

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig
tilrettelagte tilbud
Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak

Heftets tittel: Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud

Utgitt: Mai 2008

Bestillingsnummer: IS-1554

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Divisjon psykisk helse og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1554

Forfattere: [Gitte Huus]
[Bodil Storm-Olsen]
[Åste Herheim]

Forord

Gjennom St.prp. 1 (2006-2007) fikk Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge mennesker med psykiske lidelser som har omfattende og langvarig tjenestebehov: "Opptreppingsplanen for psykisk helse har ikke gitt klare anbefalinger om tjenestetilbudet til brukere som har behov for døgntilbud og særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud. I 2007 skal det gjennomføres en kartlegging av brukergruppen og hvilke tilbud de mottar. Det skal utredes hvordan tilbudet til gruppen kan utvides og styrkes. Kunnskap og erfaringer fra storbyseksjonen, andre relevante tiltak og gode samarbeidsmodeller vil bli samlet og formidlet."

Det er et prioritert og komplekst arbeid å legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser og omfattende og langvarig tjenestebehov får et helhetlig og forsvarlig behandlings- og tjenestetilbud. For å lykkes i dette arbeidet påhviler det både spesialisthelsetjenesten og kommunene er stort ansvar til å gå nye veier og finner nye løsninger. Målgruppene det her er snakk om er spesielt sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene.

Rapporten er utarbeidet på grunnlag av forskjellige kartlegginger og rapporter samt innspill og tilbakemeldinger fra en bredt sammensatt referansegruppe.

Helsedirektoratet, mai 2008

Ellinor F. Major
divisjonsdirektør

Målgruppene: avgrensning og omfang	5
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Hovedkildene for kunnskap om målgruppene	6
1.3 Noen metodiske forbehold	7
2 Det ordinære tjenestetilbudet	8
2.1 Det kommunale tjenestetilbudet	8
2.2 Det psykiske helsevernet	9
3 Omfang og beskrivelse av målgruppene	10
3.1 Brukere med omfattende tjenestebehov - avgrensning og kjennetegn	10
3.2 Inndeling etter omfang av mottatte tjenester i kommunen	12
3.3 Antall mennesker med omfattende og langvarig tjenestebehov	14
Mange av de kartlagte får et tilfredsstillende tilbud	14
3.4 Flere i Oslo enn i de øvrige kommunene	16
3.5 Oppsummerende kommentarer vedrørende omfang	16
Tjenestebehov, utfordringer og tiltak	18
Tjenestebehov og utfordringer	18
Behov for individuell tilrettelegging	18
4 Bolig	19
5 Oppfølging og tilgang til tjenester	21
5.1 Behov for økt kompetanse og flere årsverk i kommunene	21
5.2 Styrket oppfølging av målgruppene	21
5.3 Behov for akuttberedskap og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten	23
5.4 Stimulere til ønsket faglig praksis på DPSene	23
5.5 Tiltak vedrørende bruk av egenandeler	24
6 Samhandling	25
6.1 Eksisterende føringer for samhandling	25
6.2 Tiltak for å styrke samhandling og kontinuitet i tjenestene	25
7 Økonomiske og juridiske konsekvenser	27
7.1 Manglende lovhjemmel for å hindre omsorgssvikt	27
7.2 Tiltak for å vurdere gjeldende regelverk for bruk av tvang	27
8 Oppsummering av forslag til tiltak	28

Målgruppene: avgrensning og omfang

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I St. meld 25 (1996-1997) fremgikk det at *"...flere grupper risikerer å falle utenom den psykiatriske helsetjenestens tilbud. Det gjelder særlig dem som*

- *ikke selv er i stand til å søke hjelp, eller som aktivt motsetter seg det*
- *trenger hjelp fra flere ulike tjenester*
- *befinner seg i gråsonene mellom somatikken og psykiatrien eller mellom helsetjenestene og sosialtjenestene."*

Verdigrunnlaget i St. prp. 63 (1997 -1998) Opptappingsplanen for psykisk helse innebærer at personer med psykiske lidelser skal ha mulighet til et *"...mest mulig normalt liv, - velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv."* Mennesker med alvorlige psykiske lidelser med langvarige og sammensatte hjelpebehov har vært en sentral målgruppe i Opptappingsplanen. Et høyt antall pasienter som har hatt lange opphold på langtidsavdelinger innen psykisk helsevern er tilbakeført til kommunene. Samtidig har nye personer kommet til som også har behov for tjenester og boligbistand. Dette har stilt kommunene over for flere og nye oppgaver.

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har tjeneste- og boligtilbudet økt betraktelig, og strukturelle måltall som antall boliger og antall fagpersonell vil i all hovedsak innfris innen Opptappingsplanens avslutning. Det har også vært bevilget i overkant av 50 millioner årlig gjennom Storbysatsingen til tiltak direkte rettet mot målgruppene i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Til sammen har dette bidratt til et bedre tilbud. Likevel er det grunn til fortsatt å ha fokus på mennesker med alvorlige psykiske lidelser som er i behov av langvarige og særlig tilrettelagte tjenester.

I St.prp. nr.1 (2006-2007) fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartement (HOD) å gjennomføre en kartlegging av mennesker med særlig omfattende og langvarige tjenestebehov og hvilke tilbud de mottar. Det skulle også utredes hvordan tilbudet til gruppen kan utvides og styrkes.

I denne rapporten redegjøres det for omfang av og kjennetegn ved brukere som har alvorlig psykisk lidelse og som mottar omfattende tjenester eller er i behov av særlig tilrettelagte og langvarige tjenester ut over ordinære tilbud i 1. og 2.linjetjenesten. Sentrale utfordringer i forbindelse med å sikre at brukerne får nødvendig hjelp beskrives og tiltak for å utvide og styrke tjenestetilbudet blir foreslått. I rapporten berøres også problemstillinger som ikke utkrystalliserer seg i nye tiltak.

Arbeidet for å styrke tilbudet til brukere med behov for særlig tilrettelagte og langvarige tjenester må også ses i sammenheng med:

- Opptappingsplanen for rusfeltet
- Regjeringens innsats for å styrke inkluderingen i arbeidslivet
- Tiltaksplan mot fattigdom
- Strategi for habilitering og rehabilitering
- Strategien 'På vei til egen bolig'
- Utjevning av sosiale helseforskjeller
- Kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS
- øvrige innsatsområder i Opptappingsplanen for psykisk helse

Hver av disse satsingene har tiltak som bidrar til et bedre tilbud til målgruppene i denne rapporten. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 – 2012) har for eksempel tiltak som:

- Stimulering av lavterskeltilbud med motivasjons- og mestringsstyrkende tiltak som kan støtte opp under eller lede til mer arbeidsrettede løp for den enkelte
- "Jobbmestrende oppfølging"; metodeutvikling i skjæringspunktet mellom behandling og attføring/oppfølging
- Tilsetting av veilednings- og oppfølgingsloser på NAV-kontor; foreløpig i noen av de største byene

Innen Opptappingsplanen for rusfeltets fem hovedmål blir det også iverksatt en rekke tiltak som vil styrke tilbudet til målgruppene:

- Utarbeide nasjonale retningslinjer for kartlegging, oppfølging og behandling for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og samtidige ruslidelser.
- Prøveordning med koordinerende tillitspersoner for personer med rusmiddelavhengighet
- Tilbudet og behandlingsskapiteten til de med både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser skal styrkes.

Tiltaksplan mot fattigdom har mange tiltak som er viktig for målgruppene, blant annet tiltak rettet mot ungdom i sviktsonen. Et eksempel er satsning mot frafall i videregående opplæring, hvor Fylkeskommunene skal lede et arbeid som forebygger og hindrer frafall og fanger opp og veileder ungdom tilbake til utdanning eller arbeid.

I Opptappingsplanen for psykisk helse er de fleste tiltakene i Storbysatsingen rettet mot målgruppene.

1.2 Hovedkildene for kunnskap om målgruppene

Helsedirektoratet baserer denne rapporten på flere kunnskapskilder:

Referansegruppe: Høsten 2007 gjennomførte Helsedirektoratet tre heldagsmøter med en bredt sammensatt referansegruppe med representanter fra bruker- og

pårørendeorganisasjoner, helseforetak, kommuner og Fylkesmannen. Mandatet til referansegruppen var å bistå direktoratet med å definere målgruppene, beskrive dagens situasjon og komme med forslag til varige løsninger som sikrer målgruppene et differensiert og forsvarlig bolig- og tjenestetilbud. Etter oppdrag fra Helsedirektoratet har International Research Institute of Stavanger (IRIS) sammenfattet og redigert skriftlige og muntlige bidrag. Referatene fra møtene er samlet i en egen rapport.

Kartlegging av omfang/tjenestebehov: IRIS har også hatt i oppdrag å tallfeste omfanget av brukere med omfattende og langvarig tjenestebehov i kommunene. 36 kommuner har deltatt i kartleggingen. I arbeidet for å kartlegge antall brukere har IRIS også undersøkt hvor mange brukere kommunene får statlig tilskudd til gjennom "Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere". Resultatet viser at ordningen i liten grad benyttes overfor disse målgruppene. Dette gir således ikke informasjon om antall personer i målgruppene, men er nyttig med tanke på kommunenes økonomiske forpliktelser overfor disse brukerne.

I tillegg til disse kildene bygger rapporten på Helsetilsynets rapport om tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser (Rapport 8/2007), SINTEFs rapport "De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering" (SINTEF Helse 2007), erfaringer fra Storbysatsingen samt øvrige relevante rapporter og evalueringer.

1.3 Noen metodiske forbehold

Undersøkelsene denne rapporten bygger på har hatt noe ulike målsettinger og metoder. Å sammenholde ulike typer kunnskap må derfor gjøres med varsomhet og oppmerksomhet på hvordan erfaring og kunnskap er etablert. SINTEF undersøkte for eksempel hvor mange brukere kommunene *opplevde som* ressurskrevende, mens IRIS i sin undersøkelse har etterspurt omfanget ut fra kostnader/ressursbruk per bruker i kommunene. Ingen av undersøkelsene omfatter alle kommunene i Norge, og en kan ikke si med sikkerhet at resultatene er overførbare til alle kommuner. Konklusjonene i både undersøkelsene og i referansegruppa viser imidlertid at det er en del faktorer som går igjen. Helsedirektoratet mener derfor at det nå foreligger tilstrekkelig kunnskap om målgruppene til å kunne gi et estimat av omfang og forslag til tiltak.

2 Det ordinære tjenestetilbudet

Målgruppene har behov for og benytter seg av ordinære sosial- og helsetjenester. Det er avgjørende at fastleger og øvrige sosial- og helsetjenester har rammevilkår som gjør at de kan sikre et godt tilbud også til brukere med omfattende tjenestebehov.

2.1 Det kommunale tjenestetilbudet

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvensene av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid i kommunene utføres blant annet av fastlegen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og et betydelig antall annet personell som jobber med psykisk helsearbeid. Det er store variasjoner i hvordan kommunene har organisert det psykiske helsearbeidet, men størsteparten har enten organisert arbeidet som en egen enhet eller en egen tjeneste i kommunen. Et fåtall av landets kommuner har valgt en integrert tjenestemodell for det psykiske helsearbeidet.

Fastlegene utgjør en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommunene. De fleste med psykiske lidelser som har behov for medisinsk utredning og behandling kommer først til fastlegen. Bare et fåtall henvises til spesialisthelsetjenesten, og de fleste pasienter med lettere og moderate psykiske lidelser blir behandlet og fulgt opp av fastlegene. Fastlegen er henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten og har en "døråpnerfunksjon" i forhold til økonomiske ytelser som sykemelding, midlertidig uførestønning og uførepensjon, samt i forhold til NAV når det gjelder attføring, arbeidsutprøving og legeerklæringer.

Det er viktig å etablere et godt samarbeid mellom kommunalt tilsatt personell som jobber med psykisk helsearbeid og fastlegene som har det medisinskfaglige ansvaret. Forskning viser at samhandling om faglige og organisatoriske tiltak ved behandling av mennesker med bl.a alvorlig depresjon og angstlidelse har en positiv effekt ¹.

Lavterskeltilbud i kommunene er en annen viktig arena for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tjenester. Et kommunalt lavterskeltilbud skal gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid. Det kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne og det skal være tilgjengelig for alle. Tjenesten skal kunne tilby raske og adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet for brukeren og eventuelt pårørende. Tilbudet skal inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål og ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål. Det skal være høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov. Et lavterskeltilbud skal fremstå som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for brukerne å benytte. Gjennom Storbysatsingen er det iverksatt en rekke lavterskeltilbud.

¹ Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis, rapport fra Kunnskapssenteret nr 3 -2008.

Rusfeltet har også bygd ut et omfattende lavterskeltilbud i form av blant annet feltpleiestasjoner og væresteder.

2.2 Det psykiske helsevernet

Det psykiske helsevernet som består av distriktpsikiatriske sentra (DPS) og sentrale sykehusavdelinger bistår det kommunale psykiske helsearbeidet ved behov for spesialisthelsetjenester. Henvendelser skjer hovedsaklig til de lokale DPS som har hovedansvaret for psykisk helsevern i sitt opptaksområde. DPS-enes kjerneoppgaver er:

- Akutt- og krisetjenester
- Vurdering og utredning av henviste pasienter
- Differensiert behandling i form av:
 - poliklinisk undersøkelse og behandling til enkelt-pasienter, par eller familier
 - ambulante behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser
 - strukturert dagbehandling
 - krise- og korttidsbehandling på døgnet
 - lengre tids døgnbehandling

For målgruppene omtalt i denne rapporten er ambulante tilbud spesielt relevante. Ambulant langtidsbehandling og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser, som for eksempel langvarige psykoser, er effektiv og hensiktsmessig. En systematisk modell for ambulante team, kalt Assertive Community Treatment teams (ACT-team), er dokumentert som en effektiv psykososial behandlingsform ved psykoser. Rehabiliteringsteam/ psykoseteam som gir tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser finnes i dag ved mange DPS, men bør utvikles videre i tråd med kunnskap om hva som er effektiv behandling.

3 Omfang og beskrivelse av målgruppene

3.1 Brukere med omfattende tjenestebehov - avgrensning og kjennetegn

Gjennom møtene med referansegruppa ble både definisjoner og omfang av målgruppene drøftet. Det var bred enighet om at alvorlige psykiske lidelser skulle være et absolutt inklusjonskriterium, og at man ut over dette måtte legge større vekt på funksjonsnivå enn på diagnoser. Videre var det enighet om at målgruppa ikke måtte defineres for vidt.

På bakgrunn av drøftingene i referansegruppa og informasjon fra ulike kartlegginger og rapporter har Helsedirektoratet kommet frem til følgende definisjon av målgruppene:

Målgruppene omfatter mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og/eller betydelig funksjonsnedsettelse, som er i behov av særlig tilrettelagte og langvarige tilbud.

Helsedirektoratets definisjon av målgruppene stemmer godt overens med funnene i Helsetilsynets rapport 8/2007 'Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser':

"Den gruppen som representerer den største utfordringen, og som mange kommuner kommer til kort overfor beskrives på litt ulike måter. Dette er brukere med store og sammensatte behov, for eksempel psykoselidelser, eller psykisk sykdom og samtidig rusmiddelavhengighet eller psykisk utviklingshemming. Det pekes også på i noen samtaler, at det blir flere av disse brukerne som har store problemer og som krever kompetanse det er knapphet på. Flere enn tidligere har rusproblemer og flere er fremmedkulturelle. En særlig utfordring er farlige psykisk syke og psykisk utviklingshemmede med psykiske problemer som er utagerende».

Både gjennom Helsetilsynets beskrivelse, kartlegginger av brukergruppene og tilbakemeldinger fra referansegruppa fremkommer det at brukerne kan ha vansker på svært ulike områder. Fra møtene med referansegruppa og kartlegginger forøvrig ble det presentert eksempler på personer/grupper som det kan være utfordrende å finne gode nok tiltak til. Det er viktig å påpeke at dette ikke er en uttømmende liste, men at det er eksempler som synliggjør noen av utfordringene tjenesteapparatet står overfor:

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har sonet dommer eller vært innlagt i sikkerhetsavdeling og som kan ha risiko for voldelig atferd kan være en stor utfordring for kommunene ved løslatelse/utskrivning.

Aldersgruppa 16 – 23 år, ofte betegnet som "unge i sviktsonen", kan være spesielt sårbare².

² Det er ikke foreslått tiltak rettet direkte mot spesielle aldersgrupper. Det er imidlertid andre satsinger som retter seg mot denne gruppen.

Mennesker med flyktning- og/eller innvandrerbakgrunn og store psykiske lidelser kan være vanskelig å finne gode nok tilbud til.

Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse/ dobbeltdiagnose er en annen gruppe hvorav mange ikke får gode nok tilbud³.

Fra SINTEFs rapport beskrives kombinasjonen ADHD og autistiske trekk med betydelige samhandlingsvansker, personer med alvorlige spiseforstyrrelser, selvskading og suicidalitet, personlighetsforstyrrelser eller psykisk utviklingshemming kombinert med alvorlig psykisk lidelse.

Det er altså mange ulike enkeltindivid med sammensatte lidelser. På tross av store individuelle forskjeller, kjennetegnes de personene som erfaringsmessig er i behov av særlig tilretteleggelse ofte av en livssituasjon preget av ustabilitet og at de har sammensatte behov. I tråd med Helsetilsynets rapport nr 8/2007 og med direktoratets erfaringer beskrives ofte følgende tilleggsproblemer:

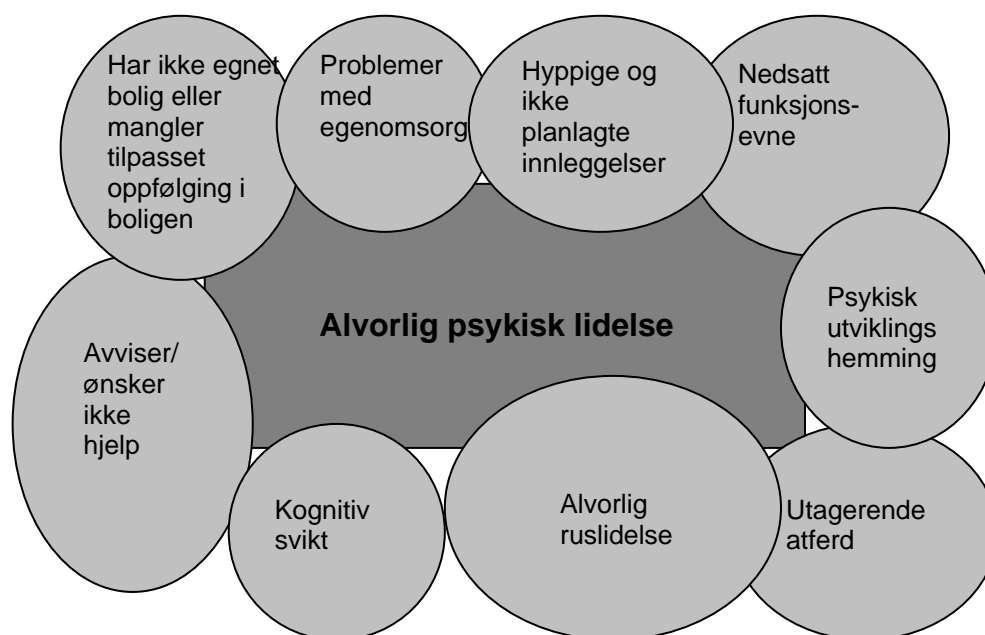
- Problemer med egenomsorg, står i fare for å forfalle fysisk og psykisk. Har omfattende funksjonsnedsettelse, vanskeligheter med å mestre daglige aktiviteter som innkjøp, matlaging, renhold og økonomi.
- Tendens til isolasjon, nedsatt evne til involvering og relasjonsbygging. Avviser ofte kontakt.
- Manglende samhandling om avtalt behandling.
- Store konsekvenser ved tilbakefall, f.eks. psykosegjennombrudd.
- Utagerende eller truende atferd.
- Hyppige og ikke planlagte innleggelse.
- Forsinket utskrivelse på grunn av mangel på egnet bolig.
- Bostedsløshet eller problem med å opprettholde et botilbud.
- Rusmiddelmisbruk
- Problem med nabolaget
- Somatiske lidelser

Modellen på neste side illustrerer målgruppenes heterogenitet og sammensatte problematikk.

Direktoratet skal f.eks utvikle og implementere en nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Det skal også innføres en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (Ot.prp 53 (2006-2007)).

³ Dette er en gruppe som har blitt økt fokusert de siste årene og der tilbudet er i ferd med å bedres. Gjennom blant annet opptrappingsplanen for rusfeltet settes det i gang en rekke tiltak rettet mot denne gruppa.

Modell: Illustrasjon av målgruppens heterogenitet og sammensatte problematikk



Toppfinansieringsordningen

Som tidligere nevnt har Helsedirektoratet undersøkt hvorvidt man kunne angi et omfang av alvorlig psykisk syke brukere med omfattende og langvarige tjenestebehov ved å undersøke hvor mange brukere kommunene får statlig tilskudd til gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere. Ordningen omfatter tjenestemottakere som koster kommunene over 725 000,-⁴.

Helsedirektoratet utbetalte i juli 2006 1,695 milliarder kroner til 317 kommuner i landet for 3676 ressurskrevende brukere. I ordningen skilles det mellom psykisk utviklingshemmede og 'andre'. Om lag 2/3 klassifiseres som psykisk utviklingshemmede. IRIS har gjort en liten kartlegging av hvor mange i kategorien 'andre' som har alvorlige psykiske lidelser. Resultatet viser at kommunene i forholdsvis liten grad søker refusjon for alvorlig psykisk syke. Det er store geografiske forskjeller. Eksempelvis har Trondheim kommune 45 personer i gruppen 'andre', men ingen med psykiske lidelser, mens Kristiansand kommune har 37 personer i gruppen 'andre', hvorav 8 har alvorlige psykiske lidelser. Det kan også være at kostnadsnivået for våre målgrupper ligger noe under vilkårene til toppfinansieringsordningen.

3.2 Inndeling etter omfang av mottatte tjenester i kommunen

Ovenfor ble målgruppene beskrevet ut fra type lidelser og tilleggsproblematikk. For å komme frem til *omfanget* av brukere med langvarig og omfattende tjenestebehov ble målgruppene delt inn i tre kategorier etter omfang av tjenestene de mottar i kommunen.

⁴ 800 000,- i 2008

Når det gjelder tjenester, er det er vanlig at kommunene stiller boliger til disposisjon, men grad av oppfølging kan være forskjellig. Enkelte boligtiltak har fast døgnbemanning, mens andre har personell i beredskap som kan betjene flere boliger. Brukere som ikke bor i kommunale boliger kan også ha tilgang til tjenester hele eller deler av døgnet. Noen brukere har mange reinnleggelser i døgnposter i psykisk helsevern til tross for et tilsynelatende omfattende tilbud av kommunale tjenester og poliklinisk behandling⁵. Det reises spørsmål om dette kan skyldes at behandlingstilbudet de mottok ikke var tilstrekkelig med hensyn til innhold og intensitet.

Gruppe 1: Brukere som har tjenester hele døgnet.

Gruppe 1 består av brukere med døgnkontinuerlig tjenester/tilsyn. De fleste har kommunal bolig i tillegg. I en av undersøkelsene er hjelpebehovet vurdert til å koste mellom 500 000,- og 700 000,- pr bruker pr år. Av de tre gruppene, er dette de som mottar flest eller dyrest tjenester i kommunene. Det antas at de fleste også har tilleggstjenester fra spesialisthelsetjenesten.⁶

Gruppe 2: Brukere som har omfattende tjenester, gjerne kommunal bolig, men ikke med døgnkontinuerlig tilsyn

Helsedirektoratet og referansegruppa var enige om å også inkludere brukere uten døgnkontinuerlige tjenester, men som likevel mottar omfattende tjenester fra kommunene. De som er definert som gruppe 2 har et tilbud av tjenester på rundt 15 timer pr uke og/eller et hjelpebehov vurdert til mellom 300 000 og 500 000,- pr år. Det antas at mange har tilleggstjenester fra spesialisthelsetjenesten også i gruppe 2.

Gruppe 3: Brukere med antatt underforbruk av tjenester i kommunen

Noen alvorlig psykisk syke kan ha vansker med å dra nytte av helse- og sosialtjenester. Dette kan være personer som er lite kjent, brukere som ikke møter til avtaler og/eller som unndrar seg hjelp. De fleste kommuner mener de har noen personer som av disse grunner har et underforbruk av tjenester.

Tredelingen av målgruppene synliggjør hvor mange som mottar tjenester hele døgnet og hvor mange som mottar omfattende, men ikke døgnkontinuerlige tjenester. Den tredje gruppen er dem som antas å ha store behov, men som hjelpeapparatet av ulike grunner ikke yter nødvendig bistand. Det er viktig å påpeke at målgruppene ikke er homogene, men handler om enkeltmennesker med sine individuelle lidelser og behov. Mange av dem hører ikke tydelig inn under én av disse tre gruppene. Enkelte personer kan i perioder ha behov for tjenester hele døgnet mens de i andre perioder ikke har fullt så store behov.

På bakgrunn av tredelingen har Helsedirektoratet gjort et anslag over hvor mange brukere med alvorlige psykiske lidelser og omfattende funksjonsnedsettelse som antas å være i de ulike gruppene. Det er komplisert å tallfeste gruppene nøyaktig, men vi får likevel en pekepinn på hvor mange som inngår i målgruppene.

⁵ Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie. Ruud, Gråwe og Hatling, 2006

⁶ Enkelte steder benytter ikke kommunale boliger i like stor grad som andre, men har likevel brukere med omfattende tjenestebehov. Her er det oppgitt tall for brukere med heldøgnstjenester.

3.3 Antall mennesker med omfattende og langvarig tjenestebehov

Helsedirektoratet anslår at det på landsbasis er i underkant av 18 000 i kategorien mennesker med alvorlige psykisk lidelse og som mottar eller har behov for et omfattende tjenestetilbud. Av disse er det ca 4000 som mottar tjenester hele døgnet og som kommunene selv oppfatter som ressurskrevende (gruppe 1) og i underkant av 10 000 som har omfattende tjenester, men ikke døgnkontinuerlig tilsyn (gruppe 2). I tillegg er det en del som man antar har et stort tjenestebehov, men som av ulike grunner faller utenfor hjelpeapparatet (gruppe 3, anslått til i underkant av 4000).

Mange av de kartlagte får et tilfredsstillende tilbud

På tross av tilbakemeldinger om at det mangler kompetanse, ressurser og/eller gode nok tiltak til en del av brukerne, er det viktig å påpeke at dette ikke gjelder for alle de kartlagte. Som vist i denne rapporten *mottar de fleste tilbud*, men ikke i alle tilfeller et *tilstrekkelig* tilbud. Noen vil profittere på et mer omfattende eller annet type tilbud, og dette gjelder i ulik grad de tre gruppene som er beskrevet. Å tallfeste hvor mange som burde ha fått et bedre tilbud krever enda grundigere lokale kartlegginger, noe som forslås som et av tiltakene i rapporten.

Det er imidlertid grunn til å anta at behovene for et annet/bedre tilbud er størst i gruppe 3, selv om resultatene fra for eksempel Stavanger kommunes oppsøkende team viser at de fleste også i gruppe 3 er kjent av hjelpeapparatet og får noe tilbud. Videre antas det at noen i gruppe 1 og 2 burde ha et mer omfattende/bedre samordnet tilbud.

SINTEFs undersøkelse viser at kommunene og spesialisthelsetjenesten sammen klarer å gi et godt tilbud til mange. I rapporten konkluderes det med at "Resultatene viser også at kommunene håndterer arbeidet med disse brukerne. Imidlertid må kommunene rustes opp både kompetanse- og kapasitetsmessig for å utvikle et tilfredsstillende tjenestetilbud. Ikke minst må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten utvikles. For 49% angir ansatte at tilbudet er tilfredsstillende, for 47 % mindre eller ikke tilfredsstillende"⁷.

Helsetilsynet peker på at kommunene kommer til kort overfor⁸ brukere med store og sammensatte problemer som kjennetegnes ved at de trenger hjelp fra minst to personer hele døgnet. Det eksakte antallet er ikke kjent, men Helsetilsynet anslår det til 10- 20 personer per fylke, altså mellom 190 og 380 personer⁹. En del av disse forblir i spesialisthelsetjenesten fordi kommunen ikke klarer å gi et tilbud. I SINTEFs rapport fremkommer det at "så godt som alle informantene i intervjuundersøkelsen, både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten, sier at det finnes *noen* brukere som kommunen ikke vil være i stand til å gi et tilfredsstillende tilbud. Da kan for eksempel bofellesskap som drives i samarbeid mellom kommunene og helseforetakene være gode løsninger".

Grunnlag for tallfesting av gruppe 1:

Datagrunnlaget for gruppe 1 er forholdsvis godt og entydig. SINTEF og IRIS kommer fram til lignende konklusjoner med hensyn til omfang av denne gruppen. IRIS finner 3662 brukere i gruppe 1. Forekomsten varierer med kommunestørrelsen. Oslo har høyest forekomst, og blir behandlet separat i eget punkt under. SINTEF Helse

⁷ Av 8930 brukere

⁸ Komme til kort er ikke definert, men i Helsetilsynets rapport fremgår det at noen av dem oppgis å være vanskelig å takle på grunn av vold og manglende impuls kontroll. Det kan være mangel på kvalifisert personell, kompetanse og kunnskap om problematikken til disse brukerne etc.

⁹ Helsetilsynet påpeker at en del av disse forblir i spesialisthelsetjenesten fordi kommunene ikke klarer å gi et tilbud. Også i Sintef Helses rapport fremkommer det at det finnes noen brukere som kommunen ikke vil være i stand til å gi et tilfredsstillende tilbud.

kommer til et noe lavere tall; 2500 brukere. Dette kan skyldes at SINTEFs undersøkelse er gjort to år tidligere, og som IRIS fremhever har Opptappingsplanen for psykisk helse fått virke i disse to årene, det er bygget flere boliger og tjenestetilbudet er blitt utvidet og dermed er det sannsynligvis flere brukere som får et mer omfattende tilbud i kommunen. På bakgrunn av disse undersøkelsene har Helsedirektoratet valgt å tallfeste gruppe 1 til i underkant av 4000 brukere.

Grunnlag for tallfesting av gruppe 2:

Tallgrunnlaget for gruppe 2 er noe mer usikkert enn for gruppe 1, blant annet på grunn av ulike inklusjonskriterier i undersøkelsene det bygges på. Helsedirektoratet mener likevel at et anslag på i underkant av 10 000 dekker gruppe 2. Tallet *kan* være noe høyt estimert.

SINTEF Helse kom i sin undersøkelse frem til 8930 "ressurskrevende brukere" (både gruppe 1 og 2), hvorav 2500 inngikk i gruppe 1. Fra SINTEFs undersøkelse kan vi anslå at ca 6430 inngår i gruppe 2. Resultatet av IRIS sin kartlegging antyder at så mange som 11 000 brukere kan inngå i gruppe 2. IRIS sin undersøkelse viser en forekomst på 5,6 per 1000 innbyggere, men med store geografiske forskjeller. Forekomsten er størst i Oslo, med 8,36 brukere per 1000 innbyggere, mot 1,1 i de minste kommunene. I de andre storbyene er forekomsten 4.24 per 1000 innbyggere. I gjennomsnitt er forekomsten 5,6 per 1000 innbyggere. Ut fra dette er beregner IRIS tallet på brukere på landsbasis til drøyt 11 000 brukere, hvorav Oslo utgjør hele 41 %. Både IRIS og Helsedirektoratet mener at dette tallet er noe høyt, blant annet på grunn av at tallene fra Oslo er ikke helt tilpasset IRIS beskrivelse av målgruppen. Også beregninger av kostnadsnivået kan tyde på at tallet er høyt. Når det gjelder kartleggingen fra SINTEF Helse kan tallet være noe lavt. Undersøkelsen er foretatt i 2005, og gjennom opptappingsplanen har det vært en jevn og gradvis økning av tjenester, og flere har fått et mer omfattende tjenestetilbud. SINTEFs undersøkelse hadde kun en bydel fra Oslo med i utvalget, mens IRIS hadde med tall fra hele Oslo. Som det fremgikk over, avviker Oslo kommune betydelig fra de andre kommunene i landet. Det er en mulighet for at SINTEFs undersøkelse ikke har fanget opp denne effekten.

På bakgrunn av disse undersøkelsene har Helsedirektoratet valgt å tallfeste gruppe 2 til i underkant av 10 000 brukere.

Grunnlag for tallfesting av gruppe 3:

Gruppe 3 kan dreie seg om brukere som er lite kjent, som ikke møter til avtaler og/eller vegrer seg mot å ta imot hjelp. Erfaringene fra for eksempel Stavanger viser at de fleste brukerne har hatt eller har kontakt med hjelpeapparatet, men er i utgangspunktet ikke etablert i en behandlingsrelasjon. Dette er personer som har behov for tiltak der terskelen for å komme i kontakt med tjenesteapparatet må være lav og der de ofte vil ha langt bedre nytte av oppsøkende tjenester.

For å undersøke omfanget av denne gruppen er det innhentet opplysninger fra både kommunalt nivå og spesialisthelsetjenestenivå. Noen i gruppe 3 kan tilhøre både gruppe 2 og 1. Dette er ikke gjensidig utelukkende kategorier. Tallgrunnlaget er imidlertid begrenset. IRIS har i 21 kommuner kartlagt om det er brukere som av ulike grunner faller helt eller delvis utenfor det ordinære tjenesteapparatet. Kommunene har problem med å oppgi tall for denne gruppen. De fleste mener likevel at de har personer i denne gruppen. I flere av kommunene, både mindre og større, er oppfatningen at dette særlig gjelder personer med både psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. Forekomsten er belyst med eksempler fra fire større bykommuner

og et fåtall mindre kommuner. Det er blant annet innhentet opplysninger fra ambulante team i noen større byer.

Kartleggingen fra noen oppsøkende team og noen kommuner viser gjennomsnitt på 0,66 brukere per 1000 innbyggere. På landsbasis tilsvarer dette 3089 brukere. Tallet kan være noe lavt på grunn av at noen av de oppsøkende teamene har hatt begrensninger i forhold til målgruppe og antall brukere.

Det er også foretatt en beregning av alvorlig psykisk syke innbyggere som har vansker med å dra nytte av helse- og sosialtjenester i Mosseregionen. Kartleggingen ble gjort i forbindelse med etablering av et Assertive Community Treatment team (ACT-team), et tverrfaglig ambulanseteam som benytter seg av pågående/opsøkende metoder. Prosjektet har først foretatt en grovkartlegging av brukere som antas å kunne nyttiggjøre seg et ACT-team i denne regionen. Deretter har de konkludert med at man kan bruke samme utregning som brukes i England for å finne frem til antall team i forhold til befolkningen. Dette tilsvarer 100 pasienter over 18 år i en populasjon på 90 000. Dersom vi omregner dette til tall på landsbasis vil det tilsvare ca 5200 brukere. Sannsynligvis tilhører en del av denne gruppen også gruppe 1 og 2.

Som det fremkommer over, er datagrunnlaget for gruppe 3 svakt. Det er store geografiske variasjoner og det antas at man vil finne flere i gruppe 3 i de større byene. Det er derfor utfordrende å tallfeste gjennomsnittlig antall brukere på landsbasis. Når Helsedirektoratet på tross av dette velger å gi et anslag på ca 4000 personer, er det viktig å påpeke at dette tallet kun gir en pekepinn på hvor mange som kan tenkes å tilhøre gruppe 3.

3.4 Flere i Oslo enn i de øvrige kommunene

Kartleggingene av målgruppene viser store geografiske forskjeller. Forekomsten ligger på 0,3 per 1000 innbyggere i de minste kommunene mens kommunene over 10 000, inkludert de andre storbyene utenfor Oslo, rapporterer om lag 0,55 brukere i målgruppene per 1000 innbyggere. I Oslo er forekomsten betydelig høyere og ligger på 2,9 brukere per 1000 innbyggere. Det er sannsynlig at det er flere brukere i alle tre gruppene med omfattende og langvarige tjenestebehov i Oslo enn i de øvrige kommunene. Dette kan skyldes en storbyeffekt, ved at storbyen får større innflytting av personer med problemer. Spesielt kan dette gjelde personer med rusmisbruk i tillegg til psykisk lidelse. En undersøkelse fra SINTEF¹⁰ viser at Oslo har den laveste dekningsgraden for psykisk helsearbeid med 1,3 årsverk per 1000 innbyggere mot landsgjennomsnittet på 1,9 årsverk per 1000 innbyggere, så tilbudet kan være mindre enn i andre kommuner. Det kan også skyldes ulikheter i måten å rapportere på.

3.5 Oppsummerende kommentarer vedrørende omfang

- De fleste av de kartlagte mottar tjenester, men for brukerne i gruppe 3 og en andel av brukerne i gruppe 1 og 2 er ikke tjenestetilbudet tilstrekkelig, eller det er mangel på kontinuitet og samhandling mellom tjenestene

¹⁰ Solveig Osborg Ose: Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov (SINTEF helse 2007)

- Nøyaktig tallfesting av antall brukere som er i behov av ytterligere og/eller særlig tilrettelagte tilbud krever lokale kartlegginger

Tjenestebehov, utfordringer og tiltak

Til tross for utbygging av tjenestene under Opptrappingsplanen for psykisk helse er det fortsatt variasjoner i utbyggingsgrad av tjenestetilbudene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Uavhengig av utbygningsgraden vil imidlertid en andel av brukerne i målgruppene være i behov av tjenester ut over de allerede eksisterende tilbud. Det kan dreie seg om spesiell oppfølging, som for eksempel oppsøkende tjenester, og tiltak med spesielt fokus på å styrke kontinuitet og samhandling mellom de forskjellige tjenestetilbudene, som kan ivaretas av for eksempel koordinatorfunksjoner.

Tjenestebehov og utfordringer

Det antas at særlig gruppe 1 og 2 har mange sammenfallende kjennetegn og behov, men at graden av hjelpebehovet varierer. På bakgrunn av referansegruppens arbeid kan utfordringene oppsummeres som følgende:

- Finne riktig boligtype samt sikre tilstrekkelig/tilpasset oppfølging i boligen
- Sørge for tilstrekkelig tilgang på spesialisthelsetjenester når det er behov for dette f eks ved kriser (ambulant oppfølging fra DPS samt døgntilbud ved behov)
- Samhandling og kontinuitet i tjenestene (stabilitet i relasjoner og god samhandling mellom forskjellige instanser)

Brukerne i gruppe 3 må identifiseres og enkelte må motiveres til å motta hjelp. Dette kan innebære en annen utfordring for kommunen og spesialisthelsetjenesten. Som et av tiltakene foreslås det å utarbeide en håndbok for hvordan man systematisk kan tilnærme seg denne gruppen. Det tenkes at mennesker i gruppe 3 vil ha mange av de samme behovene for bolig og oppfølging som gruppe 1 og 2 etter at stabil kontakt er opprettet. Samtidig er det rimelig å anta at en andel av brukerne i gruppe 3 over lengre tid vil trenge tjenestetilbud ut over det som eksisterer i dag. Det tenkes her særlig på lavterskeltilbud- og oppsøkende tjenester

Behov for individuell tilrettelegging

Felles for brukerne det her er snakk om er at det er behov for individuell tilrettelegging. Dette gjelder for gruppe 1 og 2 med brukere som allerede mottar mange tjenester, men der enkelte kan ha behov for en mer tilpasset boligtype og ytterligere oppfølging. Andre sentrale behov er mer kontinuitet i kontakten, tilrettelagte aktiviteter/arbeid og langvarig oppfølging fra kommunen. Der det er behov for bistand fra DPS dreier dette seg om støtte fra ambulant team og tilbud om døgnbehandling. Gruppe 3 vil ha de samme behovene som gruppe 1 og 2 når behandlingsrelasjon er opprettet. I tillegg trenger denne gruppen sannsynligvis i større grad å bli identifisert og få tilbud om oppsøkende/ambulante tjenester. Alle er i behov av tiltak som sikrer stabilitet og kontinuitet i tjenestetilbudene. Dette gjelder kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten samt samhandling mellom disse.

4 Bolig

Det er knyttet store utfordringer til målgruppens boforhold. Noen av brukerne har behov for mer/annerledes oppfølging i sin bolig. Bolig og bemanning i boligene innebærer store kostnader for kommunene. Manglende tilbud i kommunen fører noen steder til forlenget opphold i spesialisthelsetjenesten¹¹. Videre er det behov for økt fleksibilitet i allerede eksisterende botilbud samt etablering av ulike type boliger og oppfølgingstilbud. De allerede eksisterende boligtypene passer ikke for alle brukere. Et eksempel er brukere med omfattende rusmisbruk eller utagerende atferd der bofellesskap ikke er hensiktsmessig. Det samlede boligtilbudet i kommunene må omfatte både spredte leiligheter i den ordinære boligmassen, samlokaliserte boliger/ oppgangsfellesskap med og uten fellesareal, bofellesskap basert på selvstendige enheter og fellesrom og småhus.¹² Bostedsløshet er også et problem. Noen brukere har ikke fast bolig, men benytter seg av midlertidig botilbud¹³.

Det er allerede meldt inn behov for ytterligere 2800 boliger¹⁴ i tillegg til måltall i Opptrappingsplanen for psykisk helse. I St. prp. nr .1 (2007 – 2008) beskrives tiltak for å møte utfordringen i forbindelse med behovet for om lag 2800 boliger ut over Opptrappingsplanens måltall: Det "...etableres ... et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger fra 2008. Ordningen gjelder for personer med behov for heldøgn omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose."

Direktoratet ser behov for at ytterligere tiltak vurderes, eksempler på slike kan være:

- Det er behov for styrket oppfølging i bolig og tilrettelagte aktivitetstilbud.
- Lovendring for å styrke kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting. Flere europeiske land har gjennomført/varslet lovendringer på dette området. I Helsetilsynets rapport 3/2008 'Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser' berøres også problemstillingen: "Fordi det trolig er personer som går glipp av nødvendige helse- og sosialtjenester fordi de ikke har en bolig, mener Statens helsetilsyn at berørte departementer bør vurdere å styrke reguleringen av kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting, og underlegge bestemmelsen tilsyn."
- Økning av tilskuddet til utleieboliger, omsorgsboliger og sykehjem for å sikre at de samlede virkemidlene gir kommunene nødvendig økonomisk drahjelp og mulighet til å etablere flere boliger til her omtalte målgrupper.
- Legge til rette for at kommunene benytter seg av Toppfinansieringsordningen overfor disse målgruppene. Evaluering av tilskuddsordningen til ressurskrevende

¹¹ I Helsetilsynets rapport 8/2007 vises det til at et av fylkene rapporterte om 50 utskrivningsklare personer som kommunene ikke kan ta i mot på grunn av manglende kapasitet og kompetanse.

¹² Husbanken har tilskudd til ulike bolig- og bygningsrelaterte formål. Husbanken opprettet høsten 2007 en boligdatabase der kommuner og utbyggere kan finne gode eksempler på en rekke ulike boligprosjekt/boligtyper i tråd med Husbankens retningslinjer. Gjennom "Prosjekt Bostedsløse" og den nasjonale strategien "På vei til egen bolig" er det etablert ulike botilbud, botilbud som også i noen grad har kommet målgruppen for denne satsningen til gode. Prosjekt bostedsløse evalueres nå to år etter prosjektet ble avsluttet. Evalueringen er i slutfasen. Strategien "På vei til egen bolig" skal også evalueres. Dette er i oppstartsfasen. I tillegg skal bostedsløse og deres utfordringer kartlegges.

¹³ Til tross for den nasjonale satsingen for å bekjempe og forebygge bostedsløshet de senere år viser KOSTRA-tallene for 2006 en økning på totalt på 300 midlertidige opphold, fra 4200 i 2005 til 4500 i 2006. Husbankens registrering av boligtilskudd og lån til bostedsløse viser redusert aktivitet i boligframskaffelse til bostedsløse fra 2004 til 2006. Det kan finnes ulike årsaker til dette, men kommunene peker ofte på det faktum at tilskuddet til framskaffelse av utleieboliger i 2005 ble redusert fra inntil 60 % prosent til 20 %, som utslagsgivende.

¹⁴ St. prp. Nr. 1 (2007 – 2008)

tjenester for å vurdere om innretningen og utvalg av KOSTRA-funksjoner er godt nok rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser som har omfattende og langvarige tjenestebehov.

- Målgruppen har ofte problemer med fattigdom. Hjelp til ordning av personlig økonomi kan være et viktig og nødvendig tiltak for at særlig utsatte personer ikke mister boligen sin. Det er en utfordring å øke økonomisk trygghet for denne gruppen. Tiltak kan for eksempel innebære å vurdere regulering av husleie slik at alle brukere sikres en husleie som det er mulig å håndtere ut fra egen inntekt. Helsedirektoratet er kjent med at Husbanken har foreslått nye tiltak mot bostedsløshet og fattigdom gjennom en styrking av bostøtteordningen og gjennom en økning i kompetansetilskuddet. En økning og endring av retningslinjene for bostøtten er et viktig incitament.

5 Oppfølging og tilgang til tjenester

5.1 Behov for økt kompetanse og flere årsverk i kommunene

En tilbakemelding fra referansegruppen var at det i mange kommuner er behov for økt bemanning og styrket kompetanse for å kunne tilby tilstrekkelig oppfølging i bolig samt tilrettelagt aktivitet for målgruppene. Flere undersøkelser støtter dette:

- Tjenestebehovet anslås til om lag 1800 årsverk knyttet til 2800 boliger ut over Opptappingsplanens måltall.
- Det er behov for styrket oppfølging i bolig og tilrettelagte aktivitetstilbud¹⁵.

Det gis gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse øremerkede midler for opprettelse av flere årsverk innen kommunenes psykiske helsearbeid. Det opprettes også kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunen i løpet av 2008. Arbeidet med å tydeliggjøre og videreutvikle psykisk helsearbeid som praksis- og kunnskapsfelt vil bli ivaretatt gjennom kompetansesenteret.

5.2 Styrket oppfølging av målgruppene

I rapporten 'De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering' oppsummerer SINTEF hva som er av betydning for å få et godt tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som kommunene opplever som særlig ressurskrevende:

- Tydeliggjøre og videreutvikle psykisk helsearbeid som kunnskapsfelt
- Det psykiske helsearbeidet som praksisfelt må videreutvikles
- Kunnskaps- og kompetanseutvikling (kompetansenettverk kan være en god løsning)
- Brukermedvirkning og brukerperspektiv
- Inkludering (motvirke stigmatisering, sikre deltakelse)
- Organisasjon og ledelse (psykisk helsearbeid i en enhet, samarbeidsteam et alternativ i små kommuner).
- Noen brukere vil ikke kommunene være i stand til å gi et tilfredsstillende tilbud. Bofellesskap som drives i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten kan være en god løsning. Også interkommunale samarbeid kan anbefales.

Kompetansehevedende tiltak

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse er det gitt tilskudd til tverrfaglig nasjonalt utdanningsprogram i regi av SEPREP der ansatte fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tar felles videreutdanning for arbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelser. Støtten til utdanningsprogrammet er i St. prp 1 (2007-2008) foreslått videreført ut over Opptappingsplanperioden. Det vurderes at dette utdanningstilbudet kommer målgruppene det her er snakk om til gode. Når det gjelder kompetanse og

¹⁵ Helsetilsynets rapport 8/2007

organisering av tjenestetilbudet vet man at målgruppene mange steder består av et fåtall personer og det kan være utfordrende å få til et godt fagmiljø og kontinuitet i tjenesten. Helsedirektoratet foreslår følgende tiltak:

- Det etableres erfaringsnettverk hvor fagfeltet kan møtes og utveksle erfaringer. Det anbefales at ansvaret for å arrangere samlinger legges til eksisterende strukturer, for eksempel til fylkesmennene.
- Utarbeidelse av en håndbok med anbefalinger om systematisk tilnærming til målgruppene. Helsedirektoratet vil innhente erfaringer og evalueringer fra eksisterende kompetansemiljø/utviklingstiltak og innarbeide dette i håndboken.

Opprettelse av oppsøkende team

Behandlingsmodellen Assertive Community Team (ACT) synes å være den best evaluerte modellen internasjonalt og med de beste resultatene for målgruppene. Teamene gir tverrfaglig og tverrsektoriell behandling som forutsetter at 1. og 2. linjetjenester ytes i sammenheng. Mosseregionen prøver nå ut modellen, som evalueres med støtte fra Helsedirektoratet i løpet av en tre års periode. Modellen er godt utprøvd i andre land (i England er det for eksempel etablert over 200 team). Helsedirektoratet foreslår at en ikke avventer ytterligere evalueringresultater i Norge.

- Det lyses ut stimuleringsmidler til oppstart av 10 ACT-team på landsbasis. Disse bør evalueres i likehet med teamet i Mosseregionen. Det utarbeides et regelverk for tilskuddsordningen som tar høyde for lokale tilpasninger.

Videre foreslås det at noen tiltak rettes spesielt inn mot brukere som ikke benytter seg av allerede eksisterende tjenestetilbud. Tilbakemeldinger fra referansegruppen, prosjekter gjennom Storbysatsningen samt erfaringer fra andre europeiske land indikerer at oppsøkende tjenester er hensiktsmessige for å nå fram til brukere som ikke ønsker å motta hjelp. Se omtale under punkt 6.

Fastleges rolle

Fastlegene er viktige aktører for at målgruppene skal få et godt og samordnet tilbud. Samtidig fremgår det at fastleger mange steder har en relativt perifer rolle i forhold til personer med alvorlige psykiske lidelser i kommunene. Tilgjengeligheten er god, men de mangler ofte tid, oppmerksomhet og kompetanse under selve konsultasjonen til å gå inn på de psykiske problemene i vesentlig grad. Fastlegene har et mer utstrakt samarbeid med psykisk helsevern enn med psykisk helsearbeid i kommunene¹⁶. Det er flere satsinger som vil bidra til å styrke dette feltet.

Meningsfull aktivitet

For de aktuelle målgruppene vil det være viktig å ha en meningsfylt aktivitet å gå til, tilpasset deres kapasitet og ønsker. Dette gjelder også fysisk aktivitet. Det kan være aktuelt med lavterskeltilbud med motivasjons- og mestringsstyrkende tiltak som kan støtte opp under eller lede til mer arbeidsrettede løp for den enkelte. For noen vil det på sikt også kunne være aktuelt å være i arbeid, skjermet eller ordinært. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 – 2012 omhandler flere tiltak som kan være aktuelle for mennesker med behov for omfattende tjenester av langvarig karakter. Disse må ses i sammenheng med annen satsing på aktivitet og arbeid i

¹⁶ Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007, side 39.

arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

Tannhelse

Det er også grunn til å anta at målgruppene har behov for særlig for tilrettelagt tannhelsetilbud: "Nedbyggingen av institusjonsplasser innen psykiatrien har ført til at mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser som nå behandles poliklinisk eller med korttidsopphold på institusjon, ikke lenger har rett til tannhelsetjenester.¹⁷ Det bør vurderes å etablere en ordning slik at de igjen får et oppsøkende tannhelsetjenestetilbud.

5.3 Behov for akuttberedskap og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten

I Helsetilsynets rapport 8/2007 beskrives situasjonen slik: "...mange kommuner.. har tatt i mot tjenestemottakere som trenger et omfattende og sammensatt tjenestetilbud, men der nødvendig faglig og praktisk støtte fra spesialisthelsetjenesten ikke er tilgjengelige nok. Resultatet er at mange av disse pasientene risikerer å få et uforsvarlig tjenestetilbud." Mange av behovene for bistand fra DPS som referansegruppa pekte på er ivaretatt i eksisterende føringer for hvilke tjenester DPSene skal yte til målgruppen¹⁸. Eventuelle tiltak bør derfor rettes inn mot å sikre at målgruppen det her er snakk om også omfattes av disse tjenestene. Behovene det særlig har blitt pekt på er:

- Akutt- og kriseberedskap på DPS: Flere innspill fra referansegruppa hadde som tema at de kommunale tjenestene bedre ville kunne ivareta brukere i denne målgruppen dersom hjelp fra spesialisthelsetjenesten var lettere tilgjengelig. Dette gjelder særlig i akutt- og krisesituasjoner der det er behov for veiledning, støtte fra ambulans akutteam samt døgnbehandling på DPS eller i sykehus. Det er derfor viktig at akuttjenester etableres i tråd med gitte føringer.
- Oppsøkende tjenester. Noen av brukerne i målgruppen vil ha behov for oppsøkende tjenester og/eller langvarig oppfølging, også fra spesialisthelsetjenesten og gjerne samtidig med tilbud fra førstelinjetjenesten.
- At DPSene avsetter fagpersoner som særlig bistår herværende målgruppe, samt sørge for kommunikasjon og samhandling med andre instanser.

Helsedirektoratet gjennomfører våren 2008 en kartlegging av ressursbruk, faglig innhold og organisering ved de distriktpsikiatriske sentrene. Resultatene fra denne kartleggingen vil kunne gi ytterligere informasjon om i hvilken grad DPSene har tjenestetilbud som er tilpasset målgruppene det her er snakk om.

5.4 Stimulere til ønsket faglig praksis på DPSene

Både referansegruppas medlemmer og SINTEFs rapport om ressurskrevende brukere i psykisk helsearbeid¹⁹ peker på at dagens effektivitetskrav ved DPS i liten grad innebærer at det er rom for å følge opp de sykeste pasientene over tid. Myndighetenes styring og finansieringsordningene må sammen bygge opp under og stimulere en ønsket faglig utvikling. Finansieringssystemet må ikke være til hinder for en utvikling i retning av mer samhandling og mer ambulant og utadrettet virksomhet. Direktoratet er gitt i oppdrag fra HOD å kartlegge poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern og foreslå nødvendige justeringer i

¹⁷ Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001-2003, samlerapport IS-1231. St. medl. nr 35 (2006-2007), om framtidens tannhelsetjenester, side 31.

¹⁸ Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Sosial- og helsedirektoratet, IS-1388

¹⁹ De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering. Sintef Helse A1367

takster/takststruktur.

Fra St. prp. 1 (2007 – 2008): "Mål på økt produktivitet vil ikke bli nådd i løpet av planperioden. De eksisterende produktivetsmålene i Opptrappingsplanen gir ikke nødvendigvis et godt bilde på tilgjengelighet og av hva som faktisk produseres av tjenester i det psykiske helsevernet. Økt vektlegging av forebyggende arbeid og oppsøkende virksomhet fremfor døgnbehandling, er eksempler på dette. Det er viktig at produktivetsmålene er oppdaterte og tilpasset den faglige utviklingen for å hindre at ressursene benyttes til å produsere tjenester som ikke har en ønsket effekt for brukerne. Nye behandlingsmåter og økt bruk av poliklinisk behandling til brukere med omfattende behov viser nødvendigheten av å utvikle mer differensierte produktivetsmål. Det skal i 2008 startes et arbeid som vil se nærmere på dette."

5.5 Tiltak vedrørende bruk av egenandeler

I poliklinikkforskriften åpnes det for skjønnsmessig fritak for egenandel.

Tilbakemelding i referansegruppa tyder på at dette praktiseres ulikt og at innkreving av egenandel kan medføre at tilbud om behandling ikke tas imot eller avsluttes for tidlig. Det vises også i rundskriv 13/2007 til at forskriftens kap.1 §3 er endret slik at staten yter full godtgjørelse til utgifter til legehjelp (refusjonstakst og egenandel) ved oppsøkende behandling overfor rusmiddelavhengige. Dette kan også være aktuelt å vurdere for de øvrige målgruppene. Forslag til tiltak er:

- Helsedirektoratet vil foreta en gjennomgang av forskriften for å vurdere eventuelle endringer og presiseringer i forhold til regelverket for å sikre at personer i målgruppen ikke avstår fra å søke hjelp som følge av krav om egenandel.

Tilbakemeldinger fra referansegruppen tyder også på at brukere i målgruppen unnlater å benytte seg av tilbud i førstelinjetjenesten på grunn av egenandeler. Helsedirektoratet foreslår derfor følgende tiltak:

- Utrede praksis, mulighet for og behov for fritak fra egenandeler hos fastlege og kommunale tjenester for målgruppene.

6 Samhandling

Målgruppen er spesielt sårbar for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Det må legges bedre til rette for samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten, med særlig vekt på å skape koordinerte og samtidige tjenester. Samtlige personer med omfattende og langvarige tjenestebehov har krav på individuell plan. Flere evalueringer og rapporter viser at mange som har krav på individuell plan ikke har det.

6.1 Eksisterende føringer for samhandling

Det er stimulert til styrket samhandling gjennom ulike føringer fra myndighetene:

- Oppdragsdokument fra HOD til RHFene 2008 sier under avsnittet 'Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende': "Det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder som både ivaretar god behandlingsskvalitet og rehabilitering og habilitering. Behandlingsskjedene bør støttes av en hensiktsmessig informasjonsflyt. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel syke eldre, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og pasienter i terminalfasen. Det er en målsetning å bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene skal inngå som en naturlig del av tjenestenes arbeid. Videreutvikling av avtaler, likeverdige partnerskap og gjensidig respekt mellom de samarbeidende aktørene er sentralt for å lykkes.
- På systemnivå er det stilt krav til at det i løpet av 2006 skal foreligge formaliserte samarbeidsavtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet og KS har i 2007 utgitt en veileder for inngåelse av lokale samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak²⁰
- DPS-veilederen gir følgende føringer for hva samarbeidsavtaler mellom kommunene og DPS skal omfatte: Samarbeid om planlegging og evaluering av tjenester, samarbeid om tjenesteutvikling og kompetanse, veiledningstjenester, samarbeid om behandling og hjelp til den enkelte pasient, inkludert individuell plan.

Iverksettelse av gode samhandlingsavtaler og oppfølging av disse er særlig viktig for å ivareta de herværende målgrupper.

6.2 Tiltak for å styrke samhandling og kontinuitet i tjenestene

For brukere som har tilbud i kommunen og samtidig har behov for bistand fra DPS trekkes følgende behov frem: formidling av gode samhandlingsmodeller, gjensidig kompetanseoverføring mellom 1. og 2.linjetjenesten og ytterligere bruk av individuell plan som verktøy for koordinering av tjenester.

²⁰ Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet, mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, samt Veileder til Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet

Helsetilsynet påpeker at "for en del voksne brukere gir også den tjenesteorganisering og tilbudsutforming som enkelte kommuner har valgt beskrankninger i tilgjengeligheten. Dersom det ikke finnes oppsøkende tjenester, vil for eksempel mange ikke kunne nås"²¹. Det er etablert ulike ambulante tilbud gjennom blant annet Storbysatsningen. Tilbudet i Stavanger kommune synes å ha den mest oppsøkende profilen. Evalueringene av tiltakene i Storbysatsningen er enda ikke avsluttet, men erfaringer så langt tilsier at tiltakene i langt større grad når fram til dem som avviser/ikke kan nyttiggjøre seg eksisterende tiltak. Mange har også behov for sterkere individuell oppfølging og mer koordinerte og individuelt tilpassede tjenester.

Helsedirektoratet foreslår følgende tiltak:

- Lokale kartlegginger av målgruppene og deres tilbud. Det er viktig å få gode lokale kartlegginger av mennesker med alvorlige psykiske lidelser som ikke får tilstrekkelige tiltak. Hensikten er at dette skal danne grunnlaget for at det gis bedre tilbud. Det foreslås at Fylkesmennene v/psykisk helserådgivere og rusrådgivere får i oppdrag å kartlegge omfang, behov og tilbud til brukergruppene i sine fylker. Dette skal utføres i samarbeid med helseforetakene og kommunene. Kartleggingen bør følge noen kriterier som vil utarbeides av Helsedirektoratet. Hovedarbeidet forutsettes gjort innen virksomhetens normale rammer.
- Prosjektmidler til oppfølging av tiltak i storbyatsingen. Gjennom Storbysatsingen er det prøvet ut en rekke ulike tiltak og prosjekter rettet mot målgruppene. Satsingen evalueres av NIBR, og skal foreligge høsten 2008. Vi vet allerede nå at det er behov for andre lokalt tilpassede prosjekter og tiltak (utover ACT) som kan fange opp og sørge for at det etableres individuelt skreddersydde tilbud til brukerne. Det bør derfor etableres inntil 10 prosjekter/tiltak som bør være samarbeidsprosjekter mellom 1. og 2. linjetjenesten. Gjennom lokale kartlegginger vil man få bedre oversikt over de personer som er definert i prosjektets målgruppe. På bakgrunn av disse kartleggingene inviteres fylkene til å søke om prosjektmidler for å iverksette tilpassede tilbud til de som ikke får gode nok tjenester. Helsedirektoratet vil utarbeide regelverk og retningslinjer for prosjekttilskuddene. Forslaget er i tråd med innspill fra referansegruppen.
- Vurdere og utrede konsekvensene av å legge ansvaret for Individuell plan til ett sted for disse målgruppene, for eksempel at ansvaret forankres hos kommunen. Individuell plan er et godt virkemiddel for å oppnå koordinerte tjenester tilpasset individuelle behov. Undersøkelser viser at de som har fått en individuell plan som er i regelmessig bruk, er mer fornøyd med tjenestetilbudet enn de som ikke har det. Det er utarbeidet et tipshefte som viser hvordan utviklingen av individuell plan kan medvirke til økt mestring av livet og gi nødvendig bistand, og individuell plan skal også tilpasses bedre til mennesker med rusmiddelproblemer, jfr Opptappingsplanen for rusfeltet. Det er særlig viktig at målgruppene i denne rapporten har en individuell plan.
Helsedirektoratet

²¹ Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser/rapport fra Helsetilsynet 8/2007.

7 Økonomiske og juridiske konsekvenser

Noen av utfordringene og forslag til tiltak innebærer økonomiske og juridiske konsekvenser. Som et sammenlikningsgrunnlag vises til gjennomføringen av Storbysatsningen som i 2008 har en ramme på ca 54 millioner kr. Det er ikke gjort rede for økonomiske beregninger av tiltakene i denne rapporten.

7.1 Manglende lovhjemmel for å hindre omsorgssvikt

Flere representanter i referansegruppen pekte på at de manglet lovhjemmel for å gripe inn der noen brukere forfalt eller ble utnyttet. Noen brukere har behov for kommunale botilbud der den individuelle friheten er noe mindre enn hva husleieloven åpner for. Beboernes rettsikkerhet og legalitet kan svekkes dersom kommunene iverksetter kontrolltiltak som er i strid med Husleieloven og legalitetsprinsippet. Det er tilfeller der kontrolltiltak etableres og at botilbud omgjøres til "miniinstitusjoner" uten forankring i lov.

7.2 Tiltak for å vurdere gjeldende regelverk for bruk av tvang

- Det settes i verk arbeid for å vurdere hvorvidt eksisterende lovverk ivaretar personer med sviktende egenomsorg som bor i kommunal bolig.

8 Oppsummering av forslag til tiltak

1. Lokale kartlegginger av målgruppene og deres tilbud

Fylkesmennene v/psykisk helserådgivere og rusrådgivere får i oppdrag å kartlegge omfang, behov og tilbud til brukergruppene i sine fylker. Dette skal utføres i samarbeid med helseforetakene og kommunene. Kartleggingen bør følge kriterier som vil utarbeides av Helsedirektoratet.

2. Prosjektmidler til oppfølging av tiltak i storbysatsingen

Det lyses ut midler til etablering av inntil 10 prosjekter/tiltak som bør være samarbeidsprosjekter mellom 1. og 2. linjetjenesten. Gjennom de lokale kartleggingene som er beskrevet i punkt 1, vil man få bedre oversikt over de personer som er definert i prosjektets målgruppe. På bakgrunn av disse kartleggingene inviteres fylkene til å søke om prosjektmidler for å iverksette tilpassede tilbud til de som ikke får gode nok tjenester. Helsedirektoratet vil utarbeide regelverk og retningslinjer for prosjekttilskuddene. Forslaget er i tråd med innspill fra referansegruppen.

3. Stimuleringsstilskudd til etablering av Assertive Community Treatment-team (ACT-team)

Det lyses ut stimuleringsmidler til oppstart av 10 ACT-team på landsbasis. Disse bør evalueres i likehet med teamet i Mossregionen. Det utarbeides et regelverk for tilskuddsordningen som tar høyde for lokale tilpasninger.

4. Erfaringsnettverk

Det etableres erfaringsnettverk hvor fagpersoner kan møtes og utveksle erfaringer. Det anbefales at ansvaret for å arrangere samlinger legges til eksisterende strukturer, for eksempel til fylkesmennene.

5. Håndbok (metodebok) for systematisk tilnærming

Det utarbeides en håndbok med anbefalinger om systematisk tilnærming til målgruppene. Helsedirektoratet vil innhente erfaringer og evalueringer fra eksisterende kompetansemiljø/utviklingstiltak og innarbeide dette i håndboken.

6. Individuell plan

Helsedirektoratet anbefaler en konsekvensutredning av å legge ansvaret for individuell plan til ett sted for disse målgruppene, fortrinnsvis i kommunene.

7. Fritak fra egenandel

- Helsedirektoratet vil foreta en gjennomgang av poliklinikkforskriften for å vurdere eventuelle endringer og presiseringer i forhold til regelverket for å sikre at personer i målgruppen ikke avstår fra å søke hjelp som følge av krav om egenandel.
- Helsedirektoratet vil utrede praksis, behov og muligheter for fritak av egenandeler hos fastlege og kommunale tjenester for målgruppene.

8. Vurdere hvorvidt eksisterende lovverk ivaretar personer med sviktende egenomsorg

Helsedirektoratet foreslår at det settes i verk arbeid for å vurdere hvorvidt eksisterende lovverk ivaretar personer med sviktende egenomsorg som bor i kommunal bolig.

9. Tiltak vedrørende bolig

Det er knyttet store utfordringer til målgruppens boforhold. Helsedirektoratet foreslår at tiltak vurderes, eksempler på slike kan være:

- Det er behov for styrket oppfølging i bolig og tilrettelagte aktivitetstilbud.
- Lovendring for å styrke kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting. Flere europeiske land har gjennomført/varslet lovendringer på dette området. Helsetilsynets anbefaler også at det vurderes å styrke reguleringen av kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting i sin rapport 3/2008 'Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser' berøres også problemstillingen
- Økning av tilskuddet til utleieboliger, omsorgsboliger og sykehjem for å sikre at de samlede virkemidlene gir kommunene nødvendig økonomisk drahjelp og mulighet til å etablere flere boliger til her omtalte målgrupper.
- Legge til rette for at kommunene benytter seg av Toppfinansieringsordningen overfor disse målgruppene. Evaluering av tilskuddsordningen til ressurskrevende tjenester for å vurdere om innretningen og utvalg av KOSTRA-funksjoner er godt nok rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser som har omfattende og langvarige tjenestebehov.
- Målgruppen har ofte problemer med fattigdom. Hjelp til ordning av personlig økonomi kan være et viktig og nødvendig tiltak for at særlig utsatte personer ikke mister boligen sin. Det er en utfordring å øke økonomisk trygghet for denne gruppen. Tiltak kan for eksempel innebære å vurdere regulering av husleie slik at alle brukere sikres en husleie som det er mulig å håndtere ut fra egen inntekt.