

**Oppfølgingstjenesten
psykisk helse og rus - Bodø
Hjemmetjenesten**

**Wenche Falch
Catharina Bjørkquist**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2013:2**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2013:2

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-384-7

ISSN: 1504-5331



Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, har på oppdrag fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har ledet et nasjonalt temanettverk med fokus på "Mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester".

Denne rapporten er en av i alt 11 rapporter som er utarbeidet i forbindelse med dette oppdraget.

FORORD

Denne rapporten er en av flere der Høgskolen i Østfold i samarbeid med et temanettverk av tjenesteytere beskriver og dokumenterer noen av de tjenestetilbudene som gis til brukergruppen: "Mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester". Dette temanettverket ble opprettet i 2010 og har i løpet av de tre årene det har eksistert koblet forskere fra høgskolen, kommunalt ansatte med erfaring for å yte tilbud til målgruppen og brukerorganisasjoner i et nettverk med et mål om å skape grobunn for en ny type kunnskapsutvikling. Erfaringene fra dette temanettverket er nå samlet i til sammen 11 rapporter.

En viktig ambisjon med disse rapportene er å utforme de på en slik måte at andre tjenesteytere kan bruke de erfaringene som presenteres i egen tjenesteyting. I denne rapporten legges det derfor stor vekt på å beskrive hvordan tjenestene ytes. I tillegg legges det stor vekt på å synliggjøre først og fremst de forholdene som bidrar å fremme gode tjenestetilbud, i tillegg vil vi også peke på noen av de utfordringene som finnes og som hemmer mulighetene for å gi gode tjenestetilbud.

Nettverket av tjenesteytere representerer flere av landets største kommuner og er finansiert av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). NAPHA dekker utgiftene til drift av nettverket, prosjektledelse og noe forskningsarbeid.

Høgskolen i Østfold har etablert en forskergruppe som samarbeider med kommunene om å beskrive og dokumentere en del av de aktuelle tiltakene. De faglige evalueringene som presenteres i disse rapportene er det forskerne som står bak. Innsatsen til forskerne er i hovedsak finansiert av høgskolen.

Kommunene dekket selv sine utgifter til deltakelse i nettverket. I tillegg har de aktuelle tjenesteyterne bidratt med både muntlige og skriftlige beskrivelser av tjenestetilbudene. Nettverksdeltakerne har også tatt ansvar for å legge til rette slik at forskerne har kunnet få intervjuer både samarbeidsparter, pårørende og brukere. Kommunene har på denne måten vært en viktig bidragsyter i arbeidet med å lage disse rapportene. I tillegg har en rekke brukere og pårørende stilt opp og formidlet erfaringer og synspunkter på tjenestene.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Fredrikstad, januar 2013

Gunnar Vold Hansen

Prosjektleder

Innhold

FORORD	3
Innledning.....	7
Oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus	7
Datainnsamling.....	11
Teoretiske tilnærminger	13
Bakgrunnen for ny organisering av de psykiske helsearbeiderne i hjemmetjenesten.....	15
Samling av de psykiske helsearbeiderne i en felles enhet	19
Kjennetegn ved målgruppen	20
Den nye hjemmetjenesten – hvordan jobber de?	27
Samarbeid med andre	29
Samarbeidet mellom Oppfølgingstjenesten og Tildelingskontoret	30
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	34
Samarbeid med rehabiliteringsteamet og rusteamet i spesialisthelsetjenesten	36
Samarbeid med apotek og fastleger om medisiner til brukerne	38
Samarbeid med Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen.....	39
Samarbeid med NAV	40
Oppsummering	43
Litteraturliste	45
Vedlegg 1.....	48
Vedlegg 2.....	49

Innledning

På oppdrag fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) opprettet Høgskolen i Østfold (HiØ) i 2010 et nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester.

Målsettingen med nettverket er å få fram eksempler på god praksis i forhold til målgruppen. Nettverket skal være en arena der deltakerne kan presentere sine erfaringer og få tilbakemeldinger med sikte på å videreutvikle sine tilbud. Nettverket skal også være utgangspunkt for en skriftlig dokumentasjon av organisering og resultater av de ulike tilbudene.

Psykiatritjenesten i Bodø kommune yter hjemmebaserte tjenester til personer med psykiatrisk problematikk. Brukerne har sammensatte problemer og komplekse behov. Denne rapporten vil beskrive hvordan tjenestene ytes i den delen av *Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus* som heter hjemmetjenesten. Rapporten legger vekt på å få fram forhold som bidrar til å fremme gode tjenestetilbud. Videre vil den synliggjøre noen av utfordringene som kan bidra til å hemme mulighetene for å gi gode tjenestetilbud.

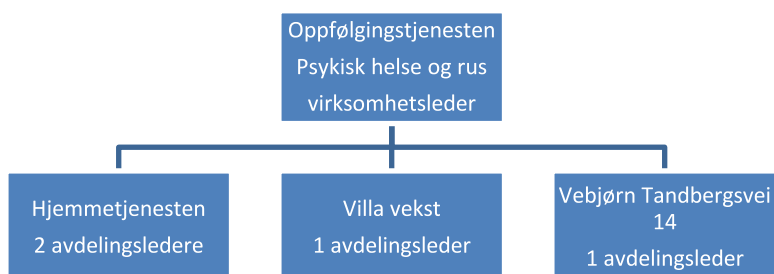
Oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus

Helse- og sosialavdelingen i Bodø kommune ble omorganisert i oktober 2008. Den nye organiseringen innebar at det ble opprettet en egen enhet under «Hjemmetjenester» i kommunen¹ for mennesker med psykiske og /eller rusrelaterte problemer. Enheten fikk navnet *Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus* (Bodø kommune u.å.).

¹ Se vedlegg 1 Organisasjonskart helse- og sosialavdelingen.

*Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus/hjemmetjenesten (OPHRH)*² var en ny måte å organisere tjenestetilbudet til mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte problemer på. Virksomheten består av følgende tre avdelinger: Hjemmetjenesten, Villa vekst og Vebjørn Tandbergsvei 14. De tre avdelingene ledes av en virksomhetsleder med videreutdanning innenfor psykisk helse. Figuren nedenfor viser forholdet mellom de ulike enhetene.

Fig. 1. Oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus



Villa Vekst er et psykiatrisk dagsenter og Vebjørn Tandbergs vei 14 er et døgnbemannet bofellesskap. Begge enhetene har hver sin avdelingsleder. De to avdelingene vil ikke bli behandlet i denne rapporten.

Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus skal hjelpe og bistå mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte problemer og har som mål at brukerne skal få individuell bistand til å mestre livet. Tjenesten gir den enkelte støtte og

²Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus/ hjemmetjenesten forkortes i denne rapporten til OPHRH

motivasjonssamtaler samt hjelper med å legge til rette for en meningsfylt hverdag. Videre skal de:

- Gi støtte, oppfølging og rådgiving ut fra de vedtak som foreligger
- hjelpe til med å legge til rette for deltakelse i aktiviteter og sysselsettingstiltak
- hjelpe til med å koordinere ulike tjenester.
- Bistå i forhold til utforming av Individuell Plan til personer med sammensatte behov
- Bistå med videreformidling og kontaktetablering til andre aktuelle hjelpeinstanser eller samarbeidspartnere
- Delta i ansvarsgrupper og andre samarbeidsgrupper
- Administrere medisiner ved behov

Tjenesten har oppe alle dager mandag til fredag mellom 08:00 og 22:30 og lørdag og søndag fra 9:00 til 21:00 (Bodø kommune u.å.). I tillegg har hjemmetjenesten opprettet en vakttelefon som er betjent fra etter klokka 15.00 hverdager og fra 09.00 – klokka 21.00 i helger. Vakttelefonen går på rundgang hos de ansatte som har den med på sine ordinære oppdrag til brukerne. Det er søkt om midler til å utvide dette vakttelefontilbudet.

Datainnsamling

Formålet med denne evalueringen er å dokumentere hvordan de som arbeider i *Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus* opplever at den tjenesten de utøver, fungerer. Det er lagt vekt på å få fram hvilke faktorer de ansatte opplever fremmer og hemmer det tilbudet de etter faglige vurderinger skal gi brukerne.

I evalueringen ble det viktig å få fram de opplevelser og erfaringer som de ansatte ved OPHRH var i besittelse av. Kvale (1997) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som et produksjonssted for kunnskap. Videre vektlegger han forskningssamtalens tosidighet som «den personlige relasjonen og kunnskapen det produserer». Ved hjelp av intervjuer av ansatte i hjemmetjenesten i *Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus* er målet å produsere kunnskap om denne tjenesten.

Undersøkelsen bygger på intervjuer med seks av de ansatte ved OPHRH. To av lederne i tjenesten ble intervjuet og fire ansatte som representerte forskjellige profesjoner. Hvem som skulle intervjues utenom leder ble bestemt av virksomhetens leder etter innspill fra forskerne. Målet fra forskernes side var å intervju ansatte som hadde arbeidet i hjemmetjenesten både før og etter omorganiseringen, slik at både fordeler og ulemper ved den nye organiseringen av tjenesten var mulig å få fram.

En av forskerne gjennomførte de to individuelle intervjuene og et gruppeintervju med ansatte og ledere i hjemmetjenesten i *Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus* i mars 2011. Alle intervjuene varte i overkant av en time. Intervjuene var avtalt i god tid på forhånd og informert samtykke ble innhentet.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ned ordrett av intervjueren. Det betyr at ingen andre enn den som har intervjuet har hatt tilgang til lydopptakene, og dette var nødvendig for å ivareta intervjupersonenes konfidensialitet. Lydfilene ble slettet etter at intervjuene var skrevet ned. Intervjupersonene fikk selv bestemme hvor intervjuene skulle gjennomføres. Intervjusituasjonene var godt tilrettelagt slik at det ble ingen avbrudd i intervjusituasjonene.

Alle informantene hadde arbeidet i hjemmetjenesten både før og etter omorganiseringen og dette var et viktig poeng i forhold til intervjuene. For at det skulle være mulig å få med endringer fra den tidligere tjenesten og til den nye var det viktig at informantene hadde erfaring både før og etter omorganiseringen. Det var også viktig at intervjupersonene representerte både ledelsen og en sammensatt gruppe av forskjellige fagpersoner som jobbet direkte med brukerne.

I tillegg benytter vi oss av noe skriftlig dokumentasjon som Bodø kommune har utarbeidet i forbindelse med omorganiseringen og informasjon om dagens virksomhet. I det følgende gjennomgår vi hovedargumenter og målsettinger fra skriftlige kilder og hovedsynspunkter fra intervjuene.

Teoretiske tilnærminger

Organiseringen av tjenestetilbudet vil ha betydning både for ansatte og brukere. For de ansatte dreier dette seg blant annet om hvilket ansvarsområde man har, hvordan oppgaver fordeles og til en viss grad hvordan ulike faggrupper samles eller splittes opp. For brukerne får organiseringen av tjenestene betydning for hvor de skal henvende seg i forhold til hvilke behov de har – får de «alt» på et sted eller splittes tjenesten opp i ulike deler. Brukeren må da forholde seg til ulike enheter og virksomheter i for å få dekket sine behov for hjelp. For mennesker med komplekse og sammensatte behov, vil et brukerfokus bidra til at man i større grad være opptatt av hvordan brukeren best kan få hjelp (Hansen 2007). På et mer generelt plan ser man at ulike former for sentral samordning (Whole-of-Government) i stor grad preger mange omorganisering i offentlig sektor. Det legges stor større vekt på koordinering innen og mellom ulike tjenesteområder (Christensen et al. 2010).

Bodø kommune har valgt å organisere tjenestene etter en bestiller-utfører-modell. Det innebærer blant annet et klart skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon (Busch & Vanebo, 2005). En slik inndeling gjør at man skiller mellom de som fatter vedtak om innhold i og omfang av tjenestene (bestiller) og de som yter tjenesten (utfører).

I Bodø har man valgt en løsning med en bestillerenhet kalt Tildelingskontor som stabsenhet. Oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus er nå samlet i én utførerenshet knyttet til hjemmebaserte tjenester for mennesker med sammensatte problemer og komplekse behov. Den er organisert i linje under Hjemmetjenester.

En organisering av tjenestetilbudet hvor man har valgt å samle tjenester til denne gruppen brukere i en enhet betegnes ofte målgruppeorganisering (Hanssen, Helgesen & Vabo 2011) eller personorientert organisering. I dette tilfellet er målgruppen mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte problemer. Fordelen med en personorientert målgruppeorganisering er at tjenestetilbudet til den enkelte bruker kan ses i sammenheng og bruker kommer i sentrum. Dette er forhold som vil kunne bidra til gi grunnlag for å utforme helhetlige tjenestetilbud. Organisering med tanke på å sikre et helhetlig tjenestetilbud bidrar til at man kan sikre seg at de som skal levere tjenesten har best mulig innsikt psykiske lidelser. Videre argumenteres det for at denne typen organisering virker mindre stigmatiserende for brukerne.

Målgruppeorganisering skiller seg dermed fra en områdeorganisering med oppgaveorientering hvor den enkelte enhet har ansvar for bestemte oppgaver og tjenester. I en slik organisering vil hjemmesykepleie, bo- og behandlingssentre og sykehjem være organisert i egne enheter med et oppgavefokus. I tillegg foretar noen kommuner ytterligere inndeling av tjenestene i virksomheter med ansvar for ulike geografiske soner. Fordelen med oppgaveorganisering er at brukerne integreres i det ordinære tjenestetilbudet i kommunen. På den annen side vil det være behov for samordning av tjenester til brukere med langvarige og sammensatte behov på tvers av ulike enheter i kommunen.

Bakgrunnen for ny organisering av de psykiske helsearbeiderne i hjemmetjenesten

Før omorganiseringen hadde kommunen manglende oversikt over hvilke tjenester i hvilket omfang i forhold til psykisk helsearbeid som skulle gis til den enkelte bruker. I mange tilfeller ble brukernes behov dekket av ansatte uten kompetanse i psykisk helsearbeid. Ved en sammenligning av ressursbruk til registrerte vedtak og bemanning framkom det at de forskjellige virksomhetene i kommunen hadde svært ulike ressurser til psykisk helsearbeid i forhold til vedtak (Bodø kommune, 2007).

Informantene har en del felles erfaringer fra å være en del av den ordinære hjemmetjenesten i kommunen. Utsagn fra informantene, både ledere og faglige ansatte tyder på at de “*følte seg alene*”, “*ikke helt hjemme*” og de psykiske helsearbeiderne i hjemmetjenesten opplevde seg som “*et stebarn*” og som “*annenrangs*” i denne organisasjonen:

...[...] det er mange som har sagt at de følte at de i ordinær hjemmetjeneste ble sett på som litt sånn annenrangs i forhold til ordinær hjemmetjeneste fordi at de lederne i ordinær hjemmetjeneste hadde somatikken som hovedfokus og at psykiatrien var liksom litt for seg selv”.

Et slikt skille finner man også i andre studier. En undersøkelse gjennomført blant norske leger og legestudenter viser at psykiske sykdommer og også psykiatri som spesialitet har lav prestisje (Album & Westin, 2008). Blant 23 mulige spesialiteter så rangerer leger og legestudenter psykiatri som nummer 20 når det gjelder prestisje. Det samme gjelder når de rangerer forskjellige

sykdommers prestisje. Her kommer psykiske sykdommer blant de seks nederste på lista blant 38 sykdommer. Dersom den samme tendensen gjør seg gjeldende hos sykepleiere og sykepleierstudenter så kan dette ha innflytelse på den status det psykiske helsearbeidet har blant helsepersonell i Norge. Det er rimelig å tenke seg at den status psykisk helsearbeid har blant helseprofesjonene, får innflytelse på de tjenester som brukerne får tilgang til. Informantene, både ledere og de fagansatte legger vekt på dette med forskjellen på somatikk og psykisk helsearbeid. De opplever at psykiatrien har lavere status enn somatikken.

Informantene i Bodø kommune mente at somatikken hadde en mer sentral plass i den ordinære hjemmetjenesten enn psykiatrien. En delforklaring som flere av informantene trekker fram er at de fleste av lederne i den ordinære hjemmetjenesten ikke hadde videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid. Her kan det også handle om den status, som somatikk versus psykiatri oppbeholder blant en del helsepersonell. En av informantene trekker også fram at en del av sykepleierne i den ordinære hjemmetjenesten var engstelige for å gå til en del brukere med dobbeltdiagnoser innenfor psykiatri og rus.

De psykiske helsearbeiderne var et overordnet mål med organisasjonsendringen å få samlet fagmiljø innenfor psykisk helse og rus for å oppnå bedre forståelse for arbeidet de skal utføre og samtidig skape et grunnlag for å tilby et helhetlig tjenestetilbud. For de ansatte og lederne var samlokaliseringen av de psykiske helsearbeiderne i hjemmetjenesten først og fremst et ønske om:

- et større fagmiljø med arbeidstakere med erfaring og utdanning innenfor psykisk helse og rus
- ledere med erfaring og utdanning innenfor psykisk helsearbeid og rus
- et ønske om at den nye tjenesten skulle bli tverrfaglig

- å kunne tilby brukerne ett bedre og mer helhetlig tilbud

Både ansatte og ledelsen hadde håp om at et større fagmiljø skulle få fram en større forståelse for det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Videre ønsker de en mer helhetlig tjeneste der de psykiatriske medarbeiderne har ansvar også for medisinene, noe de ikke hadde ansvar for da de jobbet i ordinær hjemmesykepleie. Den ordinære hjemmetjenesten bar preg av å være oppgavestyrte mens denne nye hjemmetjenesten er mer personorientert. Fra brukerorganisasjonenes side var det et ønske om å ha ett sted å forholde seg til. En av de ansatte gir uttrykk for dette. Videre understreker informanten viktigheten av ikke å skille mellom tjenester knyttet til somatikk og psykisk helse. Følgende sitat illustrer dette poenget.

Brukerorganisasjonene ønsket det i forhold til å få en dør ... nå tidligere så har de hatt somatisk hjemmetjeneste og så har de hatt en egen som tok medisiner og sånt og så hadde de en psykisk helsearbeider som kom til den såkalte samtalen. Vi mener at dette henger så nøye sammen... somatikk og psykisk helse ... at det blir feil å skille de ... også dette her med virkninger og bivirkninger det tror vi den psykiatriske sykepleieren har mer erfaring med enn den somatiske i forhold til vår brukergruppe...

Den nye tjenesten mangler hjemmehjelpere som er ansatt direkte i denne tjenesten. Dette fører til at de ansatte må ut i hjemmehjelpssonene for å veilede dem. Denne yrkesgruppa følte seg tryggere da de hadde de psykiske helsearbeiderne i egen sone slik at de var lett tilgjengelige for dem. Hjemmetjenesten i OPHRH ønsker å ansette egne hjemmehjelpere i denne

tjenesten slik at de igjen kan oppnå et nært samarbeid med de som jobber innenfor psykisk helse og rus.

Samling av de psykiske helsearbeiderne i en felles enhet

Flere parter, pårørende, brukerorganisasjonene og ansatte ønsket å samle de psykiske helsearbeiderne i hjemmetjenesten på et sted og i en felles enhet. Lederne i hjemmetjenesten i OPHRH begrunner omorganiseringen både ut fra egne behov, brukernes og de pårørendes behov.

Den nye organiseringen innebar at de psykiske helsearbeiderne som tidligere hadde vært tilknyttet en av de åtte sonene i hjemmetjenesten som f. eks. *Hjemmetjenesten Kjerringøy/Værran* eller *Hjemmetjenesten Mørkved/Alstad*³ ble samlet i den nye enheten under navnet *Hjemmetjenesten i Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus*. Før omorganiseringen var det vanlig at det var ansatt en, to eller tre psykiske helsearbeidere på hver hjemmetjenestesone. Den tidligere organiseringen var basert på prinsipper for oppgave- og områdeorganisering og kan bidra til en fragmentering av tjenesten.

Hjemmetjenesten i OPHRH hadde 36 årsverk i mars 2011; to avdelingsledere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og lang erfaring med å jobbe innenfor dette feltet. I tillegg har tjenesten en sekretær og de resterende ansatte er fagpersoner som jobber direkte med brukerne. De øvrige ansatte er sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere, hjelpepleiere, assistenter, miljøarbeidere og vernepleiere. Alle de profesjonsutdannede har videreutdanning innenfor psykisk helse og noen har innenfor rus. Her ønsker en del av de fagansatte seg mer utdanning innenfor rus. Ca. 90 % av de ansatte kommer ifølge ledelsen fra spesialisthelsetjenesten, fra sengeposter i psykiatrien.

³ Se vedlegg 1 organisasjonskart helse- og sosialavdelingen.

Lederne for tjenesten forteller at de er godt fornøyd med tilgangen på fagfolk som har kompetanse og erfaring innenfor psykisk helsevern. OPHRH er blitt en populær arbeidsplass og sist de hadde en ledig stilling var det 40 søkere til stillingen.

Kjennetegn ved målgruppen

I mars 2011 hadde hjemmetjenesten (OPHRH) ca. 500 brukere. Til sammen er det bevilget 911 vedtakstimer pr uke.

Brukerne som får tjenester har alt fra alvorlige psykiske lidelser til alvorlige depresjoner, lettere depresjoner og angst. Mange har også rusproblemer og en del har dobbeltdiagnoser innenfor psykiatri og rus. Brukernes behov for tjenester er sterkt varierende noe som viser seg blant annet i antall vedtakstimer de blir innvilget pr uke. Noen brukere har et vedtak på en time annen hver uke mens andre har større behov og kan ha fjorten timer pr uke – med andre ord to timer pr dag.

Ifølge en av lederne var det mange som ikke kunne nyttiggjøre seg psykiatritjenester tidligere, da det ikke var tilgang på denne type tjenester kveld og helg før omorganiseringen. OPHRH har på grunn av den utvidede åpningstiden fått nye brukere.

Blant nye brukere finner vi unge gutter og jenter med ADHD og helt unge med asbergers syndrom som trenger tjenester fra dem. Denne gruppa brukere oppleves utfordrende fordi ingen av de ansatte har hatt fokus på dem i sine grunnutdanninger. OPHRH har her et samarbeid med habiliteringstjenesten. For brukerne er dette likevel et tilbud de kan benytte seg av på grunn av åpningstiden, da mange av dem er opptatt på skolen på dagtid.

Tjenesten har en relativt stor gruppe ”kronikere”. Dette er mennesker som har hatt eller har alvorlige psykiske lidelser og mange av dem har vært innlagt i sykehus i mange år og er avhengige av oppfølging for å klare livet utenfor sykehus. En del av disse menneskene er blitt institusjonaliserte, de har gjennom mange år i sykehus tilpasset seg sykehuset og pasientrollen (Morgan, 1982). Noen av informantene opplever at de for noen av brukerne vil de ansatte forbli den evige hjelperen som går inn og ut hos brukeren i årevis. De påpeker at mange av brukerne vil bli i systemet hele livet og dette gjelder spesielt «kronikerne».

Brukerne av OPHRH er den samme brukergruppa som dette temanettverket skal ha fokus på, mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester (Hansen, 2010). Denne målgruppa er beskrevet i Is -1554 Rapport (Helsedirektoratet, 2008: 10-12).

Helsedirektoratet (2008: 13) deler gruppa inn i 3 grupper og en av dem skal vi ha spesielt fokus på i denne rapporten:

- Gruppe 1: Brukere som har tjenester hele døgnet
- Gruppe 2: Brukere som har omfattende tjenester, gjerne kommunal bolig, men ikke med døgnkontinuerlig tilsyn
- Gruppe 3: Brukere med antatt underforbruk av tjenester i kommunen

Helsedirektoratet (2008:14) antar at der finnes en andel som har et stort tjenestebehov men som av forskjellige grunner faller utenfor hjelpeapparatet. Denne gruppa (gruppe 3) er av direktoratet anslått til å være i underkant av 4000 personer. Det er vanskelig å fastslå hvor mange brukere med kjennetegnene til gruppe tre som finns i OPHRH men det er sannsynlig at en del av de 30

brukerne med dobbeltdiagnoser som er beskrevet her vil falle inn under gruppe 3.

Tjenesten har omtrent tretti brukere med alvorlige dobbeltdiagnoser. En gruppe på 8-10 av disse er meget arbeidskrevende. Kjennetegn ved denne gruppa brukere er at de har en tendens til å falle mellom alle stoler og ifølge en av informantene er noen så voldelige og så ruset at ingen vil ta dem inn verken i boliger eller i sykehus. Ett annet kjennetegn ved gruppa er at de ikke har bokompetanse. Innenfor gruppa er det daglig masse oppkast, sprøyter og vold og ifølge en av informantene burde denne gruppa ha bodd i institusjon med god dekning av personell for å sikre sikkerheten til de ansatte og for å kunne gi ett bedre tilbud til en gruppe meget trengende mennesker.

Noen av ungdommene er selv barn av narkomane og mange har hatt en meget vanskelig oppvekst. Det kan se ut som noen av brukerne gjennom sin oppvekst er sosialisert inn i et liv som rusmisbrukere. De er da vokst opp med det Marthinsen (2010) betegner som *sosiale byrder* som gjør det meget vanskelig for dem å kunne fungere i forhold til de forventninger som samfunnet stiller til sine borgere. En del av dem ruser seg uavbrutt, de fullfører ikke skolegang, de har ikke jobb, de har ikke et sted å bo og de har en helse som brytes mer og mer ned for hver dag som går.

Flere av informantene forteller at hjemmetjenesten i OPHRH er meget viktig for disse ungdommene. De er unge brukere mellom tjue og tretti år som har vært rusmisbrukere fra de var svært unge og de kommer fra familier der de ikke har hatt det bra. En av informantene forteller at de blir glade i dem fordi de ser helheten. Den helheten de snakker om er den kunnskapen de har om hver enkelt av brukerne og der de ser at de har med en gruppe mennesker å gjøre der enkelte av dem er utsatt for rusmisbruk fra før de ble født. De har vært

rusmisbrukere fra de lå i sin mors mage og en del av dem har også i dag foreldre som går på metadon og Subutex:

... de har vært utsatt for det før de ble født... jeg vil nesten gråte... for jeg har flere unge menn som jeg vet at de garantert har vært utsatt for rusmisbruk da de lå i magen til mamma... så det er liksom hardt [blir meget berørt] det er det faktisk. Disse brukerne tar ekstremt mye av tida vår.

Dette er brukere uten bokompetanse. Hjemmetjenesten opplever dem som de mest utfordrende brukerne. De opplever videre at de ikke har de redskapene de trenger for å kunne gi dem et godt tilbud. En del av informantene opplever at de har behov for å utøve tvang noen ganger og det har de ikke muligheten til:

Det var en pårørende som sa det så godt... til en rusmisbruker: "I Norge er det faktisk lov å la livet sitt gå til helvete og det er tungt å se på". De ønsker ikke noe annet enn å ruse seg... de ønsker ikke hjelp fra oss... de ønsker ikke individuell plan... de ønsker ikke at vi skal samarbeide verken med fastlege eller andre ... de vil være i fred og ruse seg og innser selvfølgelig ikke at de har ett problem... de er så unge.

Det er ikke vanskelig å høre hvor lite de ansatte egentlig har å stille opp med når brukerne bare vil ruse seg og ikke ønsker hjelp. De ansatte vil så gjerne være en god støtte og hjelper men de kommer til kort blant annet på grunn av manglende tilpasset botilbud og manglende muligheter til å bruke tvang:

... det er mye vold og trusler ... det er daglig masse oppkast og sprøyter og der er virkelig helt ubeskrivelige forhold... folk som aldri skulle ha

bodd hjemme... folk som skulle ha bodd på institusjon... men ingen vil ha de. Det er veldig ille.

Helsedirektoratet (2008:27) anbefaler at; ”det settes i verk arbeid for å vurdere hvorvidt eksisterende lovverk ivaretar personer med sviktende egenomsorg som bor i kommunal bolig”. Dette viktige arbeidet er ikke fullført og i mellomtiden må de som jobber med mennesker med sviktende egenomsorg fortsatt se på at noen går til grunne. Noen brukere bor hjemme, andre hos misjonen og en del bor i rivningsleiligheter. Informanten forteller at hjemmetjenesten forsøker å følge opp både brukerne og de som står dem bi. Brukerne uten bokompetanse veksler ifølge informantene mellom å ha behov for omsorg, behandling og rehabilitering. I perioder er de bare mottakelig for omsorg og i andre perioder er de mottakelige for både behandling og rehabilitering. Denne gruppen brukere har også et uttalt behov for et aktivitetstilbud og de blir ikke motiverte til å stå opp om morgenen når de ikke har noe meningsfullt å fylle dagen med:

Det de sier der vi har bemanna boliger er at vi får dem ikke på rett kjøll i forhold til døgn ... de har ofte snudd døgnnet før de flytter inn til oss ... og så sier de: ”Hvorfor skal vi stå opp? Det er mye mer trivelig å være oppe på natta... det er mye mer på TV og ... det skjønner vi jo ... da er det vanskelig å motivere for å stå opp om morgenen når du ikke har noe å gå til altså...utenom psykiatrisk dagsenter...det har mye å si at de har en jobb ...

Direktoratet ser også behov for tilrettelagte aktivitetstilbud for denne gruppen brukere. Videre ønsker direktoratet lovendring for å styrke kommunenes plikt til å skaffe brukergruppen boliger gjennom rettighetsfesting. Det er flere Europeiske land som har gjennomført eller varslet om lovendringer på dette området (Helsedirektoratet, 2008:19).

Helsedirektoratet (2008:19) er oppmerksomme på de store utfordringene som er knyttet til denne målgruppens boforhold og at dette vil innebære store kostnader for kommunene både i form av tilrettelagte boliger og bemanning i boligene. De eksisterende boligtypene passer ikke for alle og direktoratet trekker fram denne gruppen av brukere med omfattende rusmisbruk eller utagerende atferd.

Kommunene har store utfordringer knyttet til å kunne gi denne gruppen av brukere et tilfredsstillende bo- og aktivitetstilbud.

Den nye hjemmetjenesten – hvordan jobber de?

Når brukeren er tildelt et vedtak, der det står hvor mange timer de skal ha pr uke så er det OPHRH som overtar ansvaret for brukeren og yter tjenester til denne. Brukeren får en fast kontaktperson ved hjemmetjenesten og det er denne personen som da har ansvar for denne brukeren. I de tilfellene hvor bruker er innvilget mange timer, må det være flere for å dekke det og da samarbeider flere av de ansatte om dette. De planlegger da to til tre uker av gangen og har god kommunikasjon seg imellom. Er møte med brukeren samtalebasert, så er det en fast person som har ansvaret for slike samtaler. Med en slik organisering av tjenesten blir bruker og hjelper meget godt kjent med hverandre og det er mulig for dem å utvikle et forhold mellom bruker og hjelper som er preget av tillit og trygghet. Vi ser hvordan det legges til rette for å skape forutsigbarhet for bruker også i forbindelse med den faste hjelperens fravær. Det fungerer da slik at dersom denne kontaktpersonen skal på ferie eller ha en fridag, er syk eller lignende så avtales det med lederne i tjenesten og en av de andre tar over kontaktpersonens jobb i dennes fravær.

Dersom det viser seg at det er dårlig kjemi mellom brukeren og den ansatte (kontaktpersonen) så er de veldig åpne på dette fenomenet og da bytter de ut kontaktpersonen med en annen, slik at samhandlingen mellom bruker og hjelper kan bli så optimal som det er mulig å få det til med de menneskelige ressurser som de har tilgjengelig i OPHRH. På bakgrunn av tidligere forskning (Falch, 2010; Anker-Hansen, 2011) om kjemiens betydning for samhandling mellom tjenesteyter og bruker er dette en viktig praksis for å kunne legge til rette for en bedre samhandling mellom hjelper og bruker.

Kjemien som oppstår i samhandlingen mellom bruker og hjelper er meget avgjørende for hvordan brukeren opplever kvaliteten på den hjelpen de får. En

til en jobbing er meget krevende i forhold til det emosjonelle arbeidet som skal utøves i samhandlingen og uten en god kjemi blir det vanskelig for både brukeren og den som skal stå til tjeneste for brukeren (Falch, 2010; Anker-Hansen, 2011). Å være helt åpen på det med kjemien er viktig og her har de ansatte i OPHRH funnet en god løsning ved å bytte.

De ansatte i oppsøker som regel brukeren i dennes hjem eller de møtes på annet avtalt sted. Det kan være mange som jobber rundt hver bruker og da er det de ansatte i OPHRH som koordinerer dette samarbeidet.

Samarbeid med andre

Alt samarbeid mellom de ulike instansene bygges opp rundt hver bruker. Dermed er det brukeren som legger premissene for behovet for tjenester. Dette er noe av hensikten med en personorientert målgruppeorganisering som ligger til grunn for den nye organiseringen av Oppfølgingstjenesten. De ansatte mener det er en vesentlig forskjell etter omorganiseringen fordi det nå blant annet er et faglig miljø som gir rom for å jobbe slik de gjør nå. Informantene opplever videre at brukerne er mer fornøyde og at de på de fleste områder gir dem et bedre tilbud nå enn før omorganiseringen.

Informantene opplever at samarbeidet med en del andre etater er blitt mye bedre etter omorganiseringen. Flere av informantene snakker om at samarbeidet med politi og legevakt har bedret seg etter omorganiseringen. Selv om det fortsatt finns mange utfordringer i forhold til samarbeid med andre er dette en viktig observasjon.

En av grunnene til at samarbeidet er blitt bedre, mener informantene skyldes at de er blitt mere synlige og mer kjent for sine samarbeidspartnere. De har oppnådd å få et større faglig miljø innenfor psykisk helsearbeid og de er tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere i mye større grad enn tidligere.

Samarbeidet med legevakta i Bodø er under utvikling og fra nyttår 2012 vil hjemmetjenesten i OPHRH ha en vakttelefonordning fredag og lørdag kveld der de har en responstid på 20 minutter. Dette betyr at de da kan rykke ut til legevakta og snakke med brukere som har behov for å snakke med personer som arbeider innenfor psykisk helse og rus.

Samarbeidet mellom Oppfølgingstjenesten og Tildelingskontoret

Det er Tildelingskontoret i Bodø kommune som fatter vedtak om hvilke tjenester brukerne skal få tildelt og omfanget av tjenestetilbudet. Slik blir et godt samarbeid mellom de to instanser av stor betydning for å kunne gi brukerne et helhetlig tjenestetilbud.

Tildelingskontoret gjennomfører det første besøket hjemme hos brukeren eller møter bruker når vedkommende skrives ut fra sykehus eller løslates fra fengsel. Etter hjemmebesøket estimerer de hvor mange timer bistand pr uke brukeren skal få tildelt. Formålet med å opprette et tildelingskontor slik man har gjort i Bodø er å sikre at innbyggerne får ett sted å henvende seg til i helse- og sosialavdelingen (Tildelingskontoret, 2009). Videre skal kontoret sikre innbyggerne lik tilgang på tjenester uavhengig av hvor i kommunen de bor.

Tildelingskontoret skal:

- sikre tverrfaglig og helhetlig vurdering av den enkelte søkers hjelpebehov
- koordinere tjenestetilbudet for de som trenger ulike tjenester
- sikre at brukerne får helhetlig, fleksible og forutsigbare tjenester

Første del av prosessen med å sikre brukerne en helhetlig, fleksible og forutsigbare tjenester starter med at Tildelingskontoret har et første møte med brukeren. Tildelingskontoret skal gjøre en helhetlig vurdering av den enkelte bruker /søkers hjelpebehov og er den instansen som fatter vedtak om type tjeneste og antall timer. Når brukeren er tildelt et vedtak fra Tildelingskontoret, er det hjemmetjenesten som skal yte tjenesten og her konsentrerer vi oss om hjemmetjenesten.

Her har vi et eksempel på organisering etter bestiller-utførermodellen (Hansen & Ramsdal, 2005; Hansen, Kirchhoff& Ramsdal, 2009). En slik organisering innebærer at vedtak om innhold i tjenestene avgjøres av andre enn de som yter tjenestene. Dersom dette prinsippet følges strengt, så kan tjenestene dårligere tilpasset de som har behov for sammensatte tjenester i psykisk helsearbeid. Når tjenesteutøver ikke er med når kartleggingen gjøres, kan det gi mindre mulighet til å ivareta flere perspektiver i vurderingen og dermed påvirke hvordan man ser på brukerens behov for tjenester. Studier har vist at dersom det er samarbeid mellom bestiller og utfører, her Tildelingskontoret og Oppfølgingstjenesten, så er mulighetene større for å få til bedre tilpassede tjenester.

Informantene opplever at et tett samarbeid mellom hjemmetjenesten og Tildelingskontoret er nødvendig for å kunne gi brukerne det tilbud de til enhver tid har behov for. Det er et utstrakt samarbeid mellom Tildelingskontoret og hjemmetjenesten også etter at brukeren er overført til hjemmetjenesten. Dersom de ansatte i hjemmetjenesten opplever at brukeren har for lite eller for mye timer har de en dialog seg imellom og som regel blir da vedtaket justert ut fra brukeren og de ansattes opplevelse av behovet. Selv om samarbeidet med Tildelingskontoret for det meste oppleves godt er de også uenige om arbeidsfordeling på enkelte områder.

Etter at Tildelingskontoret ble opprettet er det de som går på det første møtet med sykehuset og på samarbeidsmøtene med det psykiatriske sykehuset. Dette var en jobb som før ble utført av de personene som skulle følge opp brukeren i kommunen etter utskrivning. Gjennom intervjuene kommer det fram at dette er en rutine /arbeidsfordeling som hjemmetjenesten og tildelingskontoret ikke er enige om. En av informantene forteller:

Det har noe med samhandlingen... med de som skal følge opp pasienten og sykehuset ... at det skal være litt sånn sømløst på en måte... så blir jo det litt borte i forbindelse med at det er noen andre som går inn og har førstekommunikasjon med sykehuset. Vi får lov til å være med på møtene i spesielle tilfeller hvis det er ekstra vanskelig, eller tunge brukere.

Staten har lagt rammene for samhandlingsreformen gjennom St.meld. 47. Regionalt er helseforetakene gitt tydelige føringer i retning av mer koordinerte og sammenhengende tjenester.⁴ Begrepet sømløst viser til sammenhengende og sømløse pasientforløp, ikke en omsorgstrapp med høye trinn mellom hvert nivå. Meningen med det sømløse er at befolkningen skal møte en helsetjeneste der de enkelt kan krysse grensene mellom linjer eller avdelinger uten at det oppstår kommunikasjons- eller koordineringsproblemer. Både fra et styrings- fag- og brukerperspektiv er det ønskelig med sømløse overganger mellom de ulike tjenestenivåene. Et godt eksempel på dette er blant annet brukerstyrte døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.⁵

Det kan se ut som at organiseringen med Tildelingskontor tar bort noe av det sømløse som St.meld. nr. 47 (2008-2009) legger opp til. Det kan lett oppstå kommunikasjons- eller koordineringsproblemer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når de ansatte i hjemmetjenesten ikke deltar i det første møte med bruker og sykehus og det er dette informantene trekker fram som begrunnelse for at de bør være med på disse møtene og evt. sammen med Tildelingskontoret. Pr i dag fungerer Tildelingskontoret som et formelt mellomledd mellom sykehuset og oppfølgingstjenesten. En evalueringsrapport av Tildelingskontoret i Bodø konkluderer med følgende i kapittel 5 side 9:

⁴ Se Helse- og omsorgsdepartementets Oppdragsdokument 2011 Helse-Nord RHF.

⁵ For mer se St.meld. nr. 47 (2008-2009): kap. 6.7.2.

Tilbakemelding i forhold til utviklingsområder går på å ytterligere forsterke den tverrfaglige jobbingen både internt på Tildelingskontoret, men også i samspill med andre. Dette for å oppnå enda bedre sammenheng i tjenestetilbudet, også der samarbeidspartnere utenfor helse og sosialavdelingen er involvert (Evalueringsrapporten: 9).

Her ser vi at evalueringsrapporten nettopp fokuserer på nødvendigheten av å forsterke den tverrfaglige jobbingen både internt i kontoret og i samspill med andre. Ifølge informantene fungerer organiseringa med Tildelingskontor både på ”godt” og ”vondt”. De ser at de ikke har ressurser til å utføre vedtak på 500 brukere og at det ville innebære at de måtte tilsette flere saksbehandlere. De ser også fordelene for brukeren ved at det er andre som bestemmer vedtaket enn de som skal utføre dem.

For brukerne ville det sannsynligvis vært bedre om Tildelingskontoret og hjemmetjenesten hadde gått sammen til første møte med bruker i sykehus. Kommuner som velger en løsning som innebærer tettere kontakt mellom bestiller og utfører – organisatorisk og med hensyn til lokalisering – gir også den felles lederen av enhetene et grunnlag for å utøve hierarkisk kontroll og myndighet (Busch & Vanebo, 2005). Det ”sømløse” ville lettere la seg gjennomføre ved hjelp av en slik praksis. Verdifull utveksling av informasjon mellom for eksempel sykehus og hjemmetjenesten kan bli mangelfull ved den måten arbeidet organiseres på i dag. Hansen (2007) viser at organisasjonsstruktur er en betydningsfull rammefaktor i forhold til de tjenestene som skal tilbys brukerne

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ser ut til å hemmes av at hjemmetjenesten og Tildelingskontoret ikke går sammen til møter med spesialisthelsetjenesten, i forbindelse med at brukere overføres fra sykehus til

hjemmetjenesten. For å sikre en tverrfaglig og helhetlig vurdering av den enkelte søkers hjelpebehov framheves viktigheten av et tett samarbeid mellom hjemmetjenesten og Tildelingskontoret.

Samarbeidet med Tildelingskontoret åpner også opp for mer fleksible ordninger som åpner opp for å gi brukerne bedre tilbud. En av informantene forteller at det etter omorganiseringa er mulig å få til flere fleksible ordninger for brukerne i perioder. Et eksempel på dette er at det er mulig å få vedtak på inntil 15 timer i uka i spesielle tilfeller. Erfaringen viser at ved intensivt arbeid i noen uker eller måneder så har de opplevd at brukere har fått en meget bedre livskvalitet og i ettertid klarer seg med meget lite oppfølging. En informant forteller:

Ingen hadde tro på de, de er de sykeste av de syke ... men det viser seg jo at hvis folk får veldig masse i en periode så begynner de å tro på seg selv.

Videre forteller informanten at dette ville aldri ha skjedd da de var organisert i hjemmesykepleien. De har nå en kunnskapsbase og et samarbeid med Tildelingskontoret som gjør at det er mulig å jobbe på denne måten. Et tett samarbeid mellom hjemmetjenesten og Tildelingskontoret er nødvendig for å kunne gi brukerne det tilbud de til enhver tid har behov for.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Nordlandssykehuset HF har sitt hovedkontor i Bodø. Her ligger også foretakets to største sykehus; et somatisk og et psykiatrisk sykehus og distriktpsikiatrisk senter. Det psykiatriske sykehuset i Bodø ble grunnlagt i 1902 og har slik en lang historie.⁶

⁶Se Fygle, S. (2002) for en oversikt over sykehusets historie.

Hjemmetjenesten har et utstrakt samarbeid med spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatri ved *Nordlandssykehuset* og de avdelingene som er tilknyttet denne tjenesten. Mange av brukerne har i perioder behov for innleggelse i psykiatriske sykehus og hjemmetjenesten har et nært samarbeid med sykehuset i forhold til de brukerne som de har ansvaret for.

Brukerstyrte senger i spesialisthelsetjenesten er et av de tiltak som de er meget godt fornøyd med og dette innebærer:

- Sengepostene har ett par senger som de holder ledige sånn at brukerne kan komme inn ved akutt behov. De kan bare komme innlegges på dagtid ikke kveld og natt
- De trenger ikke henvisning fra lege eller legevakt. Brukerne kan ringe og de får plass eller hjemmetjenesten kan ringe for dem

Erfaringene fra Bodø er at brukerne ikke benytter seg så mye av dette tilbudet men de vet at de har muligheten og da klarer hjemmetjenesten å holde dem i eget hjem.

Den erfaring som hjemmetjenesten har med brukerstyrte senger er sammenfallende med en del av det som beskrives i kapittel 6.7.2 i Samhandlingsreformen. De viser til et prosjekt fra Jæren der resultatet av brukerstyrte døgnplasser er:

- Tryggere pasienter
- Lav terskel gir lavere forbruk av tjenester
- Halvert bruk av tvang
- Redusert bruk av liggedøgn med 33 %

De ansatte i hjemmetjenesten framhever den brukervennlighet de har oppnådd både gjennom brukerstyrte senger og gjennom de nye åpningstidene. En informant i hjemmetjenesten oppsummerer erfaringene med brukerstyrte senger og åpningstider som passer brukernes behov på denne måten:

... det er absolutt veien å gå... at brukerne får mer medbestemmelse over eget liv ... de skal få lov å komme inn når de har behov for det. Vi har også i vår hjemmetjeneste utvidet våre åpningstider ... at vi er tilgjengelig dag... kveld og helger ... kun på natt vi ikke har folk og legevakt og politier at det er mye sjeldnere henvendelser nå på natta for de vet at vi kommer på lørdags morgen... ikke at de må vente til mandags morgen ... ja det er brukervennlighet på høyt nivå.

Det er viktig i framtida å dokumentere hvordan dette med brukerstyrte senger fungerer i de kommuner som benytter seg av det. Dersom den samme effekten av tiltaket viser seg i flere kommuner så kan dette være en praksis som gir mange brukere bedre livskvalitet.

Samarbeid med rehabiliteringsteamet og rusteamet i spesialisthelsetjenesten

De ansatte i hjemmetjenesten jobber tett sammen med rehabiliteringsteameti spesialisthelsetjenesten. Teamet jobber først og fremst med psykoseproblematikk og de møter brukerne i deres eget hjem. De samarbeider tett med dem i forhold til de tyngste brukerne, de som er på tvunget ettervern. Denne måten å arbeide på oppleves “virkningsfullt” og “kjempebra” av en av informantene.

Spesialisthelsetjenesten har også et rusteam som jobber inne. Her er det et ønske fra hjemmetjenesten om at dette teamet i mye større grad går ut og hjem til folk da mange personer med rusproblemer ikke er i stand til å følge opp avtaler poliklinisk. Det ville sannsynligvis også vært en styrke for hjemmetjenesten om dette teamet jobbet tettere sammen med dem, da de sitter på spesialkompetanse når det gjelder rus og det er den fagkunnskapen fagpersonene i hjemmetjenesten ønsker seg mer av.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) kap.6.7.1. viser at ”manglende desentralisering av behandlingsoppgaver og ressurser får konsekvenser for samspillet rundt pasienten og dermed tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen i hele det psykiske helsevernet”. 70 % av ressursene i sektoren går til spesialisthelsetjenesten og ca 30 % til kommunale tjenester. Her stiller Samhandlingsreformen spørsmål ved om denne skjevfordelingen av økonomiske ressurser også skyldes organisering, arbeidsmetoder og samarbeid.

For å kunne gi et bedre tilbud til brukerne har en av informantene forslag til organisering og arbeidsmåter inn i framtida:

... Jeg kunne selvfølgelig ha ønsket meg en kommunal institusjon som var i samme virksomhet som vi er i ... og være de samme menneskene som jobber der... som for eksempel et DPS ... kommunen kunne ha drevet det ... vi kunne ha vært de samme folkene som jobba og det hadde ikke blitt et skille mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og da hadde vi vært der for hverandre hele tiden og skulle hele tiden ha avhjelpa hverandre og jobba innenfor samme lover og regler... det hadde vært min drøm.

Informanten berører her noen vesentlige områder som oppleves som hindringer i forsøket på å få til et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Det at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten styres av forskjellige lover og regler oppleves i noen sammenhenger som en hindring i arbeidet med å gi brukerne et best mulig tilbud.

Samarbeid med apotek og fastleger om medisiner til brukerne

Før de psykiske helsearbeiderne ble samlet i en egen hjemmetjeneste hadde de ikke ansvaret for å følge opp brukerne når det gjaldt medisiner:

Det var slik at de psykiatriske medarbeiderne hadde ingenting med medisiner å gjøre, det hadde ordinær hjemmetjeneste så når en bruker ba om mer behovsmedisin så gikk de ordinære sykepleierne ofte ut og gav det mens de... psykiatrien ... det var veldig delt... og det var også noe av grunnen til at vi ble samla...[...]. Det ble så oppstykket. Vi gikk til samtaler og den ordinære hjemmetjenesten gikk til de om kvelden hvis de var urolig og det ble et misforhold der.

Med ca 500 brukere pr mars 2011 sier det seg selv at det er mange brukere som skal følges opp i forhold til medisiner. Hjemmetjenesten har valgt en spesiell ordning når det gjelder administreringen av medisiner. En sykepleier administrerer medisinerommet 37,5 timer i uka. Dette opplever informantene både ”på godt og vondt” fordi de blir veldig avhengige av denne personen. Samtidig er de bevisst på å dra inn sykepleiere og vernepleiere i dette arbeidet når det er ledig tid. De må likevel inn når medisiner skal kontrolleres.

Personen som har ansvar for medisinerommet har ett tett samarbeid med de to apotekene som leverer medisinen og med legene som forskriver medisinen til brukerne. Denne personen har også ett meget godt forhold til brukerne. Informantene synes å være godt fornøyd med denne ordninga når det gjelder medisinerommet og opplever at kompetansen der er god.

Samarbeid med Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen

Hjemmetjenesten samarbeider mye og godt med Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen som på oppdrag fra Bodø kommune driver boliger for rusmiddelavhengige. Her har de:

- Kvinnehuset
- Frelsesarmeens natthjem og hybelhuset til natthjemmet
- Kirkens bymisjons boliger for de som er på LAR

De ansatte i hjemmetjenesten jobber tett og godt sammen med de ansatte i disse tjenestene. Ansatte i Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen har et lavere utdanningsnivå enn de ansatte i hjemmetjenesten.

Kirkens bymisjon har et populært tilbud som heter «JOBBER EN» og dit kan brukerne komme og de må ikke melde fra om de ikke kommer. Problemet med «JOBBER EN» er at de ikke har kapasitet nok. Det møter opp for mange brukere og det er for få jobboppdrag. De jobbene de utfører er å rydde i hager, rydde i gater, jobber på institusjoner. For disse oppdragene får de pengene rett i hånden og ifølge en av informantene har ikke dette vært lett i forhold til trygd og andre økonomiske ordninger som brukerne har. Her er det tydelig muligheter for å få til bedre samordninger som gjør det lettere for brukerne å tjene noen kroner. En av informantene forteller:

Men det har vært en lang vei å gå i forhold til å melde inn og trygd og alt mulig sånne ting... men det har de fått en god ordning på nå... det som er farlig er at tjener de for mye og så mister de bostøtta til neste år.

Her ser vi at det må brukes mye tid igjen for å få samordnet det økonomiske for brukerne slik at de ikke plutselig kommer i en enda vanskeligere økonomisk situasjon enn de var i utgangspunktet. Det burde være mulig å samordne de økonomiske ordningene på en slik måte at det å jobbe noe ikke skaper angst for å miste det en allerede har. Denne type angst kan være med på å ta bort brukerens motivasjon for å jobbe.

Samarbeid med NAV

De ansatte i hjemmetjenesten bruker mye av sin tid til å samarbeide med NAV. Alle brukerne har en saksbehandler hver i NAV. Hver enkelt ansatt har kontakt med NAV i forhold til de brukerne som de har ansvar for. Noen av informantene opplever at NAV er en tungrodd samarbeidspartner. Samtidig har de ansatte ved Oppfølgingstjenesten varierte opplevelser i forhold til dette samarbeidet.

Følgende uttalelse kan illustrere denne dobbeltheten:

NAV... er av og til veldig okay og lett å komme igjennom på... andre ganger bruker vi utrolig mye tid på å vente på NAV... det er en vanskelig tilgjengelig institusjon... vet ikke om det e fordi de er nyoppstarta eller... det er veldig mange som bruke mye tid på venting på NAV.

Informantene forteller at mye av deres arbeidstid går med til å skrive klager til NAV på avslag osv. En fagperson sluttet i følge en av informantene i hjemmetjenesten da vedkommende mente at store deler av arbeidstiden gikk

med til å forholde seg til NAV på vegne av brukerne. En del av ankepunktene fra informantene kan oppsummeres slik:

- NAV burde vært lettere tilgjengelig for folk som har dårlig selvtillit og som lett gir opp
- Det burde ikke være nødvendig for brukeren å ha en person sammen med seg for å få det de har krav på
- Det er vanskelig å komme gjennom hos NAV og å få pratet med noen
- Det burde vært en saksbehandler som skriver under på vedtakene slik at man finner noen å kontakte
- De stiller også spørsmålstegn ved noen av saksbehandlerne når det gjelder deres holdninger til brukerne i hjemmetjenesten

Mange av brukerne i hjemmetjenesten faller ifølge er av informantene ”mellom alt av stoler” når det gjelder mulighetene for å komme i jobb. Dette skyldes blant annet at de ikke haren arbeidskapasitet på 50 prosent. NAV sier at de ikke krever det, men i realiteten krever de det, da det ikke er noen arbeidsgiver som godtar at de er hjemme når de har dårlige dager. Mange av brukerne ihjemmetjenesten har kanskjeen arbeidskapasitet på 10 eller 20 prosent.

Oppsummering

Omorganiseringen til målgruppe- og personorientering i Bodø kommune har medvirket til økt fokus på brukerne og tjenesteutøvelsen. De ansatte argumenterer for at en mer helhetlig tjeneste også har bidratt til å øke forståelsen for det psykiske helsearbeidet i kommunen og status til de som jobber der. Videre er brukertilfredsheten økende og særlig gjelder det de som er avhengige av medikamenter og rusmisbrukere.

Undersøkelsen viser at Bodø kommune har oppnådd:

- En mer helhetlig tjeneste
- Et større fagmiljø med arbeidstakere med utdanning og erfaring innenfor psykisk helsearbeid og rus
- Ledere med utdanning og erfaring innenfor psykisk helsearbeid og rus
- Faglig sterkt miljø som kommer brukerne, de ansatte og samarbeidspartnerne (sykehus, politi, legevakt osv.) til gode
- Bedre kontroll over medisinene til brukerne og administreringa av disse og observasjoner av virkninger og bivirkninger
- Færre innleggelse i sykehus
- Brukerstyrte senger på sykehus
- Færre voldssomme episoder da en del blir avverget ved at politiet ringer Oppfølgingstjenesten som kjenner brukerne

Fremdeles har Oppfølgingstjenesten store utfordringer ved at det ikke er sammenfall mellom antall vedtakstimer som blir bevilget til brukerne og antall ansatte. Videre mangler virksomheten ressurser som tilrettelagte boliger med bemanning for de mest trengende brukerne (de med dobbeltdiagnoser psykiatri og rus) og aktivitetstilbud /jobbtilbud til brukerne.

For ytterligere å styrke den helhetlige tjenesten, er det særlig to forhold som synes å kunne bidra til forbedring. Det ene er å utvide Oppfølgingstjenesten til også å inkludere egne hjemmehjelpere. Det vil innebære at denne typen tjenester ikke hentes fra den delen av kommunen som fortsatt er organisert etter prinsipp om oppgaveorientering i ulike geografiske soner. Det andre er å følge en mer fleksibel praksis med hensyn til kontakt mellom Tildelingskontoret (saksbehandler) og Oppfølgingstjenesten (tjenesteutøver). Andre kommuner som har en praksis hvor begge parter deltar på et første møte med bruker, argumenterer for at det har vært en klar forbedring fra tidligere når det ikke var en slik kontakt. Slike møter kan gi grunnlag for en bedre diskusjon av hvilke tjenester som vil være mest aktuelle for vedkommende bruker.

Informantene opplever at *Oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus* har 36 meget kvalifiserte medarbeidere både når det gjelder utdanning og erfaring innenfor psykisk helse. Lederen av tjenesten understreker at denne tjenesten er blitt populær blant fagfolk slik at ved utlysning av stillinger er det god tilgang på kvalifiserte søkere. En del av medarbeiderne ønsker å øke sin kompetanse innenfor rus og i forhold til nye brukergrupper med ADHD og asbergers syndrom. Informantene blant ledere og ansatte mener at de nå kan tilby brukerne et bedre og mer helhetlig tilbud.

Litteraturliste

Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*. 66: 182-188.

Anker-Hansen, C. (2011). *Sykepleieres opplevelse av det emosjonelle arbeidet de utøver på jobb – en studie av emosjonelt arbeid i tre sykehusavdelinger*. Halden: Høgskolen i Østfold.

Bodø kommune (u.å.). *Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus*. URL: http://bodo.kommune.no/nor/om-bodo-kommune/helse_-og-sosialavdelingen/oppfolgingstjenesten-psykisk-helse-og-rus
[Lesedato:20.10.2011]

Bodø kommune (2007). *Rapport fra et forprosjekt m Organisering av psykiatritjenester i Bodø kommune. Med forslag om rammene rundt etablering av ny virksomhet*. Bodø kommune, helse-og sosialavdelingen.

Busch, T., & Vanebo, J. O. (2005). Bestiller- utførermodellen: utfordringer og problemområder. I Busch, T., Vanebo, J. O., Klausen, K. K. Johnsen, E. *Modernisering av offentlig sektor: utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H. O., Lægreid, P. & Roness, P.G. (2010). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Falch, W. (2010). *Står til tjeneste – Emosjonelt arbeid i tjenestemøtet*. Karlstad: Karlstad University Studies.

Hansen, G.V. & Ramsdal, H. (2005). Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utførerorganisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2:135-149.

Hansen, G.V. (2007). *Samarbeid uten felleskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Karlstad: Karlstad University Studies.

Hansen, G.V., Kirchhoff, J. & Ramsdal, H. (2009). Bestiller /utførermodellen – økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? I Karlsson, J.Ch. & Claussen, T. (2009) *Den sköra balansen: arbetslivetochflexibilitetens tvetydigheter*. Växjö: Växjö Universitetet.

Hansen, G. V. (2010). *Nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester*. Årsrapport. NAPHA. Halden: Høgskolen i Østfold.

Hanssen, G.S., Helgesen, M.K. & Vabo, S.I. (2011). *Politikk og demokrati. En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. Is -1554. Oslo: Helsedirektoratet, Divisjon psykisk helse og rus.

Helse- og omsorgsdepartementets Oppdragsdokument 2011 Helse-Nord RHF

Fygle, S. (2002). *Marmor og menneskeskjebner: Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø: Nordlandssykehuset Bodø psykiatri.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Marthinsen, E. (2010). Fra sosiale problemer til symbolske byrder. *FonteneForskning*, 01/2010 s. 112-118.

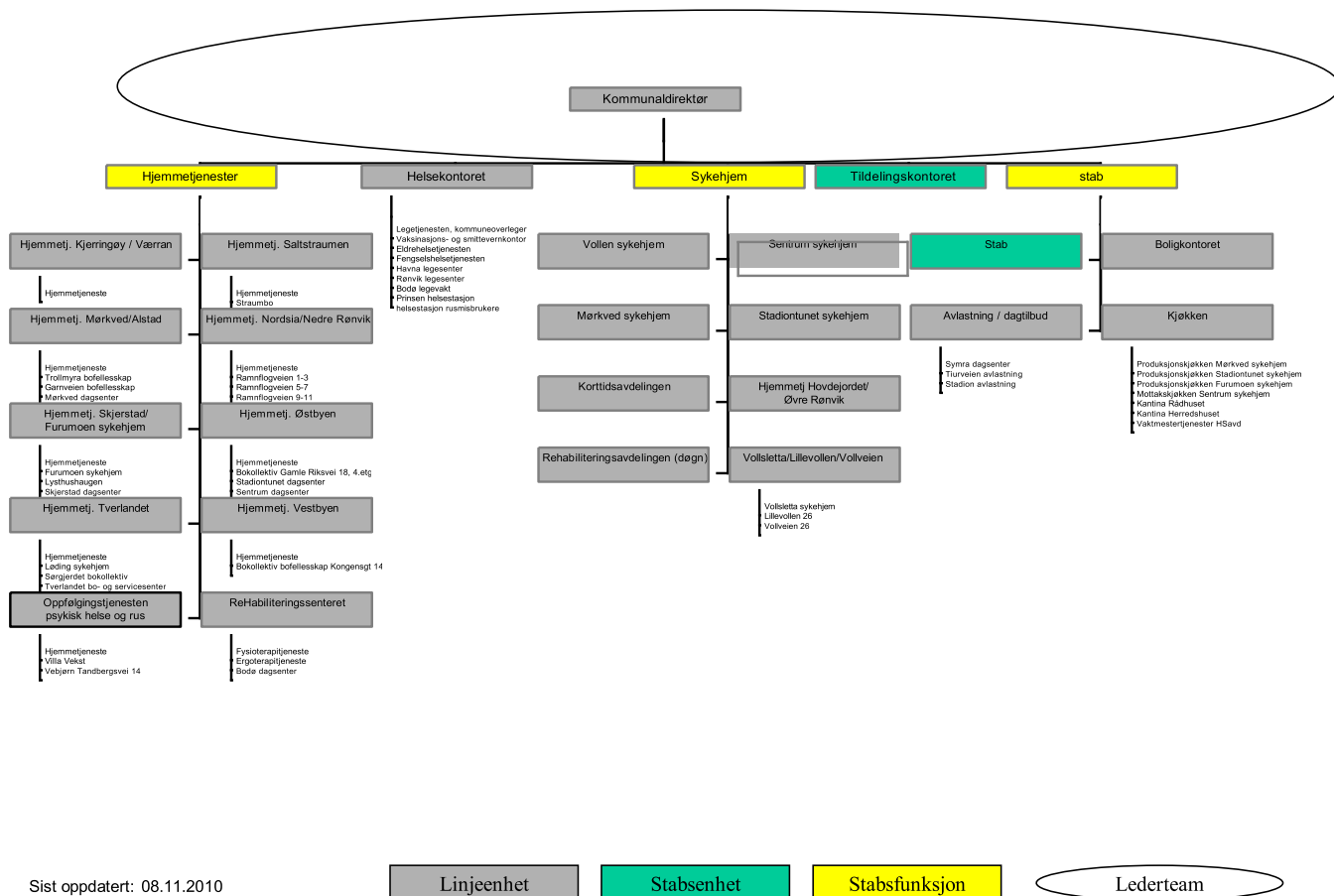
Morgan, M. (1982). Hospitals and Patients. I: Patrick, D. & Schamler, G. (ed.): *Sociology as Applied to Medicine*. Balliere Tindall.

Nasjonal gruppe for samhandling (2004). *Sammenhengende pasientforløp*. www.regjeringen.no/upload/.../223300-pasientforlop_300904.doc (Lesedato: 22.11.2011).

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Tildelingskontoret (2009). *Når du har behov for helse- og sosialtjenester*. Bodø: Bodø kommune.

Vedlegg 1



Sist oppdatert: 08.11.2010

Kilde: Bodø kommune, helse og sosialavdelingen, oppfølgingstjenesten- psykisk helse og rus (http://bodo.kommune.no/nor/om-bodo-kommune/helse_-og-sosialavdelingen)

Vedlegg 2

