveien* og *Kringsjøveien*, er etablert som et tilbud til alvorlig psykisk syke (mange også med et tidligere alvorlig rusproblem) som har et langvarig opphold i institusjon bak seg, og som trenger et egnet tilbud i kommunen. Disse botiltakene yter omfattende hjelp til sine beboere, med blant annet felles aktiviteter og måltider. Slik sett har disse boligene klare institusjonsliknende trekk.

På mange måter representerer *Schandorffsgate* i Oslo og *Landåsveien* og *Kringsjøveien* i Bergen to ulike filosofier i forhold til bosetting av

mennesker med alvorlige psykiske lidelser og tilleggsproblematikk i form av bl.a. rus. Beboerne i *Schandorffsgate* i Oslo er i utgangspunktet ikke veldig annerledes enn beboerne i de to botiltakene i Bergen, men i *Schandorffsgate* har beboerne i liten grad langvarige institusjonsopphold i psykiatrien bak seg. De har stort sett hatt kortvarige og midlertidige bosteder, og mange har hatt en omflakkende tilværelse. De to tiltakene i Bergen har et mer omfattende hjelpetilbud, og har som nevnt institusjonsliknende trekk. I *Schandorffsgate* legges det stor vekt på at boligene ikke er institusjoner, og alle former for felles opplegg tones veldig ned. *Schandorffsgate* har ingen fellesarealer og få felles aktiviteter. I utgangspunktet skulle det heller ikke være felles måltider i *Schandorffsgate*, i prinsippet skulle hver beboer sørge for egen mat i egen leilighet. I praksis lages det nå enkle måltider, men det er opp til beboeren om han eller hun vil ta med seg maten på rommet eller spise på personalets kontor. En annen vesentlig forskjell mellom *Schandorffsgate* og de to botiltakene i Bergen er håndteringen av beboernes rusproblemer. Mens det aksepteres at beboerne i *Schandorffsgate* er aktive misbrukere av ulovlige rusmidler, legges det vekt på at beboerne i *Landåsveien* og *Kringsjøveien* skal mestre eventuelle rusproblemer, og det aksepteres ikke aktiv rusbruk i boligene.

Schandorffsgate representerer en – i norsk målestokk – ny måte å bosette mennesker med dobbeltproblematikk rus/psykiatri. Prinsippet er at beboerne skal få varige og stabile rammer i form av egen bolig, men at hjelpeapparatet i liten grad skal intervensjonere eller stille krav overfor beboerne. Ambisjonene om rusmestring er i beste fall tonet svært ned. Den informasjonen vi har hentet ut fra intervjuer med ansatte i *Schandorffsgate*, ansatte i samarbeidende tjenester og beboerne selv er at erfaringene med tiltaket i hovedsak gode. Beboerne får et litt mer stabilt liv, og antallet (akutt)innleggelser reduseres noe. Samtidig synes det ikke å være positive endringer i forhold til rusbruk (men det var heller ikke ambisjonen), og enkelte informanter hevder at beboerne kan utfolde seg enda friere i sitt rusmisbruk nå enn tidligere.

I og med at beboerne har leiekontrakt på egen leilighet, og det er svært små restriksjoner på muligheten til å ta i mot besøk i leilighetene, oppleves miljøet i *Schandorffsgate* som utrygt for noen av beboerne. Samtidig kan det være grunn til å tro at mange av beboerne ikke ville kunne tilpasse seg et botilbud med strengere krav

og mer fellesskap, slik at det er mulig *Schandorffsgate* representerer den mest realistiske løsningen for denne gruppen. Noen vil imidlertid hevde at gitt samfunnets ressursbruk på beboerne i *Schandorffsgate*, kan det være nødvendig å forvente høyere ambisjoner i forhold til endrede livsbetingelser for brukerne av tiltaket.

I hvilken grad bygger byene opp differensierte tjenester for målgruppen?

Flere av tiltakene i Storbyatsingen representerer en differensiering av byenes tjenester for innbyggere med psykiske lidelser, ofte også i kombinasjon med rusproblemer.

I Oslo innebærer f.eks. Ungbo at unge mennesker med psykiske problemer, som ikke uten videre kan bo i vanlige boliger, får mulighet til å bo i egne leiligheter med fleksibel oppfølging fra Ungbos ansatte. *Bolig Schu* er på sin side et skreddersydd botilbud til unge med helt spesielle oppfølgingsbehov. *Schandorffsgate* representerer en ny type botilbud for folk med alvorlig rus- og psykiatrilidelse: Selvstendige, samlokaliserte leiligheter uten fellesareal, men med bemanning som i liten grad intervensjonerer i den enkeltes liv.

I Bergen utgjør også de to botiltakene, *Kringsjøveien* og *Landåsveien*, et tilnærmet skreddersydd opplegg for en gruppe mennesker som har vært vanskelig å bosette i kommunen. *Livskrisehjelpen*, på sin side, tilbyr akutt hjelp for mennesker som opplever krise. Dette er ofte problemstillinger som fastlegen strengt tatt kunne håndtert, og en del av de som tar kontakt med *Livskrisehjelpen* henvises videre til fastlegen. Likevel har *Livskrisehjelpen* spesiell kompetanse på akutt krisehåndtering, særlig knyttet til angst og reaksjoner på samlivsbrudd, som fastlegen erfaringsmessig ofte ikke har. Tjenesten kan dessuten i noen grad og på kort sikt avhjelpe problemer pga lange ventelister til psykiatrisk behandling.

I Trondheim er *Natt-/kriseplassene* som er etablert med storbymidler et tilbud til psykisk syke og forvirrede som tidligere i stor grad ville vært tatt hånd om av politiet.

Noen av tiltakene i Storbyatsingen innebærer et mer fleksibelt tjenestetilbud enn det som tidligere har vært gitt i byene. Flexibiliteten kan være i form av at tjenestene ytes til andre tider enn det etablerte tjenestetilbudet, at tjenestene kan skje andre

steder (for eksempel hjemme hos folk), og/eller at tiltakene representerer en bredere kompetanse enn det som tidligere har vært tilbudet. *Akutteamet* i Oslo, *PART* i Trondheim og *OBS-teamet* i Stavanger er gode eksempler på slik fleksibilitet i tjenestetilbudet.

Mener brukerne selv og deres pårørende at de får god og tilpasset hjelp?

Vi har intervjuet brukere og pårørende i de tiltakene innenfor Storbysatsingen som er valgt ut for nærmere studie og som har direkte kontakt med brukere/pårørende. Generelt er brukerne svært godt fornøyd med hjelpen de får. Dette gjelder alle de ulike tiltakene der vi har intervjuet brukere. For en del av brukerne er livssituasjonen fremdeles vanskelig, men de mener at tiltaket har betydd en bedring av livsvilkårene. Flere av brukerne av botiltakene peker på at mer stabile rammer har gitt utslag i færre tvangsinnleggelseser. De intervjuede pårørende er også takknemlige for den hjelpen som ytes, og sier seg stort sett veldig fornøyd med tiltakene. Noen pårørende peker imidlertid på at de synes det kan bli vel vide rammer og lite kontroll og vel mye ”brukermedvirkning” i forhold til den de er pårørende til. De ønsker seg sterkere intervensjon i brukernes liv, og tror at dette ville kunne gitt klarere bedring i livssituasjonen for den de er pårørende til.

9.6 Gir storbytiltakene et helhetlig og samordnet tilbud?

Målgruppen for Storbysatsingen har komplekse problemer, og mange av brukerne trenger hjelp fra flere tjenester, både kommunale og statlige. Et helhetlig og godt tilbud forutsetter et tett samarbeid mellom ulike hjelpetjenester. I hvilken grad har kommunene bygget inn mekanismer og metoder for samarbeid og samordning i tiltakene som er etablert innenfor Storbysatsingen?

I dette avsnittet drøfter vi hvordan tiltakene samarbeider med andre tjenester innad i kommunen og i andrelinjen. Vi har også kartlagt bruken av individuell plan som samordningsverktøy i tiltakene. Til slutt i avsnittet trekker vi frem noen mulige betingelser for godt samarbeid og mulige hindringer for samarbeid, slik de fremkommer i gjennomgangen av tiltakene innenfor Storbysatsingen.

Hvordan samarbeider tiltakene med andre kommunale tjenester og med tjenester i andrelinjen?

Storbytiltakene har ulike mål og ambisjoner når det gjelder samarbeid med andre tjenester. Noen av tiltakene har etablering av samarbeidsrelasjoner som hovedmål. Dette gjelder f.eks. *Psykiisk helse i Oslo-skolen*, *Styrking av Barnevernvakta* og *En dør inn*. For akutttiltakene, som *Akutteamet* i Oslo og *Livskrisehjelpen* i Bergen, er målet snarere å hjelpe folk videre til egnede hjelpetjenester enn å inngå i vedvarende samarbeid om enkeltbrukere med andre tjenester. For kartleggingsprosjektene, f.eks. *Min Plan* og *Dobbeltprosjektet*, er det viktig å opprette kontakt med gode tilbud for sine brukere. I botiltakene sees muligheten for å etablere stabil kontakt med hjelpeapparatet som en særlig viktig konsekvens av at brukerne bor i tiltaket over en lengre periode. Ulikhetene mellom tiltakene tilsier derfor at de vil møte forskjellige muligheter og utfordringer i samarbeidet med andre tjenester.

Formelle samarbeidsavtaler

I Oslo er det vanlig at de tiltakene innenfor Storbysatsingen som hjelper brukere over lenger tid lager skriftlige avtaler med brukerens bydel. I avtalene kan det inngå oppfølgingsplaner for brukeren som bydelen må forholde seg til. Noen praktiserer å ha en navngitt kontaktperson i bydelen. I flere av tiltakene oppgir de ansatte at de over tid er blitt flinkere til å stille konkrete krav til bydelene for å sikre nødvendig og god hjelp til "sine" brukere. Bestillerenheten i bydelene oppleves nå også stort sett å akseptere slike krav i større grad enn tidligere.

Min Plan i Oslo er et godt eksempel på tiltak som har som hensikt å følge opp brukerne tett i kortere periode for å kunne utforme en god bestilling til bydelen. De ansatte i prosjektet legger vekt på å ansvarliggjøre hele tjenesteapparatet rundt klienten. Deres erfaring er at mulighetene for å få til et godt samarbeid varierer veldig, etter hvilke bydeler og personer det er snakk om, og etter hvilket DPS brukeren tilhører.

Også i Trondheim oppleves samarbeidet å avhenge av hvilken person en møter i tjenestene. De ansatte i tiltakene innenfor Storbysatsingen gir ganske entydig uttrykk for at det gjennomgående er vanskelige samarbeidsforhold både internt i kommunen og med NAV og spesialisthelsetjenesten.

En del tiltak etablerer skriftlige avtaler med DPS, mens andre tiltak sier at de (på intervjutidspunktet) mangler forpliktende samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten.

Grefsenlia i Oslo er et eksempel på godt fungerende avtaler, både på systemnivå og på individnivå. På systemnivå er det inngått formell forpliktende samarbeidsavtale mellom *Grefsenlia*, Lovisenberg sektor og bydelene. For hver beboer etableres det avtale mellom tiltaket, beboers bydel (bestillerenheten) og spesialisthelsetjenesten. Hver beboer har én kontakt i bydelen, og en navngitt kontakt i DPS. Også de som ikke går i aktiv behandling har en slik kontaktperson i DPS i tilfelle forverring av tilstanden. Alle har ansvarsgrupper. Den samarbeidsmodellen som praktiseres i *Grefsenlia* fremstår som godt fungerende, og modellen har trolig klar overføringsverdi til andre tiltak og tjenester.

Kontaktdatabaser

For de tiltakene i Oslo som er bydelsovergrepene, dvs. at de (potensielt) har brukere fra samtlige 15 bydeler og tilhørende tre sykehussektorer, består en viktig del av arbeidet for brukerne å bygge opp en kontaktdatabase over relevante tilbud og kontaktpersoner i de ulike hjelpetjenestene. De ansatte i disse tiltakene opplever imidlertid at det stadig er endringer i organisering og personell, slik at det kan være vanskelig å holde databasen oppdatert.

Kriseplaner

Flere av botiltakene etablerer kriseplaner for sine beboere. Kriseplanene inneholder rutiner for oppfølging i krisesituasjoner, f.eks. ved akutt forverring av beboers psykiske tilstand. Planene spesifiserer hvilke tjenester som skal kontaktes, noen ganger også kontaktperson/-sted innenfor tjenesten. I følge ansatte i tiltakene fungerer slike kriseplaner ofte svært godt. Planen sies også ha en viss forebyggende effekt fordi vissheten om at planen finnes kan gi brukeren en trygghet som mildner sykdomsforløpet.

Direkte oppfølging av beboerne

I alle botiltakene følges beboerne til ulike tjenester hvis det oppfattes som nødvendig for at beboeren skal komme seg til tjenesten eller få den tjenesten han eller hun har behov for. Det kan imidler-

tid være et mål for tiltaket og beboeren at beboeren selv skal klare å følge opp sin kontakt med tjenestene.

Tiltak som innebærer samarbeid

Noen av tiltakene innenfor Storbysatsingen er etablert i et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder *PART* i Trondheim og *OBS-teamet* i Stavanger. Begge disse tiltakene har tidlig i perioden slitt med problemer knyttet til å rekruttere nødvendige medarbeidere (psykiatere, psykologer) for å få til et genuint samarbeid mellom nivåene.

Ellers innebærer de fleste storbytiltakene et klart og sterkt fokus på samarbeid, både samarbeid internt i kommunen og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samarbeid og samordning oppfattes åpenbart som en akilleshæl i arbeidet for å gi tunge brukere et godt tilbud. De mest positive erfaringene med utvikling av samarbeidsrelasjoner synes å være når brukere bor stabilt på ett sted over lengre tid, slik at andre tjenester blir kjent både med brukeren og ansatte ved botilbudet. Det er også gode erfaringer med bruk av skriftlige samarbeidsavtaler. Ut fra våre intervjuer synes det som om det er større velvilje i tjenesteapparatet til å hjelpe syke barn og unge enn voksne brukere med komplekse problemer.

Hvordan og hvor utvikles individuelle planer for brukerne? Hvem tar ansvar for at slike planer utarbeides?

Bruken av individuell plan varierer i de ulike tiltakene. For brukere av akutttiltakene – f.eks. *Akutteamet* og *Livskrisehjelpen* – er individuell plan sjelden et tema. For noen av gjengangerne hos Akutteamet kan det være aktuelt med individuell plan, men Akutteamet ser det ikke som sin oppgave å etablere en slik plan.

For beboerne av botiltakene benyttes individuell plan relativt ofte, men den faktiske bruken varierer fra tiltak til tiltak. Ikke i noen av tiltakene har *alle* beboerne individuell plan. Noen steder heter det at ”alle som ønsker det har IP” eller at ”alle har tilbud om IP”. I ett av botiltakene sier de at omtrent halvparten har, ”men alle skal ha”. I et annet tiltak sier de klart at de ikke ser det som sitt ansvar å få utarbeide individuell plan for brukere som ikke selv ønsker en slik plan. Inntrykket fra intervjuene med brukere og pårørende er at disse i liten grad selv oppfatter at de har en individuell plan, selv

om de ansatte sier at det utvikles individuelle planer for deres brukere.

Mens enkelte av botiltakene selv tar på seg rollen som koordinator for beboernes individuelle plan, mener andre botiltak at ansvaret for dette ligger hos andre, f.eks. i sosialkontoret i bydelen. Flere botiltak sier at andre tjenester forventer at boligen skal ta seg av dette, men at de ikke ser det som sin oppgave. Uklarhet med hensyn til ansvaret for å utvikle og koordinere individuell plan bidrar både i Bergen og Oslo til at ikke alle har velfungerende planer.

I enkelte tiltak erstattes individuell plan med andre typer planer, blant annet samarbeidsavtaler med mål, delmål, tiltaksplan, ansvarsfordeling og tidsfrister.

Noen av tiltakene inngår i ansvarsgrupper der brukerens relevante tjenester er representert. Det varierer i hvilken grad tiltaket ser det som sin oppgave å etablere ansvarsgrupper eller innkalle til samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter.

Hvilke ordninger skaper gode betingelser for samarbeid, og hvilke forhold kan hindre samarbeid?

Oslo kommunes organisering i bydeler innebærer at alle tiltakene innenfor Storbysatsingen må forholde seg til flere bydeler. Noen av tiltakene er bydelsovergrepene, det vil si at tiltakene potensielt har brukere fra samtlige 15 bydeler med tilhørende tre sykehussektorer. Alle bydelene og sykehussektorene er organisert ulikt. Noen av tiltakene er begrenset til én sykehussektor, Lovisenberg sektor, med de tre bydelene som sokner til sektoren. De ansatte i tiltakene gir klart uttrykk for at betingelsene for samarbeid med bydelene og bydelenes tjenester er betydelig bedre når tiltakene må forholde seg til et mindre antall bydeler og bare én sykehussektor.

Flere av tiltakene i Storbysatsingen utvikler skriftlige samarbeidsavtaler med bydelene (i Oslo) og med spesialisthelsetjenesten. Det fremstår som noe usikkert om slike avtaler er et resultat av godt samarbeid eller en betingelse for samarbeid. Uansett synes samarbeidsforholdene å være bedre der det foreligger skriftlige avtaler. Avtalene med bydelene dreier seg i stor grad om enkeltpersoner og kan være i form av en bestilling av tjenester for brukerne. Ordningen med bestillinger, og forpliktelsene knyttet til å følge opp bestillingen, ser ut til å ha fått økt oppslutning i byene.

Samtidig er det tiltak som har brukere som ikke passer inn i mønsteret med bestillinger, spesielt der brukeren selv ikke er motivert for hjelp. Dette dreier seg gjerne om tunge rusmisbrukere med psykiske lidelser som ikke har permanent bosted. Ansatte i tiltakene formidler at det er vanskelig å få et godt tilbud til sine brukere til tross for iherdig arbeid med samarbeidsrelasjonene til andre tjenester. Tilbudene i bydelene og i spesialisthelsetjenesten er i liten grad tilpasset denne gruppen. Dette er mennesker som stort sett ikke fører et strukturert liv, og som derfor har problemer med å følge opp f.eks. timeavtaler på DPS. En del av dem har også liten innsikt i egen sykdom, mens mange av hjelpetilbudene forutsetter at brukerne er motivert for (langvarig) hjelp. Erfaringen er at det er vanskelig å etablere og opprettholde et godt samarbeid om tjenester til disse brukerne.

Tiltak som har langvarig og stabil kontakt med sine brukere opplever samarbeidet med andre tjenester som bedre enn tiltak som har mer kortvarig kontakt. Over tid får de ansatte større innsikt i den enkeltes behov, og kan derved gi bedre bestillinger på tjenester. Den største fordelene oppleves imidlertid å være at de ansatte får opparbeidet en kjennskap og respekt i hjelpeapparatet. Dette er både personlig kjennskap og institusjonell kjennskap. I et av tiltakene sier de f.eks. at spesialisthelsetjenesten nå kjenner boligen og de ansatte så godt at de vet at de ikke ber om innleggelse i utide. De opplever derfor i større grad å få lagt inn sine beboere når det er behov for det.

I alle byene sies det at samarbeidet er svært personavhengig. Det kan også hjelpe å personifisere ansvaret. I noen av samarbeidsavtalene og ansvarsgruppene navngis deltakerne.

Noen tiltak i Oslo setter krav til bydelene ved inntak av brukere. Allerede ved inntak skrives samarbeidsavtale med bruker og sosialkontoret der aktuelle instanser i bydelen nevnes. Når brukeren kommer inn i tiltaket foreligger det altså en aksept fra bydelen om at den må følge opp sine forpliktelser overfor brukeren.

I Oslo mener ansatte i flere av tiltakene at deres samarbeid med ulike bydeler til dels avhenger av om sosialkontoret har ruskonsulent eller ikke. Bydeler med ruskonsulent oppleves å ha betydelig større forståelse for brukernes problemer enn bydeler uten ruskonsulent på sosialkontoret.

Taushetsplikten kan bidra til å vanskeliggjøre samarbeid, selv om det er få tjenester som nevner dette eksplisitt. I Ungbo forteller de ansatte at de unge skriver under på at taushetsplikten oppheves overfor samarbeidspartnere. Likevel trekkes denne erklæringen raskt tilbake hvis de unge kommer i trøbbel. Spesielt kontakten med og informasjonen overfor foreldre vanskeliggjøres i slike situasjoner.

Ulike normer og ulike fokus i ulike tjenester kan også gjøre samarbeid vanskelig. I barnevernet er det f.eks. barnets beste som står i sentrum, mens psykiatrien er opptatt av behandlingsrelasjonen til sine pasienter. Dette kan innebære at de psykiske helsetjenestene ikke melder fra til barnevernet fordi det kan skade behandlingsrelasjonen. Her gjør også ulike lovverk samarbeidet vanskelig. Mens barnevernet kan gripe inn med tvang, er psykiatrien mye mer avhengig av frivillighet og motivasjon fra pasientenes side. Et annet problem i samarbeidsrelasjonen som nevnes fra tiltakene er knyttet til ulik vektlegging av brukerens behov for hjelp. Mens ansatte som arbeider med tunge rusmisbrukere mener at folk som er en fare for seg selv må få hjelp, legger helsevesenet vekt på at pasienten må være mottakelig for hjelp og at hjelpen må ha en rimelig god forventet effekt.

Erfaringen i tiltakene vi har sett på er at det er enklere å få til et samarbeid om hjelp til unge med psykiske problemer enn til etablerte brukere med dobbeltdiagnose, spesielt hvis de ikke har permanent bosted. Hjelpeapparatet oppleves å være lite tilpasset denne gruppen, slik at selv ved gode intensjoner om samarbeid strander ofte forsøket på å skaffe hjelp på manglende tilbud.

I noen av tiltakene er det et noe mer stabilt forhold til instanser i spesialisthelsetjenesten. I Oslo er det f.eks. en fordel om brukerne har vært en del av ROP. Innleggelse av brukerne kan da gå gjennom ROP, som er en del av spesialisthelsetjenesten, noe som gjør prosessen betydelig enklere. I Bergen bruker et av botiltakene en tidligere boinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, der mange av beboerne tidligere bodde, som støtteinstitusjon. Her kan beboerne komme på avlastning, noe som fungerer svært godt. Også de tiltakene som er et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten opplever at det er lettere å få tilgang på andre spesialisthelsetjenester for sine brukere.

For de tiltakene som har som formål å bygge opp samarbeidsrelasjoner blir den største utfordringen å opprettholde fokuset på samarbeid når prosjektiden og –midlene er over. En minste forutsetning for å lykkes må være at det er bygget opp stabile rutiner for kontakt og samarbeid på tvers av tjenestene.

9.7 Praktiseres bruker- og pårørende-medvirkning i storbytiltakene?

Brukermedvirkning står sentralt i Opptrappingsplanen, og er også vektlagt i Storbysatsingen. Brukermedvirkning er viktig både fordi alle har krav på respekt for egne meninger når det gjelder eget liv og helse, og fordi slik medvirkning kan bidra til at den hjelpetrevende får større selvrespekt og større tiltro til egne ressurser og vurderinger. Brukermedvirkning kan også bidra til at den enkelte får et bedre tilpasset tilbud, og til at den hjelpen som gis blir mer effektiv fordi motivasjonen er større når en selv har vært med på å ta beslutningene. Samtidig er det klare utfordringer i brukermedvirkningen for mange av de menneskene som er i målgruppen for Storbysatsingen.

Hvordan praktiseres brukermedvirkning i tiltakene?

Brukermedvirkning praktiseres på flere måter i storbytiltakene. I flere av botiltakene har beboerne leiekontrakter på sine leiligheter. Dette innebærer at de selv bestemmer over leiligheten, og at ansatte (så sant det ikke er fare for liv og helse) ikke kan ta seg inn i leiligheten uten beboerens samtykke.

I de fleste tiltakene som har kontakt med brukere over tid er brukerne med på å utvikle sine egne oppfølgingsplaner og individuelle planer. Brukerne får sette sine mål og bestemme tiltak. Slik medvirkning bidrar til ansvarliggjøring, og gir brukeren et eierforhold til planen. Mye av brukermedvirkningen skjer i form av motivering av brukeren, noe som i følge de ansatte er helt avgjørende for å oppnå positive endringer i brukernes liv. De fleste brukere som har ansvarsgruppe deltar i denne, men noen ønsker ikke å være til stede i ansvarsgruppemøtene.

Noen av botiltakene praktiserer en ordning med beboermøter, hvor brukerne kan komme med synspunkter og forslag.

Oslo kommune benytter i noen av tiltakene evalueringsskjema som brukerne av tiltakene skal fylle ut jevnlig. Gjennom skjemaet får brukeren gitt uttrykk for sin oppfatning av tiltaket, og evalueringen benyttes (i hvert fall ideelt sett) av kommunen i videreutviklingen av tiltaket.

En annen form for brukermedvirkning skjer når brukerorganisasjoner er representert i referanse- eller styringsgrupper knyttet til tiltaket. Dette er tilfelle i et par av Oslos tiltak innenfor Storby-satsingen og i *OBS-teamet* i Stavanger.

I *OBS-teamet* er de også svært bevisst at de må nærme seg de hjelpetrengende forsiktig, på deres premisser. Mye av teamets arbeid består i å komme i inngrep med mennesker som ikke selv oppsøker hjelp, eller som ikke selv forstår at de trenger hjelp. Tjenesteapparatet må i slike tilfeller være på tilbudssiden, og være forsiktig med å stille krav til den potensielle brukeren i innledningsfasen.

I den grad brukerne har noen klar oppfatning av sin egen medvirkning, synes de tilfreds med måten den skjer på. Også de pårørende er rimelig fornøyd, men noen av de pårørende peker på enkelte dilemmaer brukermedvirkning kan innebære, spesielt for mennesker med både alvorlige rusproblemer og psykiske lidelser. Noen synes brukerne får for stor frihet, og at det ikke øves tilstrekkelig press på brukerne for å endre livsstil eller motta behandling.

Kontakt med pårørende

For de fleste storbytiltakene er det lite kontakt med brukernes pårørende. Dette skyldes dels at mange av brukerne har lite kontakt med sine slektninger. Dels har enkelte pårørende selv så store problemer at kontakt ikke er ønskelig eller aktuelt.

Ett av tiltakene i Oslo praktiserer et nært samarbeid med pårørende. Dette er et botiltak der de unge beboerne har sammensatte problemer, og der pårørende stort sett er aktive i forhold til sine barn. I tiltaket har de gjennomført et opplegg med dialogkonferanse for pårørende. Konferansen arrangeres ikke av tiltaket selv, men av annen instans i kommunen. På denne måten kan de pårørende komme med sine synspunkter uten at ansatte er til stede.

Et annet botiltak, som stort sett har liten kontakt med brukernes pårørende, arrangerer åpen dag for pårørende én gang i året.

Flere av de ansatte vi har snakket med sier at noen pårørende ikke ønsker å delta f.eks. i ansvarsgrupper. De er bevisst på å skille foreldrerollen og behandlerrollen, slik at de ikke skal assosieres for sterkt med et behandlerapparat som brukeren kanskje har et vanskelig eller ambivalent forhold til.

Ansatte i enkelte av tiltakene har erfart at det er vanskelig med kontakt med ikke-norske pårørende. I noen andre kulturer kan det være mindre aksept for psykiske lidelser, og de ansatte mangler språk for å kommunisere med de pårørende.

9.8 Oppsummering

I dette kapitlet har vi drøftet hvorvidt tiltakene som byene har utviklet ved hjelp av storbymidler ivaretar målene satt for Storbysatsingen:

- Omfatter tiltakene målgruppen for Storbysatsingen?
- Innebærer tiltakene identifisering og videreformidling av folk som trenger hjelp?
- Klarer tiltakene å gi helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?
- Gir tiltakene god, kompetent hjelp til brukergruppen?
- Hvordan sørger tiltakene for bruker- og pårørende-medvirkning?

Avgrensning av målgruppen for Storbysatsingen ble gjenstand for omfattende diskusjoner i Hurtigarbeidende gruppe. Gruppen konkluderte – om enn ikke definitivt – med at målgruppen for tiltakene skulle være alvorlig psykisk syke voksne (en del av dem også med rusproblemer) som unndrar seg eller ikke er fanget opp av hjelpeapparatet, eller som ikke har fått adekvate tjenester. Etter hvert ble det også en aksept for å inkludere ungdom i overgangen til voksen. Enkelte av søknadene som fikk midler fra satsingen var rettet mot barn. Alt i alt synes storbytiltakene i stor utstrekning å ivareta de målgruppene som ble prioritert av Hurtigarbeidende gruppe.

Fordi en viktig del av målgruppen for Storbysatsingen ble antatt å ville unndra seg kontakt med hjelpeapparatet ble det viktig å sikre at tiltak faktisk bidro til å identifisere hjelpetrengende psykisk syke. Det var imidlertid ulike oppfatninger i de fire byene om hvorvidt de hadde slike ”ukjente” psykisk syke blant sine innbyggere. Det er få tiltak i satsingen som har selvstendig oppsøkende virksomhet. Men et par av kartleggingstiltakene er egnet til å avdekke udiagnostisert psykisk sykdom. Også volumtiltakene kan bidra til identifisering gjennom at folk som tar kontakt med lavterskeltilbud kan vise seg å ha psykiske problemer eller lidelser.

Viderefremidling er et viktig aspekt ved flere av tiltakene, men representerer også ofte en utfordring. Særlig for de dårligste brukerne med både psykiske problemer og rusavhengighet, og særlig hvis de har en ustabil bosituasjon, kan det være vanskelig å få hjelpeapparatet til å ta ansvar.

Storbytiltakene har benyttet et ganske bredt spekter av kompetanse. Hovedbildet er at det er en god balanse mellom pleiefaglig og sosialfaglig kompetanse, noe som trolig speiler behovene til brukerne på en god måte. I tilknytning til tiltakene i Storbysatsingen er det bygget opp mye kunnskap om psykisk helse, og særlig kombinasjonen psykisk helse og rus, hvor det er utviklet et nytt studium i samarbeid med Høgskolen i Østfold.

Nesten alle brukerne av storbytiltakene får tilbud om samtaler. Mange får også hjelpe med kontakt og koordinering med andre tjenester. Ellers tilbys brukerne ulike typer tjenester innenfor tiltakene, tjenester som stort sett dreier seg om å mestre hverdagen. Det er imidlertid relativt få som får hjelp til arbeidstrening eller oppfølging av skolearbeid.

Brukerne vi har intervjuet i forbindelse med evalueringen er stort sett godt fornøyd med den hjelpen de får. Også de pårørende er tilfreds, men noen mener at rammene for brukerens livsførsel burde vært noe strengere. Dette gjelder ikke minst enkelte botiltak. Botiltakene innenfor Storbysatsingen har ulik tilnærming til håndtering av rus blant beboerne, og til graden av ”fellesskap” mellom beboerne.

Noen av storbytiltakene har etablering av samarbeidsrelasjoner til andre tjenester som hovedmål, men også de fleste av de andre tiltakene legger stor vekt på å sikre gode samarbeid. Samordning av

tjenester for brukere med komplekse problemer oppleves generelt som vanskelig. I Oslo fremstår samarbeid og samordning som en særlig utfordring for de tiltakene som rekrutterer brukere fra alle de 15 bydelene. Noen av tiltakene har gode erfaringer med å forplikte andre deler av tjenesteapparatet gjennom skriftlige avtaler og klare bestillinger. Det oppleves generelt som noe enklere å få til gode samarbeid rundt unge brukere enn rundt etablerte brukere med dobbeltdiagnose. Langvarige og stabile botilbud ser ut til å bedre mulighetene for helhetlig oppfølging også for de svakeste brukerne, både fordi brukerne blir mer "tilregnelige" når de får hjelp til å følge opp avtalene sine, men også fordi personlig og institusjonell kjennskap mellom tjenesteutøvere er viktig for samhandlingen.

Brukermedvirkning praktiseres på ulike måter i storbytiltakene. Viktigst er trolig den medvirkning som skjer når brukere skal motiveres for ulike typer hjelp eller aktiviteter. Hjelpeapparatet må være på "tilbudssiden". Noen pårørende mener brukermedvirkningen går for langt, dvs. at det ikke legges nok press på brukerne for å inngå i behandlingsopplegg o.l. I noen av tiltakene inngår representanter for bruker-/pårørendeorganisasjonene i styringsgruppen eller referansegruppen til tiltaket. Ellers har Oslo kommune noen interessante eksempler på opplegg for bruker- og pårørendemedvirkning, bl.a. brukerevalueringsskjema og dialogkonferanser.

DEL IV

OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

10 Oppsummering, konklusjoner og refleksjoner

Dette kapittelet oppsummerer hovedpunktene fra de to delene av evalueringen av Storbysatsingen før vi avslutningsvis kommer med noen refleksjoner rundt videre oppfølging av satsingen.

10.1 Oppsummering

10.1.1 Organiseringen av Storbysatsingen

I oppdraget fra Helsedirektoratet ble NIBR bedt om at evalueringen skulle inneholde en vurdering av selve organiseringen av Storbysatsingen. Dette innebærer blant annet en drøfting av betydningen av å la midler fordeles til tiltak i storbyene etter søknad i stedet for gjennom de generelle Opptrappingsmidlene, og av selve styringsdialogen mellom sentrale myndigheter og kommunene. Kapittel 3 behandlet følgende spørsmål:

- Hvilken rolle har Hurtigarbeidende prosjektgruppe og anbefalingene fra denne hatt for innholdet i Storbysatsingen?
- Hvordan har Helsedirektoratet og fylkesmennene håndtert forvaltningen av tilskuddet, og hvordan har deres oppfølging og veiledning overfor kommunene vært?
- Hvilken betydning har oppfølgingen fra direktoratet og fylkesmennene hatt for innholdet i prosjektene som er iverksatt gjennom satsingen?
- Har kommunene håndtert tilskuddet i tråd med kravene fra Helsedirektoratet? Innebærer tilskuddsordningen gjennom Storbysatsingen at byene prioriterer andre målgrupper enn de gjør gjennom de øvrige opptrappingsmidlene?

- Hva er de langsiktige effektene av at midlene som gis gjennom storbysatsingen er tidsbegrenset?

Storbysatsingens ordning med en Hurtigarbeidende prosjektgruppe representerte en ny måte å trekke kommunene inn i utviklingen av prosjekter og tiltak på. Kommunene kom tidlig inn i prosessen med å spesifisere og utvikle satsingen, og kunne på denne måten legge premisser for utformingen av de konkrete tiltakene i satsingen. Samtidig kunne statlige myndigheter gjennom arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe sikre at byene ville ivareta hensikten med satsingen gjennom sine tiltak. De fire byene var svært tilfreds med å komme tidlig inn i Storbysatsingen. Ordningen brøt imidlertid med den etablerte styringskanalen gjennom rådgiverne hos fylkesmennene, noe som tidlig i satsingsperioden skapte en viss usikkerhet om styringssignalene fra staten til kommunene.

Arbeidet i Hurtigarbeidende gruppe strakk seg bare over et par måneder, og byene fikk liten tid til utviklingen av prosjekter og søknader. Denne raske fremdriften bidro trolig til at en del tiltak kom raskt i gang, men innebar også at noen forslag ble fremmet prematurt og derfor måtte omarbeides flere ganger. Behandlingen av søknadene fra byene avdekket dessuten at notatet fra Hurtigarbeidende gruppe på flere punkter var såpass lite spesifikt at viktige avklaringer knyttet til bl.a. målgruppe måtte skje i forbindelse med søknadsbehandlingen.

Ordningen med å søke midler på konkrete prosjekter bidro til større bevissthet om målgruppens behov og til å gjøre prosjektene bedre og mer målrettet. De langsiktige effektene av at midlene som gis gjennom Storbysatsingen er usikre og vil trolig avhenge av hvilken type tiltak det er snakk om. Generelt gjelder at målgruppen(e) for tiltakene i Storbysatsingen består dels av svært ressursvake personer, som har få sterke talspersoner som kan arbeide for at tilbudet opprettholdes. Det er derfor grunn til å tro at det over tid vil kunne oppstå et visst press i forhold til å redusere tilbudet i tiltakene etablert innenfor Storbysatsingen.

10.1.2 Byenes storbytiltak

Kapitlene 5-9 omhandler tiltakene som er utviklet av byene med midler fra Storbysatsingen. Vi har drøftet tiltakene i forhold til målene satt for Storbysatsingen, formulert i følgende spørsmål:

- Omfatter tiltakene målgruppen for Storbysatsingen?
- Innebærer tiltakene identifisering og videreformidling av folk som trenger hjelp?
- Klarer tiltakene å gi helhetlig, koordinert oppfølging av brukerne?
- Gir tiltakene god, kompetent hjelp til brukergruppen?
- Hvordan sørger tiltakene for bruker- og pårørende-medvirkning?

Målgruppen for storbytiltakene skulle være alvorlig psykisk syke (en del av dem også med rusproblemer) som unndrar seg eller ikke er fanget opp av hjelpeapparatet, eller som ikke har fått adekvate tjenester. Etter hvert ble det også en aksept for å inkludere ungdom i overgangen til voksen. Alt i alt synes storbytiltakene i stor utstrekning å ivareta de målgruppene som ble prioritert av Hurtigarbeidende gruppe, selv om det er også etablert tiltak som retter seg mot barn.

Fordi en viktig del av målgruppen for Storbysatsingen ble antatt å ville unndra seg kontakt med hjelpeapparatet ble det viktig å sikre at tiltak faktisk ville bidra til å identifisere hjelpetrequende psykisk syke. Det er få tiltak i satsingen som har selvstendig oppsøkende virksomhet, men både kartleggingstiltakene og volumtiltakene kan bidra til avdekking av udiagnostisert psykisk sykdom.

Videreformidling er et viktig aspekt ved flere av tiltakene, men representerer også ofte en utfordring. For de dårligste brukerne med både psykiske problemer og rusavhengighet, og særlig hvis de har en ustabil bosituasjon, er erfaringen at det kan være vanskelig å få hjelpeapparatet til å ta ansvar.

Totalt sett har storbytiltakene en rimelig balanse mellom pleiefaglig og sosialfaglig kompetanse, noe som trolig speiler behovene til brukerne på en god måte. I tilknytning til tiltakene i Storbysatsingen er det bygget opp mye kunnskap om psykisk helse. Spesielt er det økt kompetanse om kombinasjonen psykisk helse og rus.

Nesten alle brukerne av storbytiltakene får tilbud om samtaler. Mange får også hjelp med kontakt og koordinering med andre tjenester, samt ulike typer hjelp til å mestre hverdagen. Det er relativt få som får hjelp til arbeidstrening eller oppfølging av skolearbeid.

Brukerne vi har intervjuet i forbindelse med evalueringen er stort sett godt fornøyd med den hjelpen de får. Også de pårørende er tilfreds, men noen mener at rammene for brukernes livsførsel burde vært noe strengere.

Sikring av gode samarbeidsrelasjoner står sentralt i mange av storbytiltakene, og oppleves generelt som vanskelig. I Oslo fremstår samarbeid og samordning som en særlig utfordring for de tiltakene som rekrutterer brukere fra alle de 15 bydelene. Noen av tiltakene har gode erfaringer med å forplikte andre deler av tjenesteapparatet gjennom skriftlige avtaler og klare bestillinger. Det oppleves generelt som noe enklere å få til gode samarbeid rundt unge brukere enn rundt etablerte brukere med dobbelt-diagnose. Langvarige og stabile botilbud ser ut til å bedre mulighetene for helhetlig oppfølging også for de svakeste brukerne.

Brukermedvirkning praktiseres på ulike måter i storbytiltakene. Viktigst er trolig den medvirkning som skjer når brukere skal motiveres for ulike typer hjelp eller aktiviteter. Hjelpemidlene må være på ”tilbudssiden”. Noen pårørende mener brukermedvirkningen går for langt, dvs. at det ikke legges nok press på brukerne for å inngå i behandlingsopplegg o.l.

10.2 Refleksjoner rundt videre oppfølging av Storbysatsingen

Storbysatsingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse har gitt nødvendige midler til og et klarere fokus på å utvikle tiltak for grupper som ikke var blitt tiltrekkelig høyt prioritert gjennom det øvrige arbeidet innenfor Opptrappingsplanen.

Som vi har sett i denne evalueringen var det et godt trekk å bringe storbyene tidlig inn i arbeidet med Storbysatsingen, slik at de fikk delta i presiseringen av satsingen og i utformingen av tiltakene. Styringslinjene mellom staten og kommunene kunne imidlertid med fordel ha vært mer entydige. Rollen til rådgiverne for Opptrappingsplanen hos de fire aktuelle fylkesmennene burde vært klarere definert allerede fra starten av i Storbysatsingen.

Vår vurdering er at ordningen med å la byene søke midler til konkrete prosjekter bidro til sterkere fokus på målgruppen, og til at

det ble utformet tilpassede tiltak. Dette opplegget, som innebærer en svært direkte styring av kommunenes virksomhet bør trolig bare brukes i særtilfeller, for eksempel der andre måter å fordele midler på har vist seg ikke å gi nødvendig prioritering av en gitt målgruppe og/eller i tilfeller der målgruppen ikke har sterke talpersoner blant organisasjoner, pårørende eller i hjelpeapparatet lokalt. Det kan være vanskelig for kommunene å prioritere tiltak og tjenester for grupper som selv unndrar seg hjelpeapparatet, spesielt når andre hjelpetrengende presser på for å få bedret sitt tilbud. For disse gruppene kan det derfor være særlig hensiktsmessig med en ordning der øremerkede midler gis til konkrete prosjekter etter søknad.

Usikkerheten rundt tidsperspektivet for finansiering av prosjektene bidro til en viss frustrasjon i kommunene. En del av de godkjente tiltakene forutsatte finansiering over flere år, og det hadde vært en klar fordel for kommunene om de hadde hatt en rimelig trygghet for at ordningen ville fortsette ut over det første året. Dette innebærer at sentrale myndigheter bør bestrebe seg på å forplikte seg til mer langsiktig finansiering, i den grad dette er mulig gitt usikkerheten knyttet til Stortingets beslutninger.

Selv om de fire storbyene hadde ulike utfordringer i sitt psykiske helsearbeid, var det store behov for tiltak for de aller svakeste psykisk syke i alle de fire byene. Så å si alle de realiserte storbytiltakene har derfor gitt et substansielt bidrag til å bedre tilbudet for de svakeste i byene.

De drøyt tjue tiltakene innenfor Storbysatsingen er svært ulike, og har ulike styrker. Vi vil her knytte noen kommentarer til hovedkategoriene av tiltak som er etablert innenfor satsingen.

Det er etablert flere ulike botiltak med midler fra Storbysatsingen. Botiltakene er i noen grad tilpasset forskjellige målgrupper, men flere av tiltakene retter seg mot mennesker med omtrent samme problematikk. Botiltakene representerer omfattende og ressurskrevende tilbud. Innenfor Storbysatsingen varierer botiltakene i forhold til flere kjennetegn:

- Type bolig: Selvstendig leilighet med husleie eller institusjonspreget boform
- Holdning til mestring av rus

- Ambisjoner knyttet til strukturering av beboernes dagligliv
- Eksistensen av fellesarealer og felles aktiviteter for beboerne
- Kopling til spesialisthelsetjenesten

Etter vår mening bør ulike utforminger av botiltak for alvorlig psykisk syke med rusproblemer, kognitiv svikt eller lavt evnenivå studeres nærmere. Det er gjort mange erfaringer i tiltakene, men det er lite systematisert kunnskap om hvordan ulike typer tiltak (både innenfor og utenfor Storbysatsingen) virker for disse mest sårbare gruppene.

I tre av byene har Storbysatsingen medført satsing på ambulante tjenester. Disse tiltakene er rettet mot ulike brukergrupper og er organisert på ulike måter. Både *OBS-teamet* i Stavanger og *PART* i Trondheim representerer samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra samarbeidet mellom forvaltningsnivåene i disse tiltakene bør være relevante i forhold til den forestående samhandlingsreformen. *OBS-teamets* erfaringer i forhold til å arbeide tosidig – både med behandling av brukere skrevet inn i teamet og med aktiv oppfølging av bekymringsmeldinger – bør også ha overføringsverdi til andre kommuner.

I Oslo er det etablert tre tiltak innenfor Storbysatsingen med fokus på kartlegging for å avdekke eventuell psykisk sykdom. De tre prosjektene er ganske ulike, og de bruker forskjellige verktøy i kartleggingen, men alle kan ha overføringsverdi til andre tiltak og andre kommuner. Vi vil her særlig trekke frem metodikken benyttet i *Institusjonsprosjektet*, og de mulige vidtrekkende konsekvensene arbeidet kan få for organiseringen av barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien, og for samhandlingen mellom de to tjenestene. Dette er kunnskap som må løftes opp og drøftes på et høyere nivå enn internt i Oslo.

Et annet, og betydelig større anlagt prosjekt er *Psykisk helse i Oslo-skolene*: Utformingen av samarbeid og samhandling mellom aktuelle tjenester for barn og unge med ulike grader av psykiske problemer vil trolig kunne danne mønster for arbeidet også i andre kommuner. Prosjektet bør følges nøye over tid. En særlig utfordring vil sannsynligvis være knyttet til opprettholdelse av fokuset på psykisk helse på skolene når selve prosjektperioden er over. Det vil bli interessant å se hvorvidt opplegget faktisk bidrar til at de ulike tjenestene lærer en ny måte og arbeide på, og om arbeidsmetodene

oppleves som så gode at alle involverte tjenester ønsker å vedlikeholde samarbeidsrelasjonene over tid.

Til slutt vil vi nevne verdien av Storby-samlingene som ble arrangert to ganger årlig i deler av virkeperioden for Storby-satsingen. Samlingene innebar at ansatte i byene – både ledere i kommunene og ansatte i tiltakene – kunne legge frem sine erfaringer og drøfte disse med folk fra de andre byene. Det synes å være et stort behov for denne typen arenaer for erfaringsutveksling mellom kommuner. Selv om de største byene kan sies å ha særlige utfordringer i det psykiske helsearbeidet, behøver ikke samlingene være forbeholdt de fire kommunene som inngikk i Storby-satsingen. Det er trolig mye å lære også for – og av – mindre byer i utviklingen av tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet.

Litteratur

- Bergen kommune (2006): *Gode liv i et inkluderende samfunn*, Plan for psykisk helsearbeid i Bergen kommune 2007-2010
- Dyb, E. (2005): *Prosjekt bostedsløse – Evaluering av et fireårig nasjonalt prosjekt*. Byggforsk skriftserie 7-2005. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Dyb, E. (2005): *Bostedsløs; posisjon på boligmarkedet eller identitet?* Prosjektrapport 383-2005. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Dyb, E. (2006): *Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser. Vurdering av behovet 2006-2008*. Prosjektrapport 401-2005. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Dyb, E. og K. H. Johannessen (2006): *Bostedsløse i Norge 2008: En kartlegging*. NIBR-rapport 2009:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Dyb, E. og K. Nordlund (2005): *Boligbehov i psykisk helsevern. Kartlegging av behov for tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser 2005 – 2008*. Byggforsknotat 77-2005. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Flermoen, S. (2005): *Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2004*. TF-notat nr. 1/2005, Telemarksforskning, Bø
- Hansen, I.L.S. (2006): *Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. En brukerstudie*. FAFO-rapport 519. FAFO, Oslo

- Hansen, I.L.S. og S. Ytrehus (2005): ”- *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på* ”. FAFO-rapport 494. FAFO, Oslo
- Hansen, T., M. Indset, T. Tjerbo og I. Sletnes (2009): *Fylkesmannen mellom lokalt folkestyre og statlig styring*. NIBR-rapport 2009:19. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Hansen, T., A. Holm og S. Østerby (2004): *Bostedsløse i Norge 2003 – en kartlegging*. Prosjektrapport 371-2004. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Hansen, T., E. Dyb og S. Østerby (2006): *Bostedsløse i Norge 2005 – en kartlegging*. Prosjektrapport 403-2006. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Helgesen, M. K., M. Feiring, G. Vold Hansen og H. Ramsdal (2005): *Kompetanseutvikling i kommunene. Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid*. Rapport 2005:10. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004a): *50 mill. kroner til ekstraordinære tiltak innen psykisk helse i fire storbyer*, Pressemelding 30.04.04
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004b): *Opptrappingsplanen for psykisk helse er i rute*, Pressemelding 06.10.04
- Holm, A. (2006): *Bolig og oppfølgings tjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte. En studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Prosjektrapport 398-2005. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Livskrisehjelpen, Bergen legevakt (2006): Årsrapport
- Livskrisehjelpen, Bergen legevakt (2007): Årsrapport
- Myrvold, T.M., A. Strand, A. Holm og T. Hansen (2002): *Kommunal boligpolitikk – variasjoner og konsekvenser* NIBR-rapport 2002:5. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo

- Myrvold, T.M. (2004a): "Et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser?" *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget, Oslo
- Myrvold, T.M. (2004b): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. NIBR-rapport 2004:12. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Myrvold, T.M. og M. Helgesen (2005): *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. [NIBR-notat 2005:108](#). Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Myrvold, T. M. (2005): *Kommunenes iverksetting av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Foreløpige resultater fra tre forskningsprosjekter*. NIBR-notat 2005:133
- Myrvold, T.M. og M. Helgesen (2009): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. NIBR-rapport 2009:4. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Norges forskningsråd (2009): *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges forskningsråd, Oslo
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. IS-1332. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*
- St.prp.nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*
- St.prp. nr. 1 (2004-2005): *Statsbudsjettet*
- St.prp. nr. 1 (2005-2006): *Statsbudsjettet*
- Sverdrup, S. (2002): *Evaluering: faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget, Bergen
- Sverdrup, S., L. B. Kristofersen og T.M. Myrvold (2005): *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR-rapport 2005:6

Sverdrup, S., T. M. Myrvold og L. Kristofersen (2007): *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007:2

Taksdal, A., J.-K. Breivik, K. Ludvigsen og B. Ravneberg (2006): *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Rapport1/2006. Rokkansenteret, Bergen

Tett på (2007): Årsrapport

Weiss, C. H. (1998): *Evaluation*. New Jersey: Prentice Hall

Brev etc.

Bergen kommune 07.03.05: Søknad om midler fra
Storbysatsningen, brev til Fylkesmannen i Hordaland

Bergen kommune 03.01.06: Brev til Fylkesmannen i Hordaland

Fylkesmannen i Hordaland 09.05.06: Brev til Sosial- og
helsedirektoratet

Fylkesmannen i Sør Trøndelag 10.02.06: Brev til Sosial- og
helsedirektoratet

Fylkesmannen i Sør Trøndelag 29.03.06: Brev til Sosial- og
helsedirektoratet

Trondheim kommune 09.03.05: Søknad om midler innenfor
Storbysatsningen. Brev til Fylkesmannen i Sør Trøndelag

Trondheim kommune 12.01.06: Brev til Fylkesmannen i Sør
Trøndelag

Trondheim kommune 23.03.06: Brev til Fylkesmannen i Sør
Trøndelag

Vedlegg 1

Registrerings skjema tiltak

Norsk institutt for by- og regionforskning
Postboks 44 Blindern, 0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Kontaktperson: Trine Myrvold / Evelyn Dyb
Prosjektnr.: O 2471
Respondentnummer



Evaluering av økt ramme til storbyene innenfor Opptrappingsplan for psykisk helse: Registrering av tiltak

(fylles ut i ett eksemplar)

1. Kommunnavn:	
2. Tiltakets navn:	
3. Tiltaket ble åpnet:	<i>(måned og år)</i>

4. Hva slags tiltak? *Sett ett kryss i venstre kolonne*

	Ambulant tema/ambulante tjenester
	Oppsøkende tjeneste
	Dagtilbud
	Kveld/natt-tilbud
	Helgetilbud
	Boligtiltak
	Samarbeidsprosjekt
	Veiledning/kontakttelefon
	Annet

5. Gi en kort beskrivelse av tiltaket: -

6. Beskriv målgruppa (f.eks. aldersgrupper, problematikk, andre kjennetegn): _____

7. Antall ansatte: _____

8. Antall årsverk: _____

9. Yrkes- og profesjonsgrupper etter årsverk:

Årsverk	Yrkes-/profesjonsgruppe

Vedlegg 2

Registrerings skjema brukere

Evaluering av økt ramme til storbyene innenfor Opptrappingsplan for psykisk helse: Registrering av brukere

1. Hvordan kom brukeren i kontakt med tiltaket?

Sett ett kryss

- 1 Tok kontakt selv
- 2 Pårørende tok kontakt
- 3 Ble kontaktet av tiltaket
- 4 Gjennom øvrige hjelpeapparat: _____
- 5 Annet: _____

2. Hvor lenge har brukeren vært i/hatt kontakt med tiltaket?

Sett ett kryss

- 1 Hatt kontakt 1 gang
- 2 Har/har hatt sporadisk kontakt
- 3 5 mnd. eller kortere
- 4 6 – 11 måneder
- 5 1 år eller lengre
- 6 Vet ikke

3. Hva er omfanget av tjenestene brukeren får i/fra dette tiltaket?

Sett ett kryss

- 1 Inntil 2 timer samlet (f.eks. engangskontakt)
- 2 3-10 timer samlet (f.eks. rådgivning, samtaler)
- 3 2 timer eller mindre pr. uke
- 4 3 – 8 timer pr. uke
- 5 9 – 14 timer pr. uke
- 6 15 – 20 timer eller mer pr. uke
- 7 21 timer eller mer pr. uke
- 8 Annet: _____

4. Hva får brukeren hjelp til fra tiltaket?

Kryss av det som passer, flere kryss er mulig

- a Samtaler og/el. rådgivning
- b Kontakt/koordinering med andre tjenester
- c Kontakt med pårørende, venner
- d Oppfølging/kontakt med skole/utdanningsinst.
- e Arbeidstrening/kvalifisering for arbeid
- f Fritidsaktiviteter
- g Medisinering
- h Avrusning/mestring av rusavhengighet
- i Påkledning o.a. personlige gjøremål
- j Innkjøp og/el. andre ærender
- k Økonomistyring
- l Husarbeid og/el. matlaging
- m Annet: _____

5. Hvor alvorlig er brukerens psykiske lidelse etter din vurdering?

Sett ett kryss

- 1 Svært alvorlig
- 2 Alvorlig
- 3 Mindre alvorlig
- 4 Lettere
- 5 Har ingen psykisk lidelse
- 6 Vet ikke

6. Er brukeren, etter din vurdering, funksjonshemmet på grunn av sin psykiske lidelse?

Sett ett kryss

- 1 I stor grad
 2 I noen grad
 3 I liten grad
 4 Er ikke funksjonshemmet
 5 Vet ikke

7. Har brukeren andre sykdommer/plager eller andre funksjonshemninger?

Sett ett kryss

- 1 Ja: _____
 2 Nei
 3 Vet ikke

8. Er brukeren avhengig av rusmidler?

Sett ett kryss

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Vet ikke

9. Hvis ja på spørsmål 8; hva er den dominerende typen rusmiddel?

Sett ett kryss

- 1 Alkohol/teknisk sprit/løsemidler
 2 Narkotika inkludert piller
 3 Både alkohol og narkotika
 4 Annet: _____
 5 Vet ikke

10. Får brukeren *behandling* i/ fra dette tiltaket?

Sett ett kryss

- 1 Ja
 2 Nei

11. Hvis ja på spørsmål 10, beskriv kort hva slags behandling brukeren får og omfanget av den:

12. Får brukeren hjelp fra/har kontakt med andre tjenester – første og/eller andrelinjetjenesten?

Sett ett kryss

- 1 Ja: *hvilke(n)?* _____
- 2 Nei
- 3 Vet ikke

13. Hvor bor brukeren nå?

Sett ett kryss

- 1 I dette tiltaket
- 2 Hos familie/pårørende
- 3 I egen bolig (eid/leid, inkl. kommunal)
- 4 I institusjon (ikke dette tiltaket)
- 5 Under kriminalomsorgen
- 6 I døgnovernatting/bor ute
- 7 Annet: _____
- 8 Vet ikke

14. Bosted før brukeren kom inn i tiltaket?

Sett ett kryss

- 1 Hos familie/pårørende
- 2 I egen bolig (eid/leid, inkl. kommunal)
- 3 I institusjon
- 4 Under kriminalomsorgen
- 5 I døgnovernatting/bodde ute
- 6 Annet: _____
- 7 Vet ikke

15. Kan du gi en kort beskrivelse av hva slags tilbud brukeren hadde før han/hun fikk hjelp fra dette tiltaket? *Dersom brukeren ikke hadde noe tilbud eller du ikke kjenner til hva slags tilbud, noter også dette.-*

BAKGRUNNSINFORMASJON

Skal brukes som statistiske bakgrunnsopplysninger

16. Brukerens alder:*Sett ett kryss*

- 1 14 år og under
2 15 – 18 år
3 19 – 24 år
4 25 – 29 år
5 30 – 39 år
6 40 – 49 år
7 50 – 59 år
8 60 år og over
9 Vet ikke

17. Kjønn:*Sett ett kryss*

- 1 Mann
2 Kvinne

18. Sivilstatus:*Sett ett kryss*

- 1 Enslig (aldri gift/samboende)
2 Gift/samboende
3 Skilt/tidligere samboende/enke/-mann
4 Vet ikke

19. Hvilket land/verdensdel kommer brukeren fra?*Sett ett kryss*

- 1 Vest-Europa (inkl. Norge), Nord-Amerika
2 Andre land/verdensdeler
3 Vet ikke

20. Høyest fullført utdanning:*Sett ett kryss*

- 1 Ikke fullført grunnskole
2 Grunnskole
3 Videregående skole
4 Høgskole/universitet
5 Vet ikke

21. Har brukeren mindreårige barn?*Sett ett kryss*

- 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke

22. Hvis ja på spørsmål 21; har brukeren omsorg for eller samværsrett med mindreårige barn?*Sett ett kryss*

- 1 Daglig omsorg
2 Delt omsorg
3 Samværsrett
4 Ikke omsorgs- el. samværsrett
5 Annet: _____
6 Vet ikke

23. Brukerens viktigste inntektskilde*Sett ett kryss*

- 1 Lønn/dagpenger/sykepenger/studielån
2 Sosialstønad
8 Andre stønader (pensjon, rehabilitering, osv)
9 Forsørges av familie/pårørende
10 Vet ikke/ingen kjente inntektskilder
11 Annet: _____