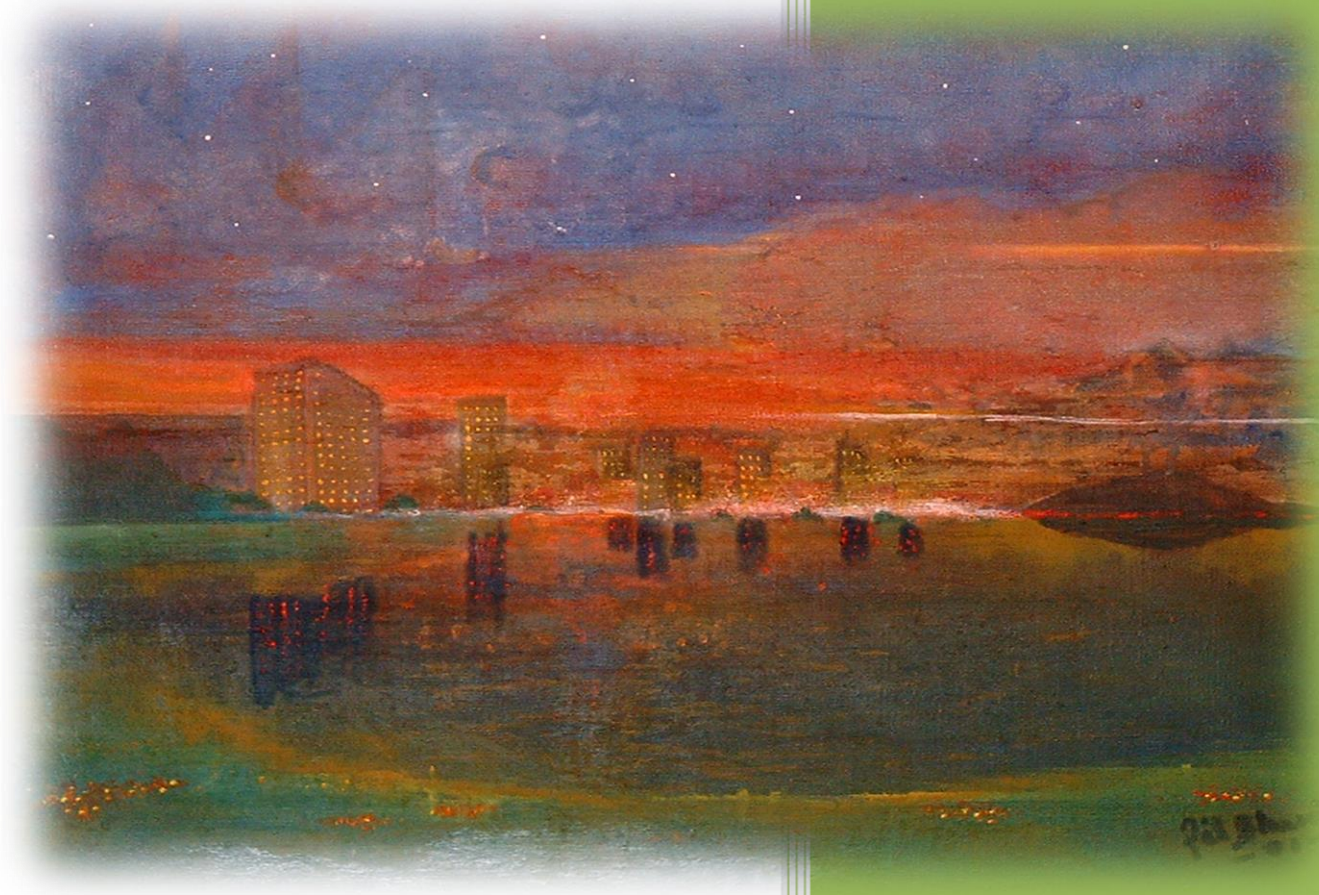


Gode liv i et
inkluderende
samfunn

Plan for psykisk helse



Maleri: Pål Akerø

2016-2020

Bergen kommune



Foto Vidar Langeland

Forord

Alle har en psykisk helse.

Denne planen tar utgangspunkt i Bergen kommuner sine psykiske helsetjenester, hvilke behov innbyggerne i Bergen har for økt innsats på feltet de kommende årene, samt nye statlige føringer. En slik plan skal peke på retning, forankre kunnskapsgrunnlag, og samtidig legge opp til at de dyktige fagfolkene som skal følge opp planen har nødvendig handlingsrom til å utøve faglig skjønn. Vi mener planen har funnet denne balansen. Både i planarbeid og i det daglige arbeidet for de som trenger hjelp, vil dialogen med den det gjelder alltid være det sentrale. Fagkunnskap skal samordnes med den kompetansen hver enkelt har på sitt eget liv.

Alle har en psykisk helse, og omtrent halvparten av den norske befolkningen vil ha en større eller mindre psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år.

Psykisk helse er en av de største helseutfordringene i Norge vi snakker minst om. Denne planen er blant de aller viktigste planene bystyret behandler i løpet av perioden. Likevel er det ikke den som får mest oppmerksomhet.

Politikere har et ansvar for å bidra til oppmerksomhet til feltet, bygge ned stigma og oppfordre mennesker til å ta ansvar for både egen og andres psykiske helse. Vi må i større snakke åpent og fordomsfritt om psykisk helse, bidra til økt kunnskap om de ulike delene av hjelpeapparatet, og ikke minst synliggjøre hvor man kan få hjelp. Mange vil i løpet av livet trenge hjelp og støtte – noen vil trenge hjelp til å oppsøke hjelp. Erkjennelsen av at dette gjelder mange av oss er viktig og kan senke terskelen for å oppsøke hjelp ved behov.

Plan for psykisk helse 2016-2020 – Gode liv i et inkluderende samfunn trekker opp hovedlinjene i det kommunale tjenestetilbudet og viser målsettinger innenfor behandling, bolig, aktiviteter, arbeid og utdanning.

Psykisk helsetjeneste i Bergen kommune har gjennom de siste årene blitt utviklet både i omfang og i kvalitet. Køen av søkere til bolig og botilbud er redusert, og antall brukere av tilrettelagte aktiviteter har økt kraftig. Det har blitt arbeidet systematisk over mange år med å involvere brukerne, både i planleggingen av eget tilbud og i utviklingen av tjenestene som helhet. Dette er et av områdene denne planen legger opp til en styrking av.

Alle har en psykisk helse, og denne planen skal bidra til at alle innbyggerne i Bergen kan leve gode liv i et inkluderende samfunn.

Erlend Horn

Byråd for sosial, bolig og inkludering

Innhold

1. Sammendrag.....	4
2. Innledning.....	5
2.1. Kort historikk.....	6
2.2. Nasjonale føringer.....	6
2.3. Behov i befolkningen.....	7
2.3.1. BrukerPlan – en lokal kartlegging.....	7
2.3.2. Venteliste til tilrettelagte botilbud.....	9
3. Målsettinger, verdier og ideologi.....	10
3.1. Mål og definisjoner.....	10
3.2. Ideologi og verdier.....	10
3.3. Brukermedvirkning.....	11
3.3.1. Brukermedvirkning på det individuelle plan.....	11
3.3.2. Brukermedvirkning på tjenestenivå.....	12
3.3.3. Brukermedvirkning på systemnivå.....	12
3.4. Stigmatisering og utenforskap.....	13
4. Milde psykiske lidelser og problemer.....	15
4.1. Tilbud til mennesker med milde psykiske lidelser og problemer.....	15
4.1.1. Livsstil og psykisk helse.....	15
4.1.2. Søvnvansker.....	16
4.1.3. Angst.....	17
4.1.4. Depresjoner.....	17
4.2. Rask psykisk helsehjelp.....	18
4.3. Bistand ved kriser og katastrofer.....	19
5. Alvorlige psykiske lidelser.....	22
5.1. Helhet og koordinering.....	23
6. Psykisk helse og rus (ROP).....	24
7. Samhandling med spesialisthelsetjenesten.....	26
8. Bolig og støtte til å bo.....	30
9. Samarbeid med pårørende.....	32
9.1. Voksne pårørende.....	32
9.2. Barn som pårørende.....	33
10. Arbeid og utdanning.....	35

11. Kultur, fritid og livsstil.....	38
11.1. Kunst, kultur og psykisk helse	39
12. Noen særlig utsatte grupper	41
12.1. Personer med utviklingshemming	41
12.2. Eldre.....	42
12.3. Flyktninger og innvandrere	43
12.3.1. Behov for kartlegging av psykisk helse	43
12.3.2. Behov for forebyggende tiltak.....	43
12.3.3. Behov for individrettede forebyggingstiltak.....	44
12.3.4. Behov for behandling.....	44
12.4. Personer med spiseforstyrrelser	45
12.5 Personer med utviklingsforstyrrelser.....	46
12.6. Seksuelle minoriteter	48
12.7. Veteraner fra internasjonale operasjoner	48
12.8. Overgangen ungdom - voksen	48
12.9. Studenter	49
13. Forskning, innovasjon og utvikling	49



1. Sammendrag

De psykiske helsetjenestene i Bergen kommune har gjennom de siste årene blitt utviklet både i omfang og kvalitet. Køen av søkere til bolig og botilbud er redusert og antallet brukere av tilrettelagte aktiviteter har økt kraftig. Det er også arbeidet systematisk over mange år med å involvere brukerne sterkere, både i planleggingen av eget tilbud og av utviklingen av tjenestene som helhet. Det har blitt satset på å rekruttere ansatte på bakgrunn av deres egen brukererfaring og egen tilfriskningshistorie. På flere områder er Bergen kommune ledende i utviklingen på fagfeltet.

Det er likevel noen områder som i denne planperioden vil kreve et særlig fokus. Byrådet vil utnytte ulike statlige økonomiske støtteordninger for å realisere utviklingen av disse. Blant annet vil byrådet satse på at det bygges videre ut Oppsøkende behandlingsteam (ACT) i samarbeid med spesialisthelsetjenestene, til de dekker alle bydelene. Det er også en klar målsetting å gjøre de kommunale psykiske helsetjenestene mer tilgjengelige på kveld og helg.

Virksomme og lett tilgjengelige behandlingstilbud for personer med lettere og moderate psykiske problemer skal styrkes. Her kan profesjonell bistand med lav terskel gi stor effekt både for den enkelte og for samfunnet. Fastlegetjenesten er helt sentral her, men skal suppleres med andre yrkesgrupper gjennom tiltaket Rask Psykisk Helsehjelp.

Det vil bli satset på gode og proaktive psykiske helsetjenester for flytningene som skal bosettes i Bergen i årene som kommer. Her kan rask og riktig innsats være avgjørende for om flyktningene lykkes i norsk arbeids- og samfunnsliv.

Utskrivningsklare pasienter fra psykiatriske institusjoner som er uten et sted å bo, må raskere få tilbud om egnet bolig med tilpassede tjenester. Dette gjelder særlig personer med en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og rus. Tilbudene skal også bedres til andre brukere i denne målgruppen, som er bostedsløse eller bor svært uegnet.

Stadig nye oppgaver skyves over fra spesialisthelsetjenestene til kommunene. Integrasjonen mellom kommunens psykisk helsetjenester og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten må utvikles videre, særlig til nytte for brukerne med de mest sammensatte og alvorligste lidelsene. Dette er det en gruppe brukere som trenger at alle hjelpetilbud organiseres som en tjeneste, uavhengig av hvem som har det forvaltningsmessige ansvaret. Kommunen vil også fortløpende vurdere om det ville vært mer hensiktsmessig å overta driften av de distriktpsikiatriske sentrene, med henblikk på effektive og godt samordnede tjenester. Avslutningsvis tar planen for seg utfordringer knyttet til en del grupper av brukere som krever særlig kompetanse eller særlige tiltak for å mestre livene sine, og der de psykiske helsetjenestene må være aktive i nært samarbeid med andre.

Planen skriver lite om barn og unge sin psykiske helse, fordi det lages en egen plan for dette. Imidlertid er barn og unge som pårørende et viktig tema både i tjenestene og i denne planen. Planen tar også opp hvordan Bergen kommune enda bedre kan gi støtte til voksne pårørende og gjøre seg nytte av disse som ressurser i tjenestene.

Det er under arbeid en ruspolitisk handlingsplan, og prosessen omkring plan for psykisk helse og ruspolitisk handlingsplan er godt samordnet.

2. Innledning

Psykisk helse er et viktig tema i all samfunnsplanlegging og i alle typer kommunale tjenester. De viktigste beslutningene når det gjelder forebygging av psykiske helseproblemer skjer utenfor helsetjenesten, som i barnehage og skole, i byplanlegging og utvikling av boligområder og i skjenkepolitikken. Folkehelseperspektivet må derfor være sentralt i alle typer kommunal virksomhet og all kommunal planlegging.

Det er også en rekke allmenne helse- og sosialtjenester som har et betydelig innslag av brukere med psykiske helseplager. Dette gjelder både fastlegene og legevakten, etat for hjemmebaserte tjenester, NAV sosialtjeneste, ergo- og fysioterapitjenestene og flere andre. Disse tjenestene styres politisk gjennom andre planer vedtatt av bystyret. I denne planen er det derfor fokusert på de tjenestene som er særlig rettet inn mot mennesker som trenger hjelp og støtte for å redusere psykiske symptomer eller for å mestre livet sitt tross psykiske helseplager.

Nye statlige krav gjennom samhandlingsreformen og statlige tilskudd til utviklingsarbeid vil bestemme mye over kommunens prioriteringer i planperioden. Men det er også viktig at Bergen kommune er en aktiv aktør i å påvirke kravene og innretningen på føringer som kommer. Her er dialogen med Helsedirektoratet viktig og deltakelse i prosesser ledet av Kommunenes Sentralforbund. Bergen kommune har tradisjon for å være aktiv i denne dialogen, og vil prioritere dette også i denne planperioden.

Begrepe ne pasient og bruker benyttes noe om hverandre i planen. I relasjon til helsetjenestene brukes ofte pasient, mens i relasjon til de kommunale tjenestene som er mye mer enn helsetjenester, benyttes ofte bruker.

Begrepet psykisk helsearbeid brukes om de kommunale psykiske helsetjenestene, mens psykiatri eller psykisk helsevern brukes om den spesialiserte behandlingen som Helse Bergen og de private distriktpspsykiatriske sentrene gir.

Noen brukergrupper krever et særlig fokus for at de skal få oppmerksomhet og gis prioritet i en travel hverdag. Flere av disse er beskrevet ved slutten av planen.

Planen er laget i et samarbeid med ulike etater både i Byrådsavdeling for helse og omsorg og byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering. Det har også kommet mange innspill fra samarbeidende instanser og brukerorganisasjoner. Alle disse innspillene er vurdert nøye og en del er tatt inn i planen.

I denne planen vil det bli redegjort for status for det psykiske helsearbeidet for voksne i Bergen kommune pr juni 2016, og hvilke utfordringer som ligger foran i de kommende fem årene. Planen oppsummeres i målsettinger som skal være styrende for utviklingen av de psykiske helsetjenestene frem mot 2020. Tjenestene til barn og unge behandles i en egen plan, derfor vil denne planen kun omhandle barn når de er i rollen som pårørende til foreldre som mottar tjenester.

Også rustjenestene er beskrevet i en annen plan, og arbeidet med den planen er godt samordnet med Plan for psykisk helse.

2.1. Kort historikk

Psykisk helsearbeid har alltid vært en viktig del av allmennlegenes oppgaver. Men det å bygge opp en egen psykisk helsetjeneste i Bergen kommune, startet rundt 1980 med å ansette psykiatriske sykepleiere i hjemmesykepleien. Fra 1995 mottok kommunen øremerkede midler for å bygge opp tilrettelagte tjenester innenfor bolig, aktivitetstilbud og individuell oppfølging hjemme. Fra 1999 til 2008 ble disse tjenestene kraftig bygget ut gjennom øremerkede midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse. Samtidig skjedde det en omfattende reform der flere hundre personer fra Bergen som hadde hatt lang tids opphold i psykiatriske institusjoner, flyttet ut til kommunale botilbud og tjenester. Hoveddelen av de nye ressursene fra staten i Opptrappingsplanen gikk med til denne reformen.

De kommunale tjenestene er nå tverrfaglig bemannet og det har skjedd en betydelig utvikling av faget gjennom ny forskning, nye modeller for forståelse og systematisering av erfaringer. Bergen kommune har hele tiden vært en sentral bidragsyter i dette utviklingsarbeidet, også på det nasjonale plan. Mye av den nye kunnskapen er utviklet i dialog med brukerne og deres pårørende, der deres erfaringer med hva som er god og virksom hjelp har fått en stadig mer sentral plass.

Kompleksiteten i de kommunale tjenestene har økt betydelig, og en stadig større andel av brukerne innen psykisk helse har også kompliserende rusproblemer. Kommunen får nå overført brukere fra psykiatriske institusjoner med mer sammensatte problemer enn før, noen også med sikkerhetsutfordringer. Dette skaper behov for mer kunnskap, tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og en økt differensiering av bo- og aktivitetstilbud.

Bergen kommune inngikk i oktober 2014 en avtale med Helse Bergen om å etablere tilrettelagte botilbud for 40 utskrivningsklare pasienter i perioden 2014 til 2016. Det var pr juni 2016 tilbake 7 personer fra denne gruppen som fortsatt ventet på botilbud som fortsatt inneliggende.

Planen bygger på de grunnleggende ideene for Stortingsmelding 25 1996 - 97, "Åpenhet og helhet". Helsedirektoratet har også gitt ut en veileder for psykisk helse- og rusarbeid i kommunene – «Sammen om mestring» - i mars 2014, samt veilederen «Pårørende – en ressurs» fra september 2008, om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Begge disse dokumentene gir viktige føringer for de kommunale psykiske helsetjenestene. «Sammen om mestring» anbefaler å se rus og psykisk helse som et felles fagområde. Bergen kommune har, i likhet med de fleste norske kommuner de siste årene, gjort en rekke grep for å integrere disse to tjenestene sterkere. Byrådet velger likevel denne gangen å lage en egen plan for psykisk helse, men det er et nært samarbeid rundt planarbeidet for denne planen og den kommende ruspolitiske handlingsplanen.

2.2. Nasjonale føringer

Helt siden 1970 tallet har det skjedd en gradvis nedbygging av sengeplasser innen psykisk helsevern. I takt med dette er det bygget ut dagbehandling, polikliniske tilbud og ambulante tjenester knyttet til de distriktpspsykiatriske sentrene. Tross en omfattende nedbygging av døgnplassene, bruker Norge fortsatt en relativt stor andel av sine totale ressurser innen

psykisk helsevern til sengeplasser, sammenlignet med andre land i Norden og Europa. Tilsvarende sammenligninger viser også en relativt omfattende bruk av tvungent vern i Norge. Derfor fortsetter utviklingen med færre senger, mer ambulante tjenester, flere tjenester på brukernes arena og på deres premisser. Målsettingen nå er at ingen skal ha en psykiatrisk institusjon som varig bolig.

Samhandlingsreformen kom i 2012 og gir kommunene en endret rolle i helsetjenestene. Innbyggerne skal i enda større grad få helsetjenestene der de bor, og det skal satses på mer forebygging, tidlig behandling og enda bedre samhandling. For å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, må kommunene i fremtiden være premissleverandører for utformingen av alle helsetjenestene, slik at både ressurser og kompetanse kan utnyttes optimalt.

Fra 2017 blir det innført plikt til å etablere kommunale heldøgns plasser for øyeblikkelig hjelp også for rus og psykisk helse. Det er også et mål for regjeringen å innføre en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helse- og rusinstitusjoner. Begge disse tiltakene har det klare mål å redusere etterspørselen etter døgnplasser i psykisk helsevern.

2.3. Behov i befolkningen

Behovet for kommunale psykiske helsetjenester i befolkningen er i endring. Studier viser noen klare utviklingstrender. Andelen i befolkningen med de alvorligste lidelsene som schizofreni eller bipolare lidelser er relativt stabil, mens personer som diagnostiseres med personlighetsforstyrrelser, ADHD og utviklingsforstyrrelser har økt kraftig siste årene. Det er uvisst hvor stor andel av denne økningen som skyldes faktisk økning av disse problemene, og hvor stor andel som primært skyldes at flere utredes.

Psykiske problemer som følge av bruk av rusmidler øker også, særlig angst og depresjon. I følge Folkehelseinstituttet har antall registrerte selvmord i Norge de siste årene ligget nokså stabilt på rundt 520 – 550 pr år. Antall forsøk på selvmord er rundt 10 ganger høyere enn antall fullbyrdede selvmord. Bergen har hatt mellom 20 og 35 registrerte selvmord pr år de siste årene. Det er i tillegg en del dødsfall som er mulige selvmord, men som ikke registreres som dette. Det kan for eksempel være overdoser eller trafikkulykker.

Psykiske lidelser og problemer er av de viktigste årsakene til sosial utstøting. De er årsak til hver 5. sykefraværsdag, hver 4. innvilget uføreytelse og hver 3. søknad om sosialhjelp. Av personer med arbeidsavklaringspenger over 30 år har 42 % angitt en psykisk årsak, mens for de under 30 år har hele 68 % angitt en psykisk årsak. Brukerne kan ha sammensatte problemer og statistikken viser kun hva som er angitt som hoveddiagnose. Totalt er dette desidert årsaken til flest tapte år i arbeidslivet. (Nasjonale tall fra NAV).

15-20 % av barn og unge opplever psykiske vansker og 8 % av de mellom 3 og 16 år har så alvorlige og langvarige problemer at det kvalifiserer til en diagnose.

2.3.1. BrukerPlan – en lokal kartlegging

Det er gjort to omfattende kartlegginger i Bergen med et nytt verktøy som heter BrukerPlan. I BrukerPlan er det de som yter kommunale tjenester som svarer på spørsmål om brukere som har rusavhengighet og/eller psykiske problemer, om hvordan personen fungerer i dagliglivet.

Verktøyet er innrettet slik at ingen brukere telles dobbelt.

I tillegg til tallene under, er det kartlagt 480 som har rusavhengighet uten psykiske helseproblemer. Disse er ikke tatt med i denne oppstillingen, men omtales nærmere i kommende ruspolitisk handlingsplan.

Kartleggingen i 2015 gir disse tallene:	Totalt antall kartlagte med psykiske helseproblemer	Av disse kartlagte med både psykisk helse og rusproblemer	Kommentarer
Totalt antall kartlagte i Bergen	3661	1376	
Antall unge mellom 18 og 29 år	756	276	
Antall bostedsløse - de fleste av disse bor i midlertidige botilbud eller tilfeldig hos andre.	277	228	I tillegg kommer 15 som er i institusjon og er utskrivningsklare
Antall som ikke har noe form for fast innhold i hverdagen i form av arbeid, aktivitet eller utdanning	1102	654	
Antall med stor uorden i økonomien - som er helt avhengig av midlertidige stønader og/eller illegale inntekter	409	303	
Antall med marginal sosial fungering i alle typer sosiale sammenhenger	471	241	
Antall personer med et samlet lavt funksjonsnivå	1655	986	
Av disse - personer med et kritisk dårlig funksjonsnivå	318	270	

Kartleggingen viser at blant de 1655 som oppsummert har en dårlig eller kritisk dårlig fungering, har 913 også oppfølging fra spesialisthelsetjenestene, mens 752 kun har oppfølging fra de kommunale tjenestene. Her er de som kun mottar LAR medisiner fra spesialisthelsetjenestene, ikke regnet blant dem med oppfølging. LAR står for Legemiddel Assistert Rehabilitering.

Av de 3661 kartlagte, har 2738 hatt kontakt med fastlegen sin siste 12 måneder.

Av de samme har 875 benyttet tannhelsetjenester i samme perioden.

2.3.2. Venteliste til tilrettelagte botilbud

For noen brukere er det nødvendig å organisere et tjenestetilbud nært knyttet til boligen, for at den skal bli til nytte for dem. Tilbudene er kostbare og kriteriene er strenge. Andre tilbud må være vurdert som ikke dekkende for personens behov.

Status pr 1. juli 2016 var:

- 37 alvorlig psykisk syke personer var godkjent for et botilbud med tilrettelagte tjenester
- 7 av disse var utskrivningsklare fra psykiatriske institusjoner, og bostedsløse
- Ytterligere 7 av dem som var godkjent for slikt tilbud, var også bostedsløse
- Av de totalt 37 godkjente, trengte 25 personer heldøgns tjenester



Maleri: Pål Akerø

3. Målsettinger, verdier og ideologi

3.1. Mål og definisjoner

Bergen kommune har tre hovedmålsettinger på det psykiske helsefeltet:

1. Å forebygge psykiske helseproblemer gjennom et bevisst helsefokus i all kommunal planlegging og virksomhet
2. Å gi lett tilgjengelig og virksom hjelp til personer med lette og moderate psykiske lidelser
3. Å fremme personlig vekst, selvstendighet og god mestring av dagliglivet for personer med alvorlige eller langvarige psykiske lidelser

De kommunale tjenestene skal legge til rette for at alle innbyggere i Bergen får dekket sine grunnleggende behov som:

- En tilfredsstillende bolig, med tilstrekkelig bistand for de som trenger det
- Mulighet for å delta i meningsfylt aktivitet, arbeid eller utdanning
- Å kunne ha tilhørighet til sosiale sammenhenger med familie, venner og annet nettverk
- Å ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans på egne premisser

I samfunnsdelen i kommuneplanen for Bergen står det under overskriften Mangfoldig: «Bergen skal være preget av åpenhet og inkludering og tilby gode levekår for alle».

3.2. Ideologi og verdier

Over de siste 25 årene er det etablert ny kunnskap på det psykiske helsefeltet ved å lytte mer til personer med psykiske lidelser som har tilfrisknet helt eller delvis, og anerkjenne deres egne erfaringer om hva som har vært virksom hjelp. Dette fokuset på tilfriskning, eller "recovery", er preget av optimisme, håp og en anerkjennelse av det enkelte menneskes egen styrke og kompetanse på seg selv og sine utfordringer. Det psykiske helsearbeidet i Bergen kommune skal bygge på en slik recovery kunnskap, der den enkelte brukers integritet og autonomi er grunnleggende verdier. De ansattes viktigste bidrag til den enkeltes tilfriskning er interesse, håp og optimisme, og å spille på lag med den kompetanse personen har om seg selv og hans/hennes egne mestringsstrategier.

Rehabilitering er først og fremst en prosess «inne i» den enkelte, som fagpersoner kan legge til rette for og støtte opp om. Psykososial rehabilitering er en dypt personlig og individuell prosess som ikke kan følge en bestemt oppskrift. Hjelperen blir mer en følgesvenn og støtte underveis i prosessen, enn den som skal sette målene og bestemme retning og tempo. I dette perspektivet er brukeren selv den aktive.

Tjenestene skal derfor legge til rette for at det kan skapes stabile og trygge relasjoner med nødvendig kontinuitet og tid, for at hjelperne skal kunne bli den gode støtten i brukernes rehabiliteringsprosesser. Rehabilitering handler her ikke om å komme tilbake til det nivået brukeren var på da problemene startet. Snarere er det slik at den personlige veksten og modningen fortsetter, og erfaringene fra den psykiske lidelsen integreres og blir en del av personens historie. I noen sammenhenger kan slike erfaringer også bli en ressurs, som en del brukere sier de ikke ville vært foruten. Store deler av det kommunale psykiske helsearbeidet for voksne i Bergen kommune er denne formen for støtte til egen rehabilitering. Den profesjonelle innsatsen er å legge til rette, brukeren har fortsatt ansvar for eget liv og egne valg.

De bærende prinsippene innen recoveryorienterte tjenester er:

1. Å se brukeren som en person - ikke som en diagnose
2. Å ha fokus på personens egne valg og muligheter - ikke påtvinge vedkommende hjelpernes ønsker for ham eller henne
3. Å bygge et jevnbyrdig forhold til den som skal få hjelp - ikke satse på forpliktelse fra brukeren til å følge den behandlingen hjelperen bestemmer
4. Å formidle håp, tjenesteyterne må formidle at det er håp om bedring for at recovery skal være mulig

3.3. Brukermedvirkning

3.3.1. Brukermedvirkning på det individuelle plan

Brukermedvirkning på det individuelle plan er primært et spørsmål om en grunnleggende holdning hos den enkelte ansatte. Det å anerkjenne brukernes rett til å bestemme over seg selv, og også anerkjenne hans eller hennes kompetanse på sitt eget liv, er sentralt.

Brukerundersøkelser fra tjenestene i Bergen kommune gir særlig god tilbakemelding på områdene brukermedvirkning og respektfull behandling. Likevel vet vi at det er viktig å

arbeide videre med å anerkjenne den enkelte brukers kunnskap om selv, og hans/hennes mål og strategier. For alle som trenger koordinerte tjenester er en **Individuell plan** med definert koordinator og en **ansvarsgruppe**, gode verktøyer. Det er viktig at planen reflekterer brukerens egne ønsker og mål, og at disse blir styrende for hjelpen som tilbys.

En del brukere med store hjelpebehov har liten nytte av tradisjonell behandling. De har gjerne opplevd flere tvangsinnleggelser og tvungen behandling uten bedring. De har ofte en kombinasjon av psykose, rusavhengighet, bostedsløshet, kaotisk økonomi evt kriminalitet og andre utfordringer. Bergen kommune har de siste årene deltatt i å etablere en oppsøkende oppfølging for disse, der spesialisthelsetjenesten og kommunens tjenester integreres helt. Dette kalles ACT (Assertive Community Treatment eller Oppsøkende behandlingsteam). Ved å være tett på brukerens dagligliv og fokusere på hva brukeren kan tenke seg å forbedre i livet sitt, kan også mange av disse brukerne få bedre tillit til hjelperne og etablere et samarbeide med dem.

3.3.2. Brukermedvirkning på tjenestenivå

Det har de siste årene vært gjennomført flere store brukerundersøkelser i de psykiske helsetjenestene. Flere ganger er Kommunenes Sentralforbund sin metode **Bedrekommune.no** benyttet, men høsten 2015 ble det gjennomført en undersøkelse laget av egne ressurser i Bergen kommune. Den siste undersøkelsen gav en svarprosent på 59 %, noe som er svært høyt for denne gruppen. Gjennomgående var det meget gode tilbakemeldinger, og mange benyttet også muligheten til å skrive utfyllende personlige kommentarer. På denne måten har enhetene i tjenestene fått mange konstruktive innspill til kvalitetsarbeidet lokalt.

Over de siste årene har det vært et særlig fokus på å utvikle aktivitetssentrene gjennom en aktiv og reell brukerinnflytelse. Alle sentrene har nå egne brukerråd, organisert noe ulikt etter brukernes egne valg lokalt. Dette har også vist resultater gjennom en vekst i antall brukere og større mangfold i aktivitetene. Rådene må utvikles videre til et sted der sentrale beslutninger alltid drøftes, og der brukerne selv i størst mulig grad leder rådene selv. Brukerrådene må i fremtiden også involveres i ansettelsessaker.

I de fleste av de tilrettelagte botilbudene er det i dag enten avholdt faste husmøter eller andre former for møter der beboernes synspunkter samles inn. Også her varierer engasjementet fra beboerne en god del. Noen steder er det viktig at de ansatte bruker sin kreativitet og faglighet for å finne andre systemer enn tradisjonelle husmøter, for å bli kjent med brukernes synspunkter på tilbudet og ønsker om endringer.

Et av de tiltakene som fremmer brukerdemokrati i de kommunale psykiske helsetjenestene, er å ansette medarbeidere med brukererfaringer. Dette programmet fremmer både økt sysselsetting, ny og komplementær kompetanse i tjenestene og et sterkere fokus på brukernes synspunkter i ulike faglige fora.

3.3.3. Brukermedvirkning på systemnivå

Bergen kommune gir i 2016 en støtte på kr 6 828 900.- til 10 ulike brukerstyrte sentre eller organisasjoner. Det er etablert flere ulike samarbeidsmodeller, der særlig Mental Helse og Pårørendeforeningen for psykiatriske pasienter er sentrale. De sitter blant annet i den sentrale

kvalitetsgruppen i Etat for psykisk helse- og rustjenester, der alle styrende dokumenter godkjennes, og rutiner og felles systemer evalueres og revideres. De samme organisasjonene deltar også i noen av de distriktpsykiatriske rådene, der kommunen samarbeider med spesialisthelsetjenesten lokalt. For de andre organisasjonene er det en mer tosidig formell og uformell kontakt etter ønske og behov.

I anledning oppstart av arbeidet med denne planen ble det avholdt et innspillseminar der alle lokale organisasjonene innen psykisk helse- og rusfeltet var invitert sammen med viktige samarbeidsparter og ansatte i de psykiske helsetjenestene. Etter en del innledende foredrag ble de 100 deltakerne delt i 11 grupper der sentrale tema ble drøftet. Alle gruppene hadde medlemmer med egne brukererfaringer. Gruppene leverte innspill som har dannet basis for dette planarbeidet og som reflekteres i målsettingene i denne planen.

3.4. Stigmatisering og utenforskap

Et stigma er en sosial egenskap eller et kjennetegn som i sosiale samhandlinger virker diskrediterende for et individ eller en gruppe. Det er et generelt inntrykk at det er mer stigma knyttet til alvorlige psykiske lidelser enn til lettere psykiske lidelser. Skam og selvforakt er ofte et sentralt element av en psykisk lidelse, noe som gjør rehabilitering og tilfriskning vanskeligere. Nyere undersøkelser viser likevel at folk flest i Norge nå har mindre stigmatiserende holdninger overfor psykisk syke i sin alminnelighet enn før, og har generelt sett et positivt syn på mulighetene for å bli frisk igjen etter å ha fått psykiske problemer. Likevel sier flere i 2012 seg enig i at det er flaut å ha psykiske problemer enn de gjorde i 2007. Menn er mer stigmatiserende i sine holdninger enn kvinner. Jo høyere utdanning dess mindre stigmatiserende er man overfor personer med psykisk sykdom. De som ikke har kjennskap til psykisk sykdom, har større tendens til å stigmatisere enn de som har slik kjennskap (NIBR-rapport 2012:9).

Stigma kan medføre negative konsekvenser for folk med psykisk sykdom. Typiske tilbakemeldinger fra brukere omhandler opplevelser av å bli satt i bås og dermed redusert fra fullverdig menneske til en diagnose, om å bli fratatt myndighet, verdighet og medbestemmelse over eget liv og behandling. Noen reagerer på stigma ved å bli aktive og handlingsorienterte, mens andre forblir relativt likegyldig og upåvirket. Det er imidlertid bekymringsfullt at mange personer med psykiske lidelser integrerer stigma i sitt eget selvbilde og får redusert selvfølelse og handlekraft (selvstigma).

En måte å motvirke ensidige beskrivelser av personer med psykiske helseproblemer kan være at journaler og epikriser fremover gir et mer helhetlig bilde av personen, og dermed i like stor grad som sykdom og symptomer, vektlegger personens ressurser, interesser og ønsker som grunnlag for videre tilfriskning.

Tiltak for å redusere stigma og påfølgende negative konsekvenser må rette seg mot to hovedmålgrupper: Befolkningen generelt og fagprofesjoner spesielt i helse- og sosialfeltet. Samfunnet påvirkes av en stadig økende grad av åpenhet omkring psykiske problemer. At noen personer står frem med sine historier, og høster anerkjennelse og ros for motet de fremviser ved å dele personlige sykdomserfaringer, er positivt. Samtidig skal en være bevisst

på at åpenhet kan være et tveegget sverd. Informasjon til media kan også misbrukes. En måte Bergen kommune kan bidra for å hindre misbruk, er å tilby medietreningskurs. Dette er kurs som Bergen kommune gjennomfører for ledere og enkelte tjenesteutøvere i kommunen, og disse kan tilpasses til medarbeidere med brukererfaring/erfaringskonsulenter m. fl. Videre er det viktig å la personer med egenerfaring møte elever i ungdomsskole og videregående skole. En årsak til stigmatisering er som nevnt manglende kunnskap. Det er derfor viktig å nå ungdom med god informasjon tidlig, for å skape åpenhet og bevisstgjøring omkring psykiske helseproblemer.

Økt antall medarbeidere med brukererfaring i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten har vist seg svært positivt med tanke på kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. For å redusere faren for overformynderi og forutinntatte holdninger til brukerne, er det viktig at Bergen kommune arbeider for å fremme bruken av personer med egenerfaring også i utdannelsen av helsearbeidere. Dette er et tiltak som kan føre til avstigmatisering og bevisstgjøring blant fremtidens helse- og sosialarbeidere, leger, sykepleiere, og psykologer.

Målsettinger:

- Samarbeide med spesialisthelsetjenesten om å utvikle balanserte epikriser der kartlegging av personlige ressurser, interesser og ønsker gis en like fremtredende plass som beskrivelser av symptomer og begrensninger
- Utvikle selvstendige og sterke brukerråd i aktivitetssentre og kommunale botilbud
- Doble antall medarbeidere med brukererfaring i løpet av planperioden
- Legge til rette for brukervedvirkning i ansettelse i de psykiske helsetjenestene
- Tilby medietrening til personer med brukererfaring som vil delta i offentlig debatt om psykisk helse temaer
- Fremme brukerkunnskap i helsefaglige og sosialfaglige utdannelser på høyskoler og universitet i Bergen, ved å etablere samarbeid mellom aktuelle utdanningsinstitusjoner og erfaringspanelet ved Helse Bergen HF

4. Milde psykiske lidelser og problemer

4.1. Tilbud til mennesker med milde psykiske lidelser og problemer

Psykiske lidelser er svært vanlige. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år.

Søvnvansker, angstlidelser og depresjoner er de vanligste psykiske lidelsene. Tilstandene er ofte langvarige og/eller repeterende. De regnes blant de milde psykiske lidelsene fordi de ikke innebærer dyptgående endringer i personlighet og virkelighetsforståelse.

Angstlidelser og depressive lidelser er de psykiske lidelsene som er årsak til flest uføre.

Depresjon er rangert blant de 5 sykdommene i Norge som gir mest redusert livskvalitet (Helsebyrderapporten 2014).

4.1.1. Livsstil og psykisk helse

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever 15 til 20 år kortere enn gjennomsnitt av befolkningen. Dette skyldes dels at lidelsen selv kan disponere for somatisk sykdom, dels at mange med slike lidelser er inaktive, spiser usunt og røyker. For voksne med alvorlige psykiske lidelser er det somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer og kreft som fører til tidlig død.

Fysisk aktive mennesker har også en redusert sannsynlighet for å utvikle depresjon sammenlignet med fysisk inaktive. Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å redusere symptomene ved lett til moderat depresjon. Fysisk aktivitet kan bidra til mindre grubling og bekymring, som er gunstig for både angst og depresjon.

Det synes å være for liten kompetanse i helsetjenestene vedrørende fysisk aktivitet for pasienter med en psykisk lidelse, og tilgjengelig kunnskap om den gunstige effekten av fysisk aktivitet på den psykiske helsen blir i for liten grad benyttet. 10 % av voksne har vedvarende søvnvansker. Regelmessig fysisk aktivitet har gunstig effekt på søvn. Det er mindre kjent hvordan kostholdet påvirker den psykiske helsen. En studie gjengitt i British Journal of Psychiatry tyder på at «ferdigmat» øker risiko for depresjon.

Ifølge Helsedirektoratet er kunnskap om den gunstige effekten av fysisk aktivitet på den psykiske helsen, i liten grad benyttet.

Målsettinger:

- Arbeide systematisk med informasjon til befolkningen om effekt av fysisk aktivitet for den psykiske helsen
- Gjennomføre kurs for helsepersonell i temaet, for å implementere kunnskap om sunn livsstil som del av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser
- Legge til rette for og stimulere til samarbeid mellom helsepersonell og private og frivillige aktører som organiserer fysisk aktivitet, blant annet ved å inngå avtaler

4.1.2. Søvnvansker

Om lag ti prosent av voksne oppfyller diagnostiske kriterier for kroniske søvnvansker, andelen øker med alderen og flere kvinner enn menn har tilstanden. Det er hyppigere forekommende i lavere sosiale lag, og hos personer med usunn livsstil og mange helseplager. Personene opplever problemer med innsovning og/eller hyppig oppvåkning som til sammen gir ikke-restituerende søvn, og som medfører nedsatt funksjonsevne på dagtid. Kroniske søvnvansker gir økt fare for angst, depresjon, hjerte-karlidelser, overvekt og diabetes, samt økt sannsynlighet for langvarig sykemelding og uføretrygd.

Om lag 85 % av dem som lider av kroniske søvnvansker forblir ubehandlet, 75 % av pasientene kjenner ikke til at det finnes behandlingsmuligheter. 20 % av pasientene benytter alkohol eller andre produkter for å få sove. Den vanligste behandlingsformen hos fastlege er medikamenter (Z preparater), selv om atferdsterapi har klart bedre resultater.

Innholdet i kognitiv atferdsterapi for søvnvansker er:

- Opplæring i søvnhygiene
- Søvnrestriksjon (regulering av tillatt tid for opphold i sengen)
- Stimulus kontroll
- Kognitiv terapi (utfordre og erstatte negative tanker relatert til søvn)
- Puste- og avslapningsteknikker

Utfordringer

Søvnvansker er svært kostnadskreven for samfunnet, men tilstanden blir ikke prioritert verken av pasienter eller ulike helsetjenestetilbud. Pasientene kjenner ikke til at det finnes virksom behandling.

Leger og annet helsepersonell bidrar i liten grad til å avdekke søvnvansker, kjenner også i for liten grad til effektiv og god behandling.

Målsettinger:

- Arbeide systematisk med informasjon til befolkningen om søvnvansker
- Samarbeide med Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer og tilby kompetansehevede tiltak for helsepersonell for å øke kunnskapen om søvnsykdommer
- Øke andelen personer med søvnvansker som mottar ikkemedikamentell behandling

4.1.3. Angst

Om lag 30 % av befolkningen vil få en angstlidelse på ett eller annet tidspunkt i livet, og det er til enhver tid om lag 10 % som har lidelsen. Sosial fobi og spesifikke fobier er vanligst. Internasjonale studier viser at psykiske lidelser og ruslidelser er den største årsaken til leveår med nedsatt helse, hvor depresjon (40 %) og angst (15 %) er de to viktigste. Det er om lag dobbelt så mange kvinner som menn som har en angstlidelse. Angstlidelser starter oftest i tenårene, og de hyppigst forekommende angstlidelsene hos barn og unge er generalisert angstlidelse, sosial fobi og separasjonsangstlidelse. Om lag 3 % av befolkningen er til enhver tid i behandling i spesialisthelsetjenesten pga. angst. Utredning av angst bør inkludere strukturerte diagnostiske intervju. Den mest virksomme behandlingen for angstlidelser er kognitiv atferdsterapi. Behandlingsallianse og tjenesteutøverens evne til å styrke brukerens tro og håp om bedring påvirker i vesentlig grad behandlingsresultatet. Systematiske tilbakemeldinger fra brukeren for å evaluere og videreutvikle behandling og oppfølging bidrar vesentlig til et godt behandlingsresultat. Her kan benyttes verktøy som Klient Og Resultatstyrt praksis (KOR) eller tilsvarende. God kvalitet og god tilgjengelighet til behandlingsapparatet er forutsetninger for god behandling.

Utfordringer

Brukerne har for høy terskel for å søke hjelp for tilstanden. Ved førstegangs tilfelle er tilgangen til behandling for liten. Helsepersonell kjenner for lite til behandlingstilbudene for angst og det er ikke god nok kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandler.

4.1.4. Depresjoner

Mellom 6 og 12 % av befolkningen har en depressiv lidelse til enhver tid, den gir både kroppslige og psykiske symptomer. Depressive lidelser forekommer hyppigst i byer, hyppigst blant kvinner og øker noe med alderen. De vanligste symptomene er senket stemningsleie, følelse av å være nedtrykt, redusert opplevelse av mening i tilværelsen og mangel på energi. Om lag 75 % av personer med en depressiv lidelse søker aldri hjelp. Samtalebehandling og medikamenter kan bidra til å forkorte varigheten av tilstanden. Fysisk aktivitet både forebygger og bidrar til å forkorte depresjoner, og reduserer behovet for medikamenter.

Utfordringer

Personer med depresjoner søker i for liten grad hjelp for tilstanden og hjelpeapparatet kjenner for lite til hvilke tiltak som gir best effekt. Det er for liten bruk av assistert selvhjelp og for lite involvering av nettverk. Det er også varierende kvalitet i den medikamentelle behandlingen. Kommunens tilbud om KID kurs (Kurs i Depresjonsmestring) benyttes i altfor liten grad.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal informere offensivt til befolkningen om depresjoner, og tjenester skal gjøres kjent og tilgjengelige
- Bergen kommune skal styrke kompetansen hos fastlegene på behandling av angst
- Bergen kommune skal styrke kvaliteten på behandlingstilbudene, herunder å sikre at tjenesteutøvere kjenner til betydningen av behandlingsallianse, viktigheten av å styrke brukerens tro og håp om bedring, og benytte verktøy for systematiske tilbakemeldinger

4.2. Rask psykisk helsehjelp

Fra 2012 har det vært pilotprosjekter i 18 kommuner/bydeler som prøver ut programmet «**Rask Psykisk Helsehjelp**». Programmet bygger på en engelsk modell kalt «Improving Access to Psychological Therapy». Dette er en lavterskel poliklinikk der personer kan få utredning og behandling for lettere psykiske problemer, uten henvisning fra lege. Tilbudet er gratis og med kort ventetid. De gir hovedsakelig hjelp til personer med angst, depresjon, søvnvanter eller alkoholavhengighet. Behandlerne er høyskoleutdannet helsepersonell med videreutdanning, som blir trent spesielt til denne typen behandling. Alle programmene skal ha ansatt psykolog og teamene skal ha minimum 4 ansatte.

Blant større norske kommuner som har dette tilbudet er: Kristiansand, Sandnes, Molde og fire bydeler i Oslo. I Hordaland er Fjell kommune den eneste med Rask Psykisk Helsehjelp.

Staten gir støtte på 1.7 mill. første år, nedtrappende til 1 mill. tredje år til programmene etter søknad, resten må kommunen selv bidra med. Pilotene følges av forskning og evaluering.

Utfordringer

Tiltak mot de milde og moderate psykiske lidelsene har ikke vært prioritert i opptrappingsplanen for psykisk helse, og heller ikke i Bergen kommune. Det er et stort potensiale for forbedring. I følge Folkehelseinstituttet er det et potensiale på reduksjon av depresjoner på 25-50 %. Det dreier seg da både om folkehelseiltak, primærforebygging, og sekundærforebygging (forebygging av tilbakefall).

Det er utviklet gode tilbud om Kurs i depresjonsmestring (KID-kurs), Kurs i mestring av belastninger (KIB-kurs), og mestring av angst. I Bergen arrangerer Etat for psykisk helse og rustjenester KID-kurs, og disse tilbudene har plass til flere deltakere.

Det er ønskelig at fastleger i større grad både har kunnskap om, og benytter nye metoder for behandling av angst og depresjon, og at samarbeidet med psykologer tilknyttet Helse Vest blir bedre. Det er i dag ikke lavterskel samtaletilbud hos psykolog i Bergen for andre grupper enn flyktninger.

Målsettinger:

- Økt rekruttering til kurs i KIB og KID i Bergen i et systematisk samarbeid mellom fastleger, Etat for psykisk helse og rustjenester og andre aktuelle instanser
- Etablere tilbud om rask psykisk helsehjelp i løpet av planperioden

4.3. Bistand ved kriser og katastrofer

En viktig del av det kommunale psykiske helsearbeidet er støtte til mennesker som opplever alvorlige traumer og kriser i livet. Krisen kan være som pårørende ved brå død, selvmord, ulykker eller skader, men kan også være ved andre traumer som samlivsbrudd, voldtekt eller annen vold. Forskning viser at rask og kompetent hjelp reduserer faren for langvarig funksjonstap og uførhet. Men det er også en fare for at normale reaksjoner kan sykeliggjøres og at "folk flest" ikke tør å involvere seg for å gi støtte, fordi de tenker at det kreves profesjonell bistand.

Målet med all kriseintervensjon er å søke å redusere smerte og lidelse, samt å styrke evnen til mestring hos den rammede, blant annet ved å aktivere det naturlige nettverket som støtte. Erfaring viser at mange blir paralyisert i starten av en krise, derfor må hjelpen være lett tilgjengelig og til dels proaktiv.

De psykososiale krisetjenestene i Bergen har tre hovedelementer:

- Livskrisehjelpen ved Bergen Legevakt
- De lokale kriseteamene i bydelene
- Psykososial krisevakt på døgnbasis

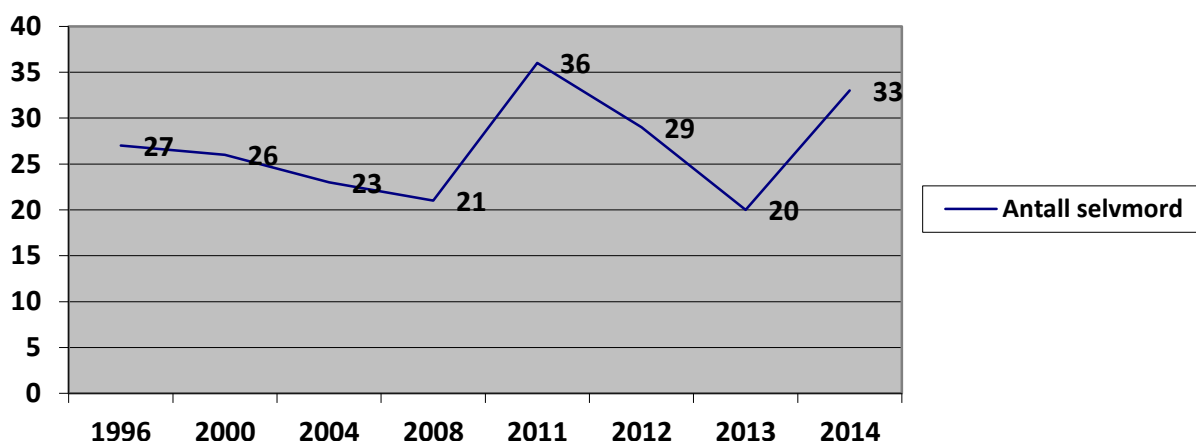
Livskrisehjelpen er et psykososialt støttesenter som har åpent alle dager i året, både dag og kveld, og er en del av Bergen legevakt. Tilbudet er gratis og en trenger verken henvisning eller timeavtale. Hjelp kan gis ved fremmøte eller over telefon. Livskrisehjelpen gir fra en til tre samtaler etter behov og bistår med å knytte videre kontakter for de som trenger hjelp utover den akutte fasen.

Livskrisehjelpen hadde i 2015 1294 henvendelser om nye saker og totalt 2208 konsultasjoner. I tillegg hadde de 132 henvendelser om voldtekt, og totalt 469 konsultasjoner knyttet til voldtektsmottaket. Rundt halvparten av konsultasjonene foregår pr telefon. Livskrisehjelpen markedsfører seg aktivt mot ambulansepersonell, politi, Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), begravelsesbyråer, prester og andre som møter mennesker i krise og sorg.

Det er likevel en stor utfordring å nå alle ansatte i disse tjenestene med informasjon om tilbudet. Fortsatt er det en del som trenger krisehjelp, som ikke kjenner tilbudet. Livskrisehjelpen samarbeider ellers tett med andre tjenester, særlig for å sikre videre oppfølging.

De bydelsvise kriseteamene består av nøkkelpersonell fra ulike lokale tjenester som psykisk helse, sosialtjenesten, helsestasjon, PPT, og noen steder lege og prest. Leder for bydelens Enhet for Psykisk Helse er leder for teamet. Kriseteamene aktiveres ved mer omfattende ulykker og kriser, der det trengs koordinert hjelp. Teamene jobber stort sett ambulant i akuttfasen og hjelper de rammede til kontakt med relevante tjenester. Kriseteamene har en særlig viktig funksjon overfor familier som mister noen i selvmord. Utfordringen er å få meldt disse sakene raskt til teamet. I 2015 var 19 av totalt 36 saker i kriseteamene, oppfølging av pårørende etter selvmord.

Selv mordstallene nasjonalt øker blant de eldre og blant ungdom, men minker for personer mellom 20 og 70. Tallene for selvmord i Bergen har hatt en slik utvikling over de siste 20 årene:



Psykososial krisesvakt ble etablert i 2014. Den består av en turnusordning der 10 ansatte har døgnavvakt en uke om gangen. De er da rådgivere for vakthavende kommunaldirektør ved alvorlige hendelser og kan selv aktivere krisetjenester om det er påkrevd. De har også ansvar for å etablere pårørendesenter ved store hendelser.

Bergen kommune har de siste 4 årene hatt en avtale med Falck Nutec om psykososiale krisetjenester i de saker der enten omfanget eller vanskelighetsgraden overstiger kommunens egen kapasitet. Denne avtalen har blitt svært lite benyttet og Falck Nutec har nå meldt at de ikke kan levere slike tjenester. Det må vurderes kritisk om Bergen kommune trenger en slik avtale, eller om kommunen kan dekke behovet selv.

Ved noen ulykker som involverer alvorlig skadde ungdommer, samler store grupper unge seg raskt på sykehuset. Det er behov for å tilby disse et egnet sted å være med nødvendig voksen støtte. I andre tilfeller der unge dør i ulykker, skal kommunen kunne bidra til at det etableres et møtested for venner og kjente av den døde. Dette skjer oftest i samarbeid med skoler eller menigheter.

Det er viktig å kunne gi god informasjon om krisereaksjoner og tilby skjerming fra media. Livskrisehjelpen er "porten inn" til kommunen ved alle psykososiale kriser. De vurderer omfang og hastegrad, og tar oftest selv de mest akutte sakene i starten. Dette gjør tjenestene lett tilgjengelige for publikum og samarbeidspartnere. Helsegevinsten ved rask hjelp er stor, derfor er det viktig at alle som yrkesmessig møter kriserammede lett kan løse dem videre.

Målsettinger:

- Øke kunnskapen i befolkningen om kommunens krisetjenester
- Øke tjenestenes kompetanse på kriser hos personer fra andre kulturer
- Sørge for at alle kriseteamene har riktig tverrfaglig sammensetning og at teamene får nødvendig trening og veiledning
- I samarbeid med kirke, skole og andre relevante instanser skal kommunen bidra til møtesteder og profesjonell støtte til grupper av unge som er berørt av alvorlige ulykker og hendelser



Foto: Håvard Holme

5. Alvorlige psykiske lidelser

For noen er livet helt eller delvis dominert av psykisk lidelse, og de trenger ofte betydelig bistand på flere livsområder samtidig, for å kunne leve og delta i samfunnet. Her er helhetlige og koordinerte tjenester særlig viktige for å gi reelle muligheter til økt selvstendighet og tilfriskning. Tjenestene omfatter i tillegg til psykiske helsetjenester ofte hjelp til bolig, utdanning, arbeid, fritid, økonomi og hjelp med livsstil og fysisk helse.

De alvorlige psykiske lidelsene omfatter:

- Alvorlige bipolare lidelser
- Alvorlig depresjon
- Schizofreni og andre langvarige psykoser
- Alvorlige personlighetsforstyrrelser
- Alvorlige psykisk lidelse kombinert med rusavhengighet

Gruppen med alvorlige psykiske lidelser lever i gjennomsnitt 15 - 20 år kortere enn resten av befolkningen. I tillegg til høyt forbruk av psykofarmaka og høye selvmordstall, er også livstil en av årsakene. Faktorer som kosthold, røyking og lite fysisk aktivitet er for mange medvirkende til dårlig fysisk helse. Det er derfor viktig at kommunens psykiske helsetjenester også tar den fysiske helsen på alvor og innlemmer tiltak mot røyking, usunt kosthold, overvekt og inaktivitet i sine tiltak for denne brukergruppen.

Personlighetsforstyrrelser er ofte vanskelig å diagnostisere, behandlingen er krevende og langvarig, og hovedansvaret ligger i spesialisthelsetjenesten. Her kreves det stor innsats fra pasientene selv for å oppnå varig bedring.

Schizofreni og andre langvarige psykoser debuterer ofte i overgangen mellom ungdom og voksen alder. Det starter ofte med diffuse symptomer som isolasjon og manglende interesse for skole, arbeid og venner. I størrelsesorden en av fem har forsøkt å begå selvmord før første behandlingskontakt. Ofte er det depresjon og rusbruk tidlig i forløpet. Omfattende utredning er nødvendig i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Faren for kronifisering øker med lengden av ubehandlet psykose, derfor er rask hjelp svært viktig.

Det er her særlig viktig med tidlig oppdagelse og raskt innlede et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Gode arbeidsmetoder her er å etablere individuell plan, etablere ansvarsgruppe, lage en god kriseplan og involvere pårørende og annet nettverk. Fastlegene må ha en sjekkliste for sine oppgaver og de må ta et hovedansvar for å etablere og vedlikeholde kontakten med disse pasientene, da de gjerne ikke søker hjelp når de trenger det mest.

Utfordringene knyttet til rusbruk hos personer med alvorlige lidelser er beskrevet mer utførlig i kapittel 6. De sentrale tjenestene for denne gruppen, i tillegg til rene helsetjenester, er knyttet til bolig, arbeid, utdanning, kultur og fritidstilbud og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Disse temaene beskrives i egne kapitler i planen, og er viktige fundamentet i det psykiske helsearbeidet for alvorlig psykisk syke.

5.1. Helhet og koordinering

Gruppen med alvorlige lidelser er ofte i behov av flere ulike tjenester over tid. Det er utviklet en mal for samarbeid omkring personer med langvarige psykoser som kalles Psykoseforløpet. Her er ansvar og oppgaver både for kommunen og for spesialisthelsetjenesten godt beskrevet. Det har vist seg å være et svært nyttig verktøy som også gjør tilbudene fra ulike distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) mer likeverdige.

På grunn av kompleksiteten i tjenestene er helhet og koordinering helt avgjørende faktorer for at hjelpen skal komme til nytte. Det finnes flere gode verktøy for dette. Viktigst er det å ha en koordinator eller primærkontakt som holder oversikten og ser til at de ulike bidragene henger sammen. Alle i denne brukergruppen har også krav på tilbud om Individuell Plan/Oppfølgingsplan. Planen skal sikre at tjenestene er rettet inn mot brukernes egne mål og at alle tjenestene er godt koordinert. Individuell plan fordrer at brukerne ønsker dette, og mer enn halvparten i målgruppen takker nei. Derfor er andre verktøy også sentrale. Etablering av ansvarsgrupper kan skje både med og uten Individuell plan. Ansvarsgruppen må alltid invitere brukeren selv med i gruppen, evt oppfordre han til å oppnevne en representant for seg. Pårørende involveres der de har en rolle og brukeren tillater det.

I de siste årene er det blitt mer vanlig med kriseplaner. Denne planen er et verktøy for å komme raskt til med nyttig hjelp i situasjoner med forverring av symptomer. Planen skal inneholde hva som er den enkelte brukers sine viktigste varselsignaler om forverring, og hvilke tiltak som erfaringsmessig gir best effekt for personen. Kommune har en stor utfordring i å også ta dette verktøyet mer i bruk for selvmordsutsatte, uavhengig av diagnose.

Målsettinger:

- Alle psykiske helsetjenester i Bergen kommune skal arbeide ut fra et recoveryorientert fundament
- Videreutvikle arbeidet med Individuell plan evt Oppfølgingsplan, med fokus på brukernes egne målsettinger
- Det skal videreutvikles rutiner for utarbeidelse av kriseplaner for personer med rus og psykisk helseproblemer

6. Psykisk helse og rus (ROP)

Psykiske helse- og ruslidelser opptrer ofte samtidig. Noen ganger er bruk av rusmidler den utløsende faktoren for psykisk lidelser, andre ganger kan den komplisere den psykiske lidelsen og behandlingen av den. Det er også vanlig at psykisk syke kan bruke rusmidler for å dempe ubehagelige symptomer.

Mange kommuner har organisert tjenester til rusavhengige og psykisk helse under felles ledelse, for å sikre best mulig utnyttelse av kompetanse og ressurser. I Bergen kommune er det flere etater som har ansvar for tjenester til rusavhengige. NAV sosialtjenesten har ansvar for individuell oppfølging av personer med rusproblemer. Etat for psykisk helse og rustjenester har ansvar for individuell oppfølging til mennesker med psykiske helseutfordringer, samt byomfattende lavterskel helse- og sosialfaglige tjenester til rusavhengige i Mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre). Hjemmebaserte tjenester har ansvar for somatiske hjemmetjenester til begge grupper og bistand til å administrere medisiner. Samtidig og koordinert bistand fra flere etater i Bergen kommune er derfor svært viktig i arbeidet med Rus og Psykisk helse (ROP) brukerne.

Særlige tilrettelagte tiltak for mennesker med ROP- lidelser i Bergen kommune, ligger under etat for psykisk helse og rustjenester, som har tilbud i følgende underavdelinger:

- Myrsæter bo- og rehabiliteringssenter med 13 plasser for langtids rehabilitering for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusbruk
- Botreningsenteret, Gyldenpris, med 16 plasser for personer med rusavhengighet, ofte i kombinasjon med psykiske helseutfordringer
- I tillegg er det etablert 3 tilrettelagte botilbud med tilsammen 19 plasser for denne gruppen. Dette er klart den gruppen som i dag er dårligst dekket med tilrettelagte botilbud i forhold til behovet

En stor andel av brukerne innen sosialtjenesten i NAV har store utfordringer både i forhold til rus og psykisk helse. Sosialtjenesten i NAV kan henvise til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten – tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Det er videre kun sosialtjenesten som kan fremme saker i henhold til Helse – og omsorgstjenesteloven om tvangsinnleggelse i TSB for rusavhengige, herunder ROP brukere.

Både NAV sosialtjeneste og Sosiale botjenester gir booppfølgingstjenester til personer med rus – og psykiske helseproblemer, hjemlet i Helse – og omsorgstjenesteloven. Innholdet i booppfølgingen vil være individuelt tilrettelagt, herunder tilbud om råd/veiledning og praktisk assistanse. Booppfølging er et satsningsområde i Bergen kommune. Kommunen har samlokaliserte boliger der det gis booppfølging til beboere med utgangspunkt i en base. I tillegg gis det ambulant oppfølging til brukere som bor i ordinære boliger.

I henhold til Lov om sosiale tjenester i NAV har sosialtjenesten ansvar for å finne midlertidig botilbud til personer som er uten bolig og selv ikke klarer å finne bolig. Totalt er det ca. 300 – 350 bostedsløse som har kontakt med sosialtjenestene i Bergen. En stor andel av dem har store rusproblemer, ofte i kombinasjon med helseutfordringer både knyttet til fysisk og

psykisk helse. Flere av dem bor i dag i midlertidig botilbud i påvente av plass i egnede boligtiltak. Det vil framover være behov for både økt volum og et mer differensiert botilbud for ROP brukere. En målsetting for kommunen vil være at ROP brukere med alvorlige psykiske lidelser bare helt unntaksvis bor i midlertidig botilbud, og da kun i en kort periode.

ROP-forløpet

Mange personer i ROP gruppen er mangelfullt utredet for sine psykiske helseplager. I arbeidet med personer med samtidige rus- og psykiske lidelser er det viktig å ta utgangspunkt i den enkelte sitt funksjonsnivå. Samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivå, basert på en recoveryorientert tilnærming, er avgjørende for gode resultater.

Utfordringer

Det er mangel på hensiktsmessige boliger med tilpassede booppfølgingstjenester til ROP-brukere. Brukere med ROP-lidelser blir ofte mangelfullt utredet og behandlet i spesialisthelsetjenesten.

ROP-forløpet (Samhandlingsavtale mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten) er ikke tilstrekkelig implementert og ansvarsforholdet mellom forvaltningsnivå og etater i kommunen må avklares bedre. Akuttinnleggelser i psykiatrisk sykehus fører altfor ofte bare til at de blir skrevet raskt ut igjen uten videre oppfølging og plan. Mange mangler kriseplaner for å få rett hjelp til rett tid.

En stor andel av ROP brukerne er utenfor arbeidslivet, selv om de har både ønske om og kapasitet til å arbeide.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal etablere flere differensierte botilbud, herunder små enheter for personer med store atferdsutfordringer
- Sikre at ansatte som følger opp ROP brukere har nødvendig kompetanse på både rus, psykisk helse og somatisk helse
- Sikre gode overganger mellom institusjonsopphold og bolig
- Alle ROP brukere skal ha en funksjonell ansvarsgruppe
- Bergen kommune skal arbeide for at NAV Hordaland etablerer en egen IPS-koordinator (Individuell jobbstøtte) som legger til rette for at ROP-brukere kan komme ut i arbeid om de kan og ønsker det

7. Samhandling med spesialisthelsetjenesten

En stor andel av de som bruker kommunale psykiske helsetjenester mottar samtidig spesialisthelsetjenester fra Psykisk helsevern. De mottar utredning og behandling enten ved innleggelse eller ved poliklinisk oppfølging, og dette kan skje både før, samtidig med og etter at det søkes om kommunale tjenester. Hovedsamarbeidspartnerne til de kommunale tjenestene, er de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS).

I Bergen er det fire distriktpspsykiatriske sentre:

Betanien DPS - Betjener innbyggere i Fyllingsdalen og Laksevåg

Solli DPS - Betjener innbyggere i Fana

Kronstad DPS - Betjener innbyggere i Bergenhus, Årstad og Ytrebygda

Bjørgvin DPS - Betjener innbyggere i Åsane og Arna

Alle innleggelser for øyeblikkelig hjelp på kveld, helg og natt, går nå til Psykiatrisk Akuttmottak (PAM) ved sykehuset. Det samme gjelder helde døgnet, der hvor lukket avdeling må antas å være nødvendig for å gi nødvendig helsehjelp. Alle andre henvendelser skal gå til lokalt DPS. I henhold til Helsedirektoratets veileder skal DPS ha ansvar for all øyeblikkelig hjelp, og kun bruke sykehuset dersom deres tjenester er absolutt nødvendig.

All samhandling mellom helseforetak og kommunen bygger på en rekke felles grunnlagsdokument for samhandling. Disse ligger tilgjengelig på www.saman.no. Det er laget en ganske omfattende struktur for samhandling, for at utfordringer på ulike nivå skal kunne løses. Særlig har avtalen om Psykoseforløp vært et stort fremskritt for å kvalitetssikre samhandlingen og gjøre tilbudene mer likeverdige i de ulike DPS områdene.

Overordnet Samarbeidsutvalg (SU) er det øverste organet for samhandling mellom Bergen Kommune og Helse Bergen HF. Utvalget sin hovedfunksjon er å ivareta og videreutvikle et godt faglig og organisatorisk samarbeid mellom tjenestene. SU møtes 2 - 4 ganger per år, og det dekker både somatikk, psykisk helse- og rustjenester.

Det er etablert samarbeidsfora også på fagledernivå. Disse fokuserer mer på praktisk gjennomføring av samarbeid og der det oppstår særlige utfordringer. Samarbeidsorgan psykisk helsevern (SAPH) møtes 4 ganger per år, og rapporterer til SU. Tilsvarende finnes et Samarbeidsorgan for rusfeltet (SAR), som også møtes 4 ganger per år og rapporterer til SU.

Distriktpspsykiatriske råd (DPR), er etablert for hvert av de fire DPS - områdene. Ansvarlige ledere på begge nivå møtes her fire ganger per år. Her blir det utvekslet gjensidig informasjon, samhandling evalueres og justeres og eventuelle uenigheter i samhandlingen kan drøftes og løses. DPR rådene rapporterer til SAPH.

I tråd med retningslinjene i Samhandlingsreformen er det inngått flere avtaler som regulerer samhandlingen mellom Bergen kommune og helseforetaket.

Tjenesteavtale 1 omhandler hvilke helse- og omsorgsoppgaver de ulike forvaltningsnivåene er pålagt ansvar for, og felles oppfatning om hva tiltak partene til en hver tid skal utføre.

Tjenesteavtale 2 gir retningslinjer for samarbeid knyttet til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud til pasienter som har behov for koordinerte tjenester.

Tjenesteavtale 3 og 5 gir retningslinjer for samarbeid om inntak i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen rusmedisin og psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Ulike Pasientforløp og særavtaler operasjonaliserer disse samarbeidsavtalene.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og Bergen kommune er godt. Bergen kommune og Helse Bergen samsnakker ofte og det er en klar forståelse om felles utfordringer. På individnivå synes det likevel som om spesialisthelsetjenestene fortsatt har utfordringer knyttet til manglende kjennskap til hva kommunen sine oppgaver er. Tilbud fra de ulike DPS-ene varierer. Kommunen forventer at tilbud til innbyggere i Bergen Kommune som mottar tjenester fra psykisk helsevern, ikke skal avhenge av boligadresse. Særlig viktig er dette i oppfølgingen av langtidssyke og ROP pasienter. Grensesnitt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen må tydeliggjøres og en må være enig om arbeidsfordelingen.

Helse Bergen og Bergen Kommune inngikk en avtale om 40 utskrivningsklare pasienter 2014. I denne avtalen forplikter Bergen kommune å bosette disse innen utgangen av 2016. Per juni 2016 står der 7 personer igjen på denne listen. Bergen kommune har fortsatt utfordringer med å ha nok gode boliger med tjenester for målgruppen.

Psykiatrisk legevakt er etablert av Helse Bergen og er et akutttilbud lokalisert til Bergen legevakt på kveldstid mellom 18:00 og 23:00. Tilbudet betjenes av psykiatere, og disse foretar vurderinger etter henvisning fra andre leger på legevakten eller fastleger. I all hovedsak gjøres dette for pasienter som ikke trenger innleggelse.

Som en konsekvens av samhandlingsreformen blir brukere raskere utskrevet fra spesialisthelsetjenesten enn før. Spesialisthelsetjenesten og kommunen har en felles forståelse av at ingen skal bo varig i spesialisthelsetjenesten. Men innen psykisk helsevern er ikke definisjon av en utskrivningsklar pasient så entydig som i somatikken. Spesielt gjelder dette brukere med sikkerhetsutfordringer, rus, ROP og/eller kriminalitet. Det oppleves som om spesialisthelsetjenesten til tider har urealistisk store forventninger til hvilke virkemidler kommunen disponerer for å ivareta disse pasientene. De kommunale tjenestene er alltid frivillige og kan avvises av brukerne. Selv om det er gjort vedtak om tvungent psykisk helsevern, kan denne tvangen bare gjennomføres av spesialisthelsetjenesten selv, aldri av kommunen. Derfor er det kontinuerlige utfordringer knyttet til vurderinger omkring hvor syk en person kan være og samtidig bo i egen bolig.

I tiden fremover vil det bli et sterkt fokus på avklaringer mellom forvaltningsnivåene omkring grensesnitt og oppgavefordeling. Hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten skal ivareta og

hvilke oppgaver som er kommunen sitt ansvar. Vi har et felles totalansvar, men hvordan gjennomføre en fornuftig oppgavefordeling.

En av de viktigste satsingsområdene er etablering av ACT/FACT i alle DPS områdene. ACT står for (Flexibel) Assertive Community Treatment, eller Oppsøkende ambulant behandling. Dette er team som fokuserer sterkt på de alvorligst syke som i liten grad gjør seg nytte av alminnelige behandlingstilbud. De har ofte sammensatte utfordringer med psykose, rus, bostedsløshet og noen også kriminalitet. De har gjerne en historie med mange innleggelser i sykehus, ofte med tvang. ACT teamene er en måte å samle både kommunale og spesialisthelsetjenester i samme team, og skal alltid ha en medarbeider med brukererfaring i teamet.

Staten har meldt at det fra 2018 kan bli innført betalingsplikt for utskrivningsklare som ikke får bo- og oppfølgingstilbud i kommunen. Hvem skal definere når en person er utskrivningsklar og hva som er tilstrekkelig av bo- og oppfølgingstilbud? Selv om det er etablert avtaler om dette, fordrer det i praksis mye skjønn.

Det er også et krav at alle kommuner fra 2017 skal tilby kommunale sengeplasser for øyeblikkelig hjelp (ØH) innen psykisk helse og rus. Dette er allerede etablert for somatikk. Hensikten er å redusere unødige innleggelser i spesialisthelsetjenestene. Det er imidlertid i dag svært få innleggelser i psykisk helsevern i Bergen som ville vært aktuelle for denne typen kommunale sengeplasser. Derimot ville en sterkere satsing på ambulerende døgntjenester med behandlingskompetanse kunne hindre en del innleggelser. Helsedirektoratet har nylig presentert en veileder der de anbefaler at akutttilbudet for psykisk helse og rus inngår i de allerede etablerte akuttplassene for somatikk.

Noen av de mest sentrale temaene for samhandling er rehabilitering og akutthjelp. Begge disse områdene krever tett samhandling og fleksibilitet. Rehabilitering av alvorlig syke er både kommunen og spesialisthelsetjenesten sitt ansvar. Hvem skal gjøre hva? Kan spesialisthelsetjenesten forplikte seg til oppfølging i bolig?

Akutthjelp hjemme utenfor kontortiden – når er det et kommunalt ansvar og når er det en spesialisthelsetjeneste? Kan felles team på tvers av nivåene også være løsningen på dette? Dette må drøftes videre gjennom den strukturen som er etablert.

Det er etablert avvikssystemer vedrørende samhandling, men disse er i dag for lite kjent i tjenestene og brukes for lite.

I forbindelse med den omfattende overføringen av oppgaver og ansvar til kommunene de siste årene, har det vært diskusjon om det hadde vært hensiktsmessig med en kommunal overtakelse av DPS ene. Dette for å sikre en bedre ressursutnyttning og enda mer sømløse forløp for brukerne. Bergen kommune har vært positiv til dette, men har avventet hvilke betingelser staten ville gi for en slik overtakelse. For en stor kommune som Bergen er kommunal drift av DPS særlig aktuelt. Alt som gjøres av integrasjon av tjenester, enten det gjelder ACT eller felles akutttilbud, vil ha mye av den samme effekten som en eventuell kommunal overtakelse av DPS.

Flere av de nye teknologiske løsningene som er innført i somatiske kommunale helsetjenester vil også kunne ha stor nytte for mennesker med psykiske lidelser. Disse må tas i bruk innen de psykiske helsetjenestene også.

Målsettinger:

- Bygge en felles fagforståelse mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten
- God kunnskap i alle tjenester om grunnlagsdokumenter for samhandling, tjenesteavtaler og forløpsavtaler
- Etablere ambulante tjenester på ettermiddag, kveld, natt og helg i et nært samarbeid eller integrert med spesialisthelsetjenesten
- Iverksette Velferdsteknologiprogrammet i Bergen kommune også for psykisk syke
- Utvikle ACT/FACT team for alle bydeler
- Bistå samarbeidspartnere i Bergen kommune til å utvikle økt kompetanse på psykisk helse
- Utvikle gode hospiteringsordninger på tvers av forvaltningsnivå for å lære av hverandre



Foto: Håvard Holme

8. Bolig og støtte til å bo

En egnet bolig er en grunnleggende forutsetning for å kunne ha et godt og selvstendig liv. Noen av de som trenger psykiske helsetjenester i Bergen, mangler også en tilfredsstillende bolig. Noen bor i foreldrehjem, hos venner eller i midlertidig botilbud. Noen er også inneliggende i spesialisthelsetjenesten og har ventet lenge på tilrettelagt bolig med bistand i boligen.

Oppfølgingstjenestene i bolig spenner seg over et bredt spekter av helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Det kan være råd og veiledning, praktisk bistand til dagliglivets gjøremål, ivaretagelse av boligen, deltagelse i arbeid og fritidsaktiviteter og økonomihåndtering. Tjenestene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov, og legge til rette for at brukeren tar aktivt del i prosessen med å skape trivsel og bedre sin egen bo- og livssituasjon. Målgruppen for de tilrettelagte botilbudene er mennesker med alvorlige psykiske lidelser med eller uten rusproblemer, som i tillegg har et funksjonstap som tilsier høy grad av bistand i bolig med miljøterapeutisk tilnærming.

Bergen kommune har siden 1993 utviklet en rekke ulike botilbud for målgruppen. De fleste av tilbudene ble etablert under Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008.

Per juni 2016 har Bergen 242 boliger i botilbud med tjenestebase i huset. Botilbudene ligger spredt i alle bydelene og har fra 3 til 12 boliger i hvert. I tillegg er det 71 boliger som har en tettere ambulant oppfølging gjennom lokale Boteam.

Av de 242 boligene med tjenestebase, har 147 heldøgns tjenester. 63 av disse organisert som bosentre, med måltider, oppsøkende fastlegetjenester og medisinsk behandling, i tillegg til miljøtjenester på døgnbasis.

I noen av botilbudene har en lagt til rette for alternative arbeidstidsordninger. Dette gjelder i hovedsak bosentrene. Disse arbeidstidsordningene er evaluert til å være svært positive for både brukere og ansatte. Dette er noe Bergen kommune ønsker å fortsette med der hvor dette er hensiktsmessig for beboere og ansatte.

Det er også etablert 3 botilbud med til sammen 19 boliger for personer med ROP-lidelser, 5 av dem har døgn tjenester. I dag er dette den gruppen som har det aller mest påtrengende behovet for flere botilbud.

Bergen kommune har trebydekkende psykogeriatriske avdelinger i sykehjem, med totalt 28 plasser. Disse er særlig tilrettelagt for eldre med alvorlige psykiske lidelser og med somatiske tillegg utfordringer. Inntaket til disse skjer fra Forvaltningen i Etat for psykisk helse og rustjenester. I tillegg har Etat for alders- og sykehjem samlet en del beboere med psykiske lidelser på egne avdelinger på 3 andre sykehjem. Se kapittel 12.

Forvaltningen i Psykisk helse har opparbeidet seg god kompetanse på forvaltningspraksis og psykisk helse. Ventelistene ligger pr juni 2016 på 37 personer som er i behov av tilrettelagt bolig med varierende grad av bemanning. Noen trenger høy grad av bemanning hele døgnet, mens andre er i behov av ambulante tjenester deler av døgnet.

Flere enn tidligere har samtidig rus og psykisk helse utfordring og trenger høy grad av bistand. Botilbud med 8 -10 leiligheter og gode fellesareal og personalfasiliteter er noe som er svært bra for den brukergruppen som har flyttet ut fra lange opphold i spesialisthelsetjenesten. Dagens nye brukere er mer selvstendige og ønsker oftere ambulante tjenester. Mange ønsker ikke å bo i tradisjonelle bofelleskap, selv om de har store tjenestebehov.

Færre institusjonsplasser og mer ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten vil føre til at stadig flere trenger hjelp til å skaffe egnet bolig. Når brukeren er på egen arena er det grunn til å tro at det er lettere for ansatte å se helheten og ressursene brukeren har, til tross for de psykiske helseproblemene. Egen bolig er en god base å yte hjelp i.

Utfordringer

Det er for få hensiktsmessige boliger med gode tjenester til målgruppen. Særlig mangler tilrettelagte botilbud til mennesker med ROP - lidelser.

Noen trenger mer bistand for å kunne benytte seg av det private utleiemarkedet.

Det er mangel på tilgjengelige ambulante tjenester på kveld og helg, for mennesker som trenger bistand i bolig.

Det er en økende grad av brukere med sikkerhetsproblematikk og atferdsutfordringer.

Det er for lite samordning mellom ambulante tjenester i spesialisthelsetjenesten og psykiske helsetjenester i bydelene.

Ambulante tjenester som tilbys både i spesialisthelsetjenesten og kommunen skjer i hovedsak kun på dagtid i ukedager.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal ha et tilstrekkelig antall boliger og tilrettelagt oppfølging til mennesker med psykiske lidelser, som ikke selv kan skaffe bolig eller mestre et boforhold
- Sikre helhetlig og koordinert samarbeid med andre hjelpeinstanser for brukere i boligene

9. Samarbeid med pårørende

9.1. Voksne pårørende

Støtte til og samarbeid med pårørende er et særlig viktig område av det psykiske helsearbeidet. Mange pårørende yter en stor innsats for sine familiemedlemmer og livssituasjonen deres påvirkes i stor grad av dette. For noen pårørende er kontakten brutt eller relasjonen konfliktfylt og vanskelig. For nesten alle brukere er det likevel slik at forholdet til foreldre, søsken og nær familie er betydningsfylt. Mange pårørende har kjempet en tung kamp for å skaffe nødvendig behandling og hjelp, ofte på bekostning av sine egne behov. Denne pårørendegruppen har behov for informasjon, støtte og at deres innsats anerkjennes. Mange pårørende har i altfor stor grad blitt sett på som en del av problemet, heller enn en del av løsningen. Tjenestene må etterspørre mer hva pårørende trenger. Samarbeidet vil likevel være avgrenset av samtykke fra brukeren selv, bortsett fra tilbud om opplæring og selvhjelpsgrupper der den pårørendes egen situasjon er i fokus.

Det er viktig å ikke snevre inn pårørendegruppen, men kartlegge hvem som er betydningsfulle for den enkelte bruker og hvem han eller hun er betydningsfull for. Dette kan godt være noen som ikke er nært beslektet. Det er også viktig å se ressursene pårørende bringer med seg ved å ha kjent brukeren over lang tid. Brukerne bør tilskyndes til å involvere pårørende der det ikke er indikasjoner på at dette vil være til skade for brukeren. Involveringen kan være som deltaker i ansvarsgruppe eller i andre viktige møter.

Noen ganger er det viktig å gi konkret avlastning av omsorgsoppgaver til pårørende, og evt også økonomisk støtte i form av omsorgslønn.

Pårørende må alltid være en naturlig del av brukersamarbeid på systemnivå, og ha egne representanter i ulike samarbeidsfora. Det er viktig at de her representerer seg selv og ikke brukerne, da brukerne representerer seg selv.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal sammen med Helse Bergen og de to private DPS-ene tilby kurs for pårørende innen ulike diagnosegrupper
- Som en hovedregel skal alle åpne faglige arrangementer innen psykisk helse i Bergen kommune også være åpne for brukere og pårørende
- Bergen kommune skal utarbeide egne standarder for hva pårørende til alvorlig psykisk syke brukere skal kunne forvente av involvering og støtte
- Ansatte i Bergen kommune skal aktivt markedsføre kurs og samtalegrupper i regi av pårørendeorganisasjoner (Landsforeningen for pårørende innen psykiatri og Landsforeningen for etterlatte etter selvmord.)

9.2. Barn som pårørende

Ivaretagelse av barn som pårørende er en lovpålagt oppgave, og helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging (Lov om helsepersonell § 10a). Barn som pårørende har behov for å bli sett og få besvart sine spørsmål knyttet til foreldrenes vansker. De bærer ofte på skyld og skam, og kan få problemer i voksen alder.

Bergen kommune har satset mye de siste årene på å kartlegge og få kontakt med barn til brukere av psykiske helsetjenester. Dette har vært utfordrende, blant annet fordi det krever samtykke fra foreldrene. Mange foreldre er utrygge på hva som kan komme ut av en slik kontakt, og noen av de ansatte kjenner seg også utrygge på å ha slike samtaler med barn.

I en del tilfeller vil foreldrenes vansker utgjøre en så stor risiko for barna at meldingsplikten til barnevernet utløses. Samtidig må det være en målsetting å identifisere barns behov og foreldres utfordringer med å gi god nok omsorg, så tidlig at forebyggende hjelp kan tilbys via andre tjenester. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig aktør. De har utarbeidet en rutine for oppfølging når de mottar henvisninger fra etat for psykisk helse og rustjenester. Fastleger og BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) vil også ofte ha en viktig rolle i oppfølgingen av barn som pårørende.

Barnehage og skole kan ha stor nytte av å få informasjon om barns mulige behov som følge av foreldres vansker knyttet til rus og psykisk sykdom. Gjennom samtykke fra foreldre kan disse tjenestene få informasjon for å tilby god og tilpasset oppfølging.

Kommunen har ikke en samlet og koordinert innsats overfor barn som pårørende. En slik koordinering bør være forankret i ulike ansvarlige byrådsavdelinger. Mange tjenester for voksne etterspør også økt kompetanse på barn som pårørende. Herunder konsekvenser, identifisering, samtalemetodikk og kunnskap om tjenester for barn og unge. Kommunens SLT- koordinator for barn skal i henhold til byrådssak 1229/14 ha et særskilt fokus på barn som pårørende. (SLT står for Samordningsmodell for Lokale, forebyggende Tiltak mot rus og kriminalitet.)

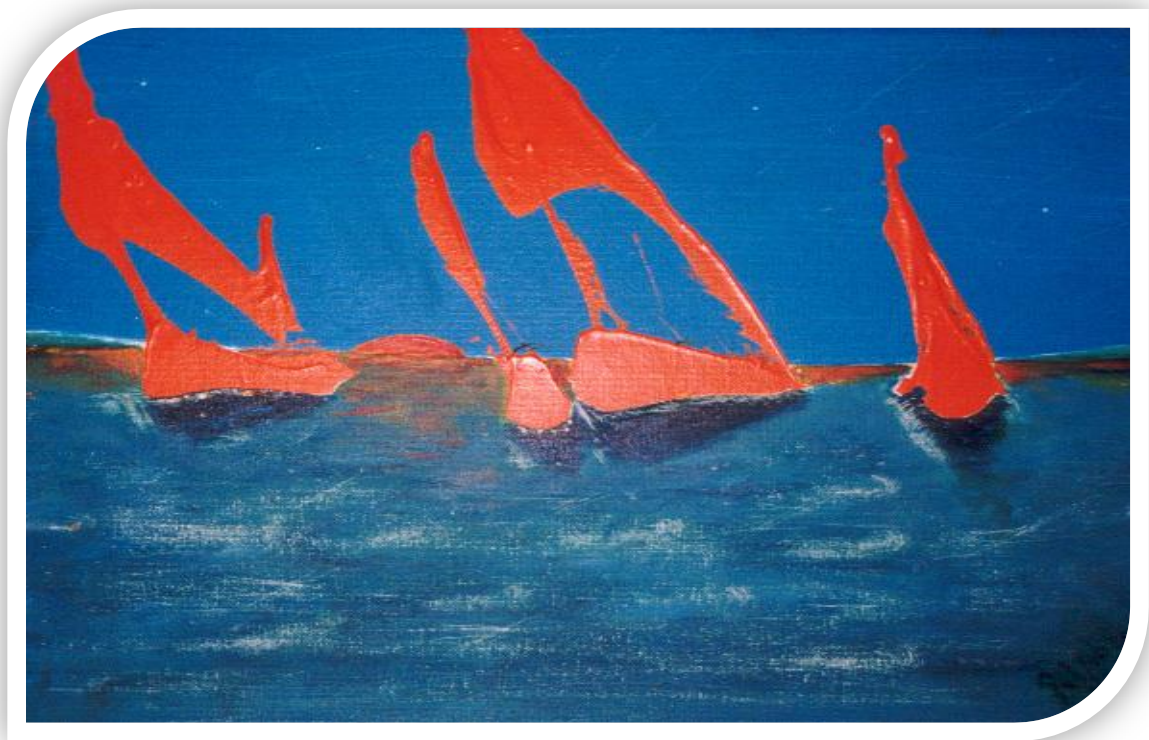
Utfordringer

Det er krevende å få kartlagt alle barna og levert henvisning/melding, med eller uten samtykke. Samtaler med barn om vanskelige tema og tilpasset informasjon om foreldres vansker er utfordrende for mange fagfolk. Det er utilstrekkelig kunnskap om tjenester som kan tilby hjelp og oppfølging til barn og unge.

Det er mangelfull koordinering, samhandling og tverrfaglige møteplasser vedrørende barn som pårørende.

Målsettinger:

- Utarbeidet rutine om barn som pårørende skal implementeres i alle kommunale tjenester som møter voksne som har rusproblemer, alvorlige psykiske lidelser eller alvorlige somatiske helseutfordringer
- Det skal etableres barneansvarlige i Etat for sosiale tjenester, Etat for helsetjenester, Etat for hjemmebaserte tjenester og Etat for forvaltning
- Det skal gjennomføres en kartlegging av kompetanse om barn som pårørende i voksentjenestene og etableres et årlig opplæringstilbud
- Innsatsen overfor barn som pårørende forankres i Byrådsavdeling for helse og omsorg, Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering og Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett, og koordineres gjennom en tverrfaglig samarbeidsgruppe ledet av Etat for barn og familie/SLT koordinator
- Tiltak for barn skal inngå foreldrene sine kriseplaner



Maleri: Pål Akerø

10. Arbeid og utdanning

De siste årene har det vært et økt fokus på arbeid og utdanning for mennesker med psykiske lidelser. Før tenkte mange at personer først måtte være både behandlet og rehabilitert for sin psykiske lidelse for å kunne ta utdanning eller arbeid. Nå er det dokumentert at utdanning og arbeid for mange er et viktig verktøy i prosessen mot tilfriskning og bedre fungering. En av de viktigste suksessfaktorene har vist seg å være et nært og forpliktende samarbeid mellom arbeidsstedet og den psykiske helsetjenesten.

Arbeid gir muligheter for sosial kontakt, å kunne bidra med noe, ha en meningsfull hverdag, samt å lære noe nytt og utvikle seg. Det er viktig å legge forholdene til rette slik at den enkelte kan få brukt ressursene sine på en god måte, og ha muligheter for å kunne søke større utfordringer når tiden er moden for det. Noen i denne gruppen blir syk i ung alder og kan komme til å leve store deler av livet med betydelige utfordringer. Desto viktigere er det for dem å styrke ressursene hos seg selv og finne innhold og mening i dagliglivet.

Det er gjennom de siste 10 årene bygget opp en rekke gode tiltak og programmer innen arbeid og utdanning. Mange av dem er samlet i kommunens egen arbeidsmarkedsbedrift, **Senter for arbeidslivsforberedelse (Alf as)**. Flere av de andre arbeidsmarkedsbedriftene deltar også i dette. De siste 10 årene har samarbeidet om psykisk helse mellom Bergen kommune og NAV Hordaland vært nært og innovativt, og resultert i flere nyskapende prosjekter. Noen av disse tiltakene i Bergen er nå modeller for det andre har etablert eller ønsker å etablere.

Alf as har en stor meny av tilbud til psykisk syke, til personer med rusproblemer og andre sosiale problemer. En stor del av arbeidstakerne er uførepensjonerte med en alvorlig psykisk lidelse, med ønske om og behov for et meningsfullt arbeid. De aller fleste ønsker redusert arbeidstid. Arbeidsplassene er spredt i ulike kommunale avdelinger, private firmaer og noen er organisert i egne grupper. En bondegård deltar også, de sysselsetter til sammen 8 arbeidstakere. Arbeidstakerne og kontaktpersonene på arbeidsplassene får oppfølging av egne tilretteleggere. Noen av dem går videre til andre tiltak, ofte gjennom NAV til arbeid eller utdanning. De kan motta kombinasjoner av lønn og trygd eller gå mot et mer ordinært lønnet arbeid. I flere av de nye tiltakene som er etablert på dette feltet, har Bergen kommune hatt en sentral rolle i utviklingsarbeidet og deltar også i finansieringen av flere av dem.

Bergen kommune benytter i 2016, ca. kr 14.7 millioner i tiltak knyttet til arbeid og utdanning innen psykisk helse. Målt opp mot de andre store byene er dette relativt høyt. NAV Hordaland yter også betydelig på dette feltet og de er nå hovedfinansieringskilden for de fleste av de nye arbeidstilbudene.

Det blir viktig å videreføre dette gode samarbeidet med NAV Hordaland og sikre kvalitet og samarbeid rundt det enkelte tiltak. Tilbakemeldingene fra brukerne tyder på at det nå er kontakten mot det "ordinære arbeidslivet" som er det viktigste. Fortsatt opplever personer med psykiske lidelser diskriminerende holdninger og fordommer i møte med arbeidslivet, men det er mange tegn til positive endringer. En del bedrifter har i sin målsetting å tilby arbeid til mennesker med utfordringer i arbeidslivet, og næringslivet ser ut til å gå foran det

offentlige i forhold til dette. Generelt er offentlige arbeidsplasser mer tilbakeholdne med å ansette personer med «hull i CV-en».

Av de nyere tiltakene bør noen nevnes særskilt. De er på ulike måter nyskapende og spesielt godt tilpasset personer med psykiske lidelser.

Hordaland fylkeskommune har over mange år gitt et tilrettelagt undervisningstilbud for å hjelpe personer i psykiatrisk behandling til å fullføre utdanning på videregående nivå gjennom **Kyrre Skole**. Skolen har vært opptatt av å beholde sin egenart, kompetanse og den unike fleksibiliteten i tilbudet som er forutsetningen for at denne gruppen skal lykkes. Skolen er i dag en avdeling under Bergen Katedralskole. Programmet «Kyrre goes Campus» bistår i overgangen mellom videregående og høyere utdanning, og blir nå spredt til andre byer.

Studier med støtte er et støtteprogram for studenter med psykiske lidelser, på universitet eller høyskoler. Tiltaket drives nå av Studentsamskipnaden. De følger opp nærmere 40 studenter og har stor etterspørsel etter sitt tilbud, med opp til 2 års ventetid. Ventetiden er svært uheldig og programmet bør utvides. Dette tilbudet er fullt ut NAV finansiert. Programmet er i dag etablert i sju byer rundt omkring i landet.

Galleri VOX - atelier og galleri som drives av Fretex. Inntil 16 uføre personer med profesjonell kunstbakgrunn eller dyktige amatører arbeider her i et kreativt miljø med profesjonell støtte og veiledning. De har blant annet hatt flere store oppdrag om utsmykking av bygg.

Medarbeidere med Brukererfaring (MB) er et utdanningsprogram der egne erfaringer fra psykisk sykdom eller rus, utvikles til nyttig kunnskap for å hjelpe andre. Programmet har pågått i 10 år, og til sammen rundt 115 personer har fullført 1 års utdanning. Bergen kommune har i 2016 over 20 medarbeidere med brukererfaring ansatt i ulike deler av de psykiske helsetjenestene. De bidrar verdifullt med sin kompetanse i fagteamene og bringer håp om bedring til brukerne. Flere av MBERne har også gått videre til utdanning ved høyskole eller universitet eller fått andre jobber underveis. Det er viktig å ha noen økonomiske ressurser som øremerkes for disse arbeidstakerne, samtidig som deres kompetanse anerkjennes ved ansettelser i ordinære miljøarbeiderstillinger. I løpet av de siste par årene har 10 av disse søkt og fått ordinære miljøarbeiderstillinger eller nyetablerte stillinger som erfaringskonsulenter. Det er også tatt initiativ for å starte opp lignende programmer andre steder i Norge/Norden etter modell fra Bergen.

Fontenehuset Bergen bruker fontenehusmodellen, der arbeid som metode er sentral, for at mennesker med psykiske helseutfordringer skal få større muligheter til å skape et bedre liv. På Fontenehuset handler det om å mestre livet og få del i arbeidsfellesskapets helsebringende goder. I tillegg gis det støtte til dem som ønsker å gå i gang med eller å fullføre studier. Det er en ny satsning på å støtte medlemmer ut i lønnet arbeid, der Fontenehusets recovery-orienterte tilnærming vil gjøre det mulig for mennesker med psykiske helseutfordringer å stå i lønnet arbeid. Fontenehuset Bergen samarbeider også tett med DPS'ene i Helse Bergen, gjennom prosjektet «Utskrevet til Fontenehus».

IPS eller Individuell jobbstøtte er det nyeste tilbudet på feltet, og er det tiltaket som gir best resultater i form av ordinære jobber. Dette tiltaket finansieres av NAV ved at jobbspesialister fra NAV integreres i behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten og tilbyr støtte til å finne ordinært arbeid til pasientene, parallelt med at de går i behandling. To distriktpsykiatriske sentre og avdeling for tidlig psykose har nå slike medarbeidere. De prioriterer særlig unge «nysyke».

Utfordringene på dette feltet er at tross kraftig vekst siste årene er det et stort antall brukere som verken har tilknytning til arbeid, studier eller aktivitet. Det er samtidig for lite kunnskap i fagmiljøene om de ulike tilbudene som er etablert sammen med NAV innen arbeid og psykisk helse. Det er også en utfordring at en del medarbeidere med brukererfaring er i tilrettelagte stillinger, selv om flere av dem kunne vært i ordinært arbeid.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal i samarbeid med NAV øke satsingen på at personer med alvorlige psykiske lidelser kommer i ordinært arbeid/studier
- Øke antallet Medarbeidere med Brukererfaring i ordinære stillinger der deres kompetanse er relevant
- For Bergen kommune som arbeidsgiver, utvikle seg som en god IA-bedrift når det gjelder integrering av personer som har eller har hatt psykiske lidelser



Maleri: Pål Akerø

11. Kultur, fritid og livsstil

Mennesker med psykiske lidelser har samme behov for tilgang til kultur- og fritidsopplevelser som alle andre. For å oppnå dette trenger mange en særlig tilrettelegging. Mange ønsker også kontakt med andre psykisk syke for å kunne søke støtte og treffe noen som har lignende erfaringer som dem selv. Derfor trengs det både tilbud som gir muligheter for kreativ utfoldelse i trygge tilrettelagte miljøer, og ordninger som gir reell tilgang til hele det rike tilbudet innen kultur og fritid som finnes i Bergen.

Brukere som jevnlig deltar i ulike aktivitetstilbud/skole og arbeid ved nyttår 2016			
Tilbud	Arbeid eller skole	Aktivitetstilbud i bydelene og Amalie Skrams Hus	Støttekontakt
Antall brukere	271	783	486

I Bergen er det etablert egne **aktivitetssentra** for mennesker med psykiske lidelser i hver bydel. Disse er åpne tilbud som ikke krever søknad for å kunne benyttes. For mange brukere er det viktig at det er lav terskel og stor grad av fleksibilitet. Et målrettet arbeid de siste årene har både gjort sentrene mer mangfoldige i hva de tilbyr og mer brukerstyrte. Sentrene har nå et variert program gjennom uken, der brukerne kan velge mellom ulike aktiviteter. Det er også et krav at sentrene holder åpent på kveld og helg, der brukerne etterspør dette. Hvert senter har etablert et eget brukerråd som deltar i å bestemme innholdet i senteret. Det er gratis å bruke sentrene, og måltider eller utstyr til aktiviteter selges til kostpris. De fleste sentrene har ansatt Medarbeider med brukererfaring, og tilbyr praksisplasser for MB-programmet.

Sentrenes utviklingsmuligheter ligger i å evaluere jevnlig om lokaliteter, utstyr, åpningstider og kompetanse hos de ansatte svarer til brukernes behov, samt å videreutvikle brukerdemokratiet. Det er viktig at de som trenger det, får tilbud om nødvendig transport for å kunne benytte senteret, men det er ikke behov for en generell hente- og bringeordning.

Det er per juni 2016 i alt 632 personer som bruker de lokale aktivitetstilbudene jevnlig, dvs. nesten 30 % av alle som har kontakt med Psykisk helse. Det har vært en kraftig vekst de siste årene. Dette har skjedd samtidig som andelen brukere som deltar i arbeid eller utdanning har vokst enda mer.

I internasjonale fora for psykososial rehabilitering vektlegges de skapende og kreative uttrykksformene stadig sterkere. Erfaringene fra Bergen er også at disse tilbudene verdsettes svært høyt av brukerne, og særlig at det tilbys så god kvalitet innen kunst- og kulturaktiviteter. Mye av det psykisk syke ikke finner ord for, kan likevel formidles gjennom ulike kunstneriske uttrykk. Vi snakker ikke her om kunstterapi i vanlig forstand, selv om det også er verdifullt. Det handler mer om å gi den enkelte tilgang til å være skapende på sine egne premisser. Dette er nå en av viktige ledetrådene i det psykiske helsearbeidet i Bergen kommune.

Fredheim kurs- og aktivitetshus er lokalt aktivitetssenter for Årstad bydel. I tillegg er det et bydekkende senter med tilbud om kurs innen ulike kreative fag, som maling, keramikk, data, matlaging, korsang, språk med mer. De arrangerer også reiser for personer som trenger tilrettelegging og fellesskap for å kunne reise. Fredheim holder til i gode lokaler, og har også egne gruppetilbud for personer med Asperger syndrom.

Det største senteret i Bergen er **Amalie Skrams Hus**. Senteret er etablert som en egen stiftelse med støtte fra Bergen kommune og Helse Bergen HF. Senteret har 150 aktive medlemmer og 60 - 70 besøkende daglig. Mange ikke-medlemmer bruker også senteret. De har alminnelig åpent 5 dager i uken både dag og kveld, og medlemmene tar ofte selv ansvar for å ha åpent lørdag og søndag. De praktiserer stor grad av brukerstyring gjennom deltakelse i styre og ved ukentlige allmøter. Innholdet i senteret er ulike kunstneriske og kreative aktiviteter, samt kafédrift. Senteret har mange yngre medlemmer som de lokale tilbudene ikke når så lett. Amalie Skrams Hus er lokalisert i Nygårdsgaten, i sentrum av Bergen.

11.1. Kunst, kultur og psykisk helse

I 2001 ble det i Bergen etablert et eget prosjekt som kalles **Kunst, kultur og psykisk helse (KKPH)**. Dette er nå innarbeidet som et fast tiltak og arbeider etter en egen plan vedtatt av bystyret. Tiltaket er bydekkende og administreres av Bergenhus/Årstad kulturkontor. De arrangerer skrivekurs og skrivegrupper ledet av forfattere. Det er etablert en redaksjon som kvartalsvis utgir dikt- og kortprosaantologien **KraftVERK**. Cappelen forlag har gitt ut en samling av de beste tekstene fra Kraftverk i bokform.

Det er også tilbud om tegne- og malekurs, samt et tilbud som kalles Tankerom, der brukere kan arbeide under veiledning i en profesjonell kunstner sitt verksted.

Kunst, kultur og psykisk helse har også etablert en gruppe som samler og dokumenterer bilder og keramikk som skapes i disse brukermiljøene. Dette har resultert i boken **”Kraftverk Bilder”** som kommer ut hvert annet år.

Det er også etablert flere tiltak for barn og unge, som teatergrupper, filmkurs, klubbksamlinger og mer. KKPH har også satset på musikk og scenekunst, med blant egne teatergrupper.

Utfordringen i dette arbeidet er samhandlingen mellom kulturfeltet og det psykiske helsearbeidet. Noen må informere og motivere aktuelle brukere - og legge til rette for at den enkelte skal oppnå kontakt med de tilbudene de ønsker.

Støttekontakt og fritidsassistenter. I juni 2016 var det 486 personer med psykiske lidelser som hadde støttekontakt i Bergen. Det viser en økning fra året før. Det har de siste årene vært gjort et stort forbedringsarbeid når det gjelder opplæring og veiledning av støttekontakter. Det er etablert nye fritidstilbud der støttekontakter jobber med grupper og samtidig også etablert et tettere samarbeid med lokale foreninger og lag. Bydelene samarbeider om opplæringen og et nytt dataverktøy er utviklet for å bedre rekrutteringen av nye støttekontakter, samt holde oversikt over dem som er ledige for nye oppdrag.

Utfordringen har særlig vært å rekruttere godt voksne støttekontakter, særlig voksne menn, men også dette har bedret seg noe. Støttekontakt innvilges kun der tilgjengelige gruppetilbud ikke dekker behovet.

Fysisk aktivitet

Fra 2007 har Bergen kommune gitt økonomisk støtte til et program for å utdanne **treningskontakter**. Programmet har som mål å lære opp personer som kan drive fysisk aktivitet sammen med psykisk syke eller personer med rusproblemer. Bergen kommune samarbeider med dette prosjektet for å stimulere til rekruttering av støttekontakter fra idrettsmiljøer eller blant voksne som liker fysisk aktivitet. Prosjektet står for opplæring og nettverksdannelse mellom disse miljøene.

Det er også stiftet et eget brukerstyrt idrettslag som kalles **Psykiatricaliansen**. De stiller fotballag i bedriftsserien, og driver med svømming, innebandy, aerobic, turgruppe og volleyball. De har aktiviteter hver ukedag hvor også ansatte i psykiske helsetjenester kan delta på lik linje med brukerne. For øvrig er fysisk aktivitet sentralt i alle de lokale aktivitetssentrene sine tilbud.

Utfordringene her er at brukere i de psykiske helsetjenestene deltar lite i kulturaktiviteter og trenger bedre informasjon om tilrettelagte kulturtilbud. Mange brukere har helseproblemer knyttet til en livsstil med lite fysisk aktivitet, usunt kosthold og røyking.

Målsettinger:

- At alle brukere av psykiske helsetjenester skal ha god informasjon om det som finnes av tilrettelagte kulturtilbud
- Ansatte skal arbeide aktivt for at brukerne får innflytelse på og delta i driften av aktivitetssentrene, og slik få muligheter for personlig vekst og utvikling
- Aktivitetstilbudene skal i tillegg til kulturelle aktiviteter, vektlegge fysisk aktivitet og økt kunnskap om kosthold og helse
- Aktivitetstilbudene skal arbeide aktivt for økt deltakelse i nærmiljø og samfunnsliv

12. Noen særlig utsatte grupper

12.1. Personer med utviklingshemming

Personer med utviklingshemming er mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser enn befolkningen generelt, men er likevel underrepresentert når det gjelder utredning, behandling, forskning og fagoppmerksomhet i forhold til sin psykiske helse (Ref. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning).

For å bedre tjenestetilbudet innen psykisk helse er det nødvendig å sikre at de nærpersionene som står for den daglige tjenesteytingen har den nødvendige kompetansen om psykisk utviklingshemming og psykisk helse, både når det gjelder forebyggende arbeid og for å avdekke psykiske vansker. Det er også nødvendig at fastlegene har kompetanse om utviklingshemming og psykiske vansker, og at pårørendes erfaringer og kunnskap blir benyttet. En god tverrfaglig organisering, og samarbeid både i og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, må til for å kunne gi gode psykiske helsetjenester for personer med utviklingshemming.

Personer med utviklingshemming er særlig disponert for å utvikle engstelighet. 10 til 30 % av personer med utviklingshemming fyller kriteriene for en eller flere angstlidelser. Kunnskap om angstlidelser hos personer med utviklingshemming er relativt ny, og symptomer på angst kan feilaktig bli vurdert som symptomer på utviklingshemmingen. Det antas også at depresjon forekommer langt hyppigere hos personer med utviklingshemming. Forskning indikerer en forekomst på opp mot 10-15 %, og med en tendens til økt forekomst av psykiske lidelser. Noen utviklingshemmede utvikler også rusproblemer, og disse er særlig sårbare.

Målsettinger:

- Kartlegge systematisk forekomsten av psykiske helseproblemer og rusproblemer hos utviklingshemmede
- Styrke kompetansen på psykiske lidelser og behandling hos ansatte i tjenester til utviklingshemmede, gjennom målrettet opplæring og rekruttering
- Styrke kompetansen på utviklingshemming i de psykiske helsetjenestene, slik at personer med lett utviklingshemming kan få relevant hjelp der når de trenger det
- Utvikle bedre tjenester for personer med utviklingshemming i kombinasjon med psykiske lidelser og/eller rusproblemer
- Utvikle bedre samarbeid med psykisk helsevern omkring utredning, behandling og veiledning for personer med utviklingshemming og psykiske lidelser

12.2. Eldre

Ifølge Primærhelsemeldingen har arbeid med eldre med psykiske helseproblemer ikke vært prioritert i opptrappingsplanen for psykisk helse. NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) mener det er viktig at «kommunene i større grad innlemmer eldre med psykiske lidelser i sitt psykiske helsearbeid». En norsk studie viser en forekomst av depresjoner på totalt 17 prosent blant eldre over 65 år. 6 prosent har alvorlige depresjoner. Aktuelle tiltak kan være å forebygge passivisering, isolasjon, rusproblemer, angst og depresjon, og å styrke tjenestetilbudet til eldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

Bruken av sovemidler og angstdempende legemidler øker med alderen. Dette er uheldig på flere måter, både fordi disse legemidlene er vanedannende, at de generelt tåles dårligere enn av yngre og at det finnes gode behandlingsalternativer.

Mange eldre bruker i tillegg en rekke andre medikamenter, som samvirker på en uheldig måte, og kan være skadelig for flere funksjoner, som hukommelse og balanse. Spesialister innen geriatri melder at et av de viktigste behandlingstiltak ofte er å redusere og avvikle medisinbruk.

Samhandlingsreformens tjenesteavtale 10 om forebygging har psykisk helse og rus som ett av innsatsområdene, med følgende underpunkt:

- «Ta omsyn til kunnskap og utfordringar knytt til tap av funksjon gjennom planlegging og tilrettelegging av uteområde og møtestadar.
- Vurdere tiltak med fokus på psykisk helsefremming på etablerte eldresenter.
- Stimulera til gruppeaktivitetar i regi av frivillige organisasjonar som kan motverka isolasjon og einsemd blant eldre, samt stimulera til fysisk aktivitet.
- Vurdera lågterskeltiltak retta mot eldre som er i kjent risiko».

Denne tjenesteavtalen er i liten grad fulgt opp, og tas derfor med i planen.

Andel eldre som bruker alkohol er mangedoblet de siste tiårene. Dette kan være uheldig, da eldre som gruppe har lavere toleranse for alkohol enn yngre, både på grunn av langsommere nedbrytning, og større påvirkning av hjernen.

De psykogeriatriske sykehjemsenehetene ble etablert med utgangspunkt i behovene til de som hadde bodd lenge i psykiatriske institusjoner. Denne søkergruppen avtar og dagens søkere har i større grad levd livet sitt ute i samfunnet. De etterspør mer aktiviteter og de kan også til dels ha større utfordringer ift. adferd. Det er viktig at de psykogeriatriske avdelingene er fleksible ift. alder hos søkerne og at de har nok bemanning og kompetanse til å møte de utfordringene som nå er aktuelle.

Målsettinger:

- Utvikle strategi for bedre diagnostikk og behandling av milde psykiske lidelser og problemer for eldre (se kap. 4.1.)
- I løpet av planperioden skal de psykogeriatriske avdelingene evalueres med tanke på riktig omfang, bemanning og kompetanse

12.3. Flyktninger og innvandrere

16 % av befolkningen i Bergen har bakgrunn fra andre land. Av disse er ca. 8 % fra land utenfor EØS området og kommer ofte fra områder med krig og konflikt. Innvandrere og flyktninger har økt risiko for psykiske problemer, særlig angst og depresjon, og har også høyere forekomst av slik sykdom enn etniske nordmenn. Dette har dels sammenheng med opplevelser i hjemlandet og under flukt, dels møtet med en kultur som kan være svært annerledes den man kom fra og på hvilken måte man blir integrert i Norge.

12.3.1. Behov for kartlegging av psykisk helse

Vi kjenner ikke godt nok gruppen flyktninger som ankommer Bergen, ettersom det nå ikke foretas en systematisk kartlegging av deres psykiske helsestatus. Myndighetene anbefaler at kommunene skal kjenne til helsestatusen til befolkningen i lokalsamfunnet (jf.

Helsedirektoratets veiledere og retningslinjer). Dette for å kunne utforme nødvendige tiltak og evaluere effekten av disse. På bakgrunn av dette, anbefales at flyktningene kartlegges for PTSD-, angst- og depresjonssymptomer med screeninginstrumentene IES og HSCL-25. Dette har vært gjennomført ved Introduksjonssenteret for flyktninger, og er overført til Helsetjenesten for Nyankomne Innvandrere (HNI).

De fleste flyktninger har mange ressurser og god evne til mestring, så det er like viktig at deres ressurser kartlegges. Dette skjer i all hovedsak gjennom kartleggingen ved Introduksjonssenteret for flyktninger, men er også relevant for helsetjenestene.

12.3.2. Behov for forebyggende tiltak

Forebyggende og helsefremmende tiltak for flyktninger er en viktig del av kommunens Plan for integrering og mangfold. Her er tiltak mot skadelige praksiser som tvangsekteskap, kjønnslemlestelse, og diskriminering av seksuell legning omtalt. Det samme gjelder tiltak mot isolasjon og ekskludering, som er svært viktig for flyktningenes psykiske helse.

Det bør fokuseres på å undervise om psykisk helse til alle flyktningene, med fokus på normalisering av etterreaksjoner, samt lære dem gode selvhjelpsteknikker. Helsedirektoratet anbefaler at forebygging skjer utenfor helsevesenet, særlig for denne gruppen, derfor blir samarbeid med Introduksjonssenteret og Nygård skole viktig i denne sammenheng.

I tillegg til undervisning, er det verdifullt å implementere gruppetiltak til undergrupper med særlig risiko for utvikling av helseplager, slik som enslige mindreårige, barnefamilier og familiejenforente.

Kurs i mestring av traumerelaterte vansker og depressive plager har allerede vært forsøkt ut ved Introduksjonssenteret og anbefales videreført. Effektevaluering av intervensjonene blir vesentlig.

12.3.3. Behov for individrettede forebyggingstiltak

Forskning på folkehelse viser at individrettede tiltak er de minst kostnadseffektive. I tillegg ser vi fra forskning og erfaringer med lavterskeltilbud andre steder, at flyktninger i liten grad tar i bruk slike tilbud. I den grad de gjør det, er det ofte samtaler om bekymringer eller praktiske anliggender som tas opp, og flyktningene møter i all hovedsak kun til 1-2 samtaler. Denne typen individuell oppfølging kan for eksempel ivaretas av psykiatriske sykepleiere eller kliniske sosionomer ved HNI. Psykologer kan bistå i de tilfeller der det er ønskelig, og evt. foreta en videre henvisning til spesialisthelsetjenesten for behandling. I tillegg kan psykologene lære opp personalet i evidensbaserte teknikker for å behandle og forebygge søvnplager. Disse teknikkene er enkle i bruk, og trenger ikke formidles av lege/psykolog (jfr. anbefalinger fra Folkehelseinstituttets rapport «Bedre føre var»).

Psykologene har prøvd ut lavterskel samtaletilbud ved Introduksjonssenteret i 2015. Erfaringene var at arbeidet var svært ressurskrevende (logistikk, tid etc.) uten å kunne forsvares av flyktningenes nytte eller bruk av tilbudet. Tilbudet ble derfor avviklet.

12.3.4. Behov for behandling

Enkelte flyktninger vil imidlertid ha behov for behandling. Når disse fanges opp av HNI vil en faglig vurdering foretas. Noen kan ha nytte av et kortvarig samtaletilbud ved HNI, men i all hovedsak bør flyktninger med behov for behandling henvises til spesialisthelsetjenesten, som har ansvaret for behandling av alvorlige psykiske lidelser. Psykologene vil etterstrebe en tettere kontakt med særlig DPS 'ene og spesialisthelsetjenestene.



Foto: Sølve Sætre

Målsettinger:

- Gjennomføre systematisk kartlegging av psykisk helse hos alle nybosatte flyktninger innen 3 måneder fra bosetting i Bergen for å avdekke psykisk sårbarhet, risikofaktorer for psykisk sykdom og behandlingstrengende psykiske plager/lidelser
- Gi undervisning om psykisk helse til alle nyankomne flyktningene, med gode selvhjelpsteknikker og normalisering av etterreaksjoner etter traumer, og gi kunnskap om norsk helsevesen for å gjøre helsehjelp mer tilgjengelig
- Iverksette gruppetiltak til flykninger med særlig risiko for utvikling av helseplager (enslige mindreårige, barnefamilier, familiejenforente)
- Tilby kurs i mestring av traumerelaterte vansker og depressive plager, samt i å håndtere søvnproblemer hos nyankomne flykninger
- Etablere lavterskel samtaletilbud ved HNI om bekymringer og stress nyankomne flykninger bærer på
- Tilby fysioterapibehandling ved psykosomatiske helseplager og sammensatte helseplager etter tortur
- Etablere et tett samarbeid på individnivå mellom HNI, Introduksjonssenteret, Nygård skole, barnevernstjenestens til for enslige mindreårige (EM), familievernkontor, krisesenter, asylmottak, NAV, fastleger og DPS 'er
- Gjennomføre kompetanseheving og kunnskapsformidling både innad i kommunen og i samarbeid med andre kommuner og aktører i flyktningefeltet

12.4. Personer med spiseforstyrrelser

Å ha en spiseforstyrrelse i voksen alder er en utfordring i seg selv da det ligger mye skam bak sykdommen. For å kunne bedre tilbudet for voksne over 18 år i kommunehelsetjenesten bør kunnskapen om de ulike spiseforstyrrelsene økes hos fastlege, pedagoger, legevakt, helsesøster, jordmortjenesten og kommunepsykologer. Brukere melder ofte at de blir møtt med lite kunnskap og forståelse i førstelinjetjenesten.

Grunner kan være at de bakenforliggende årsakene til spiseforstyrrelser ikke blir tatt på alvor. Fokus ligger for mye på symptomer, og tilbudet går i stor grad på ernæring, fysisk aktivitet og vekt. Disse faktorene vil ikke i seg selv kunne bidra til langvarige og gode resultater.

Mange venter for lenge med å søke hjelp, i tillegg er det mange som i sitt første møte med hjelpeapparatet får vite at de ikke er syk nok for behandling, da de ikke har lav/høy nok vekt, eller sykdomsbilde ikke er alvorlig nok. Det er svært viktig at det finnes et tilgjengelig tilbud der man kan oppsøke hjelp på et tidlig tidspunkt uten å behøve å fylle satte kriterier for å ha en diagnose. På den måten kan man i større grad forebygge og forhindre alvorlig sykdom.

Spiseforstyrrelser blant menn er økende. Forskning viser at menn går lenger med sin lidelse før de oppsøker hjelp. Det er derfor viktig at kommunen tilrettelegger et målrettet tilbud for menn for å øke sjansen for at disse oppsøker hjelp på et tidligere tidspunkt.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal legge til rette for et årlig samhandlingsforum hvor ROS og helsefaglig ansvarlig personell innenfor psykisk helse i Bergen kommune, møtes for utveksling av erfaringer og kompetanse innenfor spiseforstyrrelser
- Bergen kommune skal øke forståelsen og kunnskapen blant sine ansatte om spiseforstyrrelser generelt, med et spesielt fokus rettet mot den største gruppen av spiseforstyrrelser, overspisingslidelse. Bergen kommune skal tilrettelegge for adekvate samt forebyggende tiltak for disse gruppene
- Bergen kommune skal samarbeide med Rådgivning om spiseforstyrrelser omkring tiltak for personer med spiseproblematikk, som inkluderer den bakenforliggende årsaken til spiseforstyrrelsen/problematikken

12.5 Personer med utviklingsforstyrrelser

Denne brukergruppen var i forrige plan beskrevet som personer med Asperger syndrom. Det er en gruppe som verken er psykisk syke eller utviklingshemmede, men har en autistisk fungering som gjør at mange trenger hjelp og tilrettelegging. Primært kjennetegnes de ved kvalitative avvik i evne til sosialt samspill, avvikende kommunikasjonsmønstre og et snevert, stereotyp og gjentakende repertoar av interesser og aktiviteter. Dette medfører ofte en rigid og lite fleksibel måte å forholde seg til omverdenen på. Også grad av intelligens varierer, men de fleste er innenfor normalområdet. Dette er ikke en psykisk lidelse i den forstand at den kan behandles bort, men en type fungering som er stabil, og som i stor grad avhenger av omgivelsenes kunnskap og tilrettelegging. Undersøkelser om antall personer med disse lidelsene i Bergen er usikre, men det er gjort et anslag på ca. 300 personer over 18 år.

De fleste har problemer med å forstå og regulere sine egne følelser, vite når en oppgave er ferdig og forstå figurativt og tvetydig språk. Ferdigheter og mestringsevne varierer fra situasjon til situasjon. Til tross for gode intellektuelle evner har mange vansker med ting som for de fleste mennesker fremstår som en selvfølge. Stressnivået deres er svært ofte høyt, og

mange sliter med overfølsomhet i forhold til sensoriske inntrykk, spesielt i forhold til hørsel, syn og berøring.

Generelle tilpasningsproblemer og stor sårbarhet for stress, mas og korreksjoner, gjør at de kan ha problemer med å klare hverdagslivet og kravene i skole og arbeidsliv.

Personer med Asperger syndrom trenger ofte en fast kontaktperson for støtte og veiledning, selv om de ikke har søkt konkrete tjenester. Noen ganger trenger de veiledning om hvilke tjenester de kan søke, andre ganger en samtalepartner for å redusere stress og forstå bedre verden omkring seg.

Blant personer med utviklingsforstyrrelser finner vi en overhyppighet av ulike psykiske lidelser. De mest vanlig forekommende er angst, depresjon, AD/HD, ADD, Tourette syndrom og tvangslidelser. Psykotiske episoder kan opptre i tidlig voksen alder. Mange har søvnforstyrrelser, og ca. 5 % har epilepsi.

I oppfølgingen av denne gruppen er det to hovedelementer:

- Det viktigste er etablering av ansvarsgruppe med koordinator, og å gi tilbud i Individuell Plan/Oppfølgingsplan. Dette bør skje relativt raskt etter diagnostisering, og det er viktig at pårørende inviteres inn i gruppen.
- Det andre tilbudet er et eget gruppetilbud knyttet til Fredheim aktivitetshus. Dette tilbudet er nå ca. 5 år gammelt og har blitt et viktig sted både for å samle kompetanse, og som et sosialt tilbud til voksne personer som ofte mangler et sosialt nettverk utenom familien.

Fra 2010 – 2011 ble det gjennomført et kompetanseprogram for 25 nøkkelpersoner i ulike tjenester som møter personer med utviklingsforstyrrelser, og det ble arbeidet med dialogen mellom kommunen og Habiliteringstjenesten som står for utredning og diagnostisering. Dette har redusert konflikter og feilinformasjon, og mange flere med denne typen problemer har fått en fast kontaktperson og ansvarsgruppe. Selv om det fortsatt er utfordringer i tjenestene for denne gruppen, fungerer det mye bedre enn for noen år siden. Det er nå viktigst at kompetanse og gode systemer blir vedlikeholdt.

Målsettinger:

- Sørge for god kompetanse på utviklingsforstyrrelser/Asperger syndrom i alle psykiske helse enheter, og andre aktuelle helse- og omsorgstjenester
- Tilby en fast kontaktperson til alle voksne med Aspergers syndrom, også de ikke har søkt tjenester

12.6. Seksuelle minoriteter

Lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT) har økt hyppighet av psykiske problemer i forhold til gjennomsnittsbefolkningen. Dette er særlig aktuelt for ungdom som er i en prosess mot erkjennelse av sin seksuelle orientering. Undersøkelser viser at depresjoner, selvmordsforsøk og stort forbruk av rusmidler er mer ubredt i denne gruppen.

En del flyktninger som kommer til Norge tilhører LHBT gruppen og kommer fra land der de har vært grovt diskriminert og sjikanert. Dette gjør at noen av dem har særlig helseutfordringer. Fordi målsettinger knyttet til helse hos seksuelle minoriteter vedtas i egne planer, lages det ikke egne målsettinger for disse i denne planen.

12.7. Veteraner fra internasjonale operasjoner

Blant innbyggerne i Bergen er det over 2000 personer som har deltatt i militære internasjonale operasjoner. De aller fleste av dem har gjennom denne tjenesten fått utfordringer de har vokst på og ser tilbake på tiden de var ute som positiv. Men noen har fått store problemer i ettertid, og trenger både profesjonell hjelp og menneskelig støtte og forståelse. Veteranene i Bergen har dannet flere ulike grupper og organisasjoner, og disse gir mye kameratstøtte og hjelpe til veteraner som strever. Bergen kommune har gjennom de siste årene etablert et bedre system på hvordan veteraner kan få hjelp i kriser og hvordan kommunen kan bidra til at de som trenger behandling får det. Dette er beskrevet i en egen plan som er under realisering.

12.8. Overgangen ungdom - voksen

Overgangen fra tjenester for barn og unge til tjenester for voksne er en særlig sårbar situasjon for mange. Det kan både gjelde personer som har mottatt behandling i psykisk helsevern for barn og unge eller som har hatt omfattende barnevernstjenester. Det gjelder også mellom ulike kommunale tjenester. Særlig gjelder dette der ungdommen ikke kan bo hjemme og trenger både bolig og tjenester fra et nytt hjelpetilbud. Altfor ofte kommer slike overganger brått på for alle parter, i stedet for at de planlegges i god tid sammen med den det gjelder og familien. Ofte har også de ulike tjenestene manglende kunnskap om hverandre, og tettere samarbeid ville avklart hva som er mulig og realistisk av hjelp, og knytte nødvendige nye kontakter.

Det å flytte for seg selv første gang er en stor overgang, og det kan være kilde til utrygghet og sorg for den unge å miste kjente hjelpere. Det mangler ikke kunnskap om dette – men det mangler ofte gode kvalitetssikrede systemer for kommunikasjon og planlegging på individnivå. Dette må bedres i kommende planperiode.

Målsetting:

- Etablere et godt system for overføring av unge som som trenger psykiske helsetjenester for voksne når de fyller 18 år

12.9. Studenter

Bergen har over 30 000 studenter, og i 2014 rapporterte rundt 20 % av disse om alvorlige psykiske symptomplager. Det er dobbelt så mange som i befolkningen i samme aldersgruppe forøvrig. I 2010 var det 13 % som rapporterte om alvorlige psykiske symptomplager.

Studentene har et eget, spesialisert helsetilbud som studentsamskipnaden drifter. Disse tilbudene skal dekke de behovene som ikke dekkes av de offentlige tilbudene. Det er snakk om psykologer med kort ventetid, samt samtale- og kursgrupper.

Kompetansen studentsamskipnaden har bygget opp rundt studenters behov og utfordringer er utrolig viktig for videreutvikling av tilbudene.

Målsetting:

- Bergen kommune vil støtte opp om utvikling av studentsamskipnadens tilbud, og bidra til at studentenes psykiske helsesituasjon forbedres

13. Forskning, innovasjon og utvikling

En stadig større del av psykiske helsetjenestene i Norge ytes fra kommunale tjenester, mens bare en liten andel av ressursene til forskning benyttes der. I alle nye offentlige strategidokumenter om forskning står det at en større del av fremtidig forskning på helsetjenestene skal foregå i kommunene. Dette vil også bli førende for hvordan forskningsrådet fordeler midler i fremtiden. Det gir en mulighet til å være mer offensive i å identifisere mulige områder for forskning i de kommunale helsetjenestene, og inngå samarbeid med aktuelle forskningsinstitusjoner. Dette må Bergen kommune benytte seg av i det videre arbeidet med kunnskaps- og tjenesteutvikling.

De fleste modeller og prinsipper som benyttes i de psykiske helsetjenestene i Bergen er prøvd ut og evidensbasert i andre land. Særlig USA, Italia, Storbritannia, Nederland og Danmark har vært viktige steder å hente kunnskap og inspirasjon fra. Men alle ideer og modeller må «oversettes» til lokale forhold. Politikk, lovgivning og tjenesteorganisering varierer fra land til land og gjør at ingenting kan kopieres direkte. Derfor må også effekten måles lokalt.

De psykiske helsetjenestene i Bergen har deltatt i en rekke forskningsprosjekter ved at data og tilgang til brukere fra våre tjenester er tilrettelagt for forskere som henvender seg. Også der nye tiltak er etablert i samarbeid med NAV, har det vært gjort eksterne evalueringer fra forskningsmiljø.

Bare i liten grad har det vært Bergen kommune selv som har lagt premissene for forskningsprosjekter innen psykisk helse, og det er et stort uutnyttet potensiale for samarbeid med lokale fagmiljøer om forskning. Flere nye tiltak som er startet opp i Bergen burde vært grundigere og eksternt evaluert, til nytte både for tiltaket, for andre kommuner og for utdanningsinstitusjonene og deres studenter. Dette gjelder eksempelvis både ulike botiltak, kunst- og kulturtilbud og bruken av ikkemedikamentell behandling for depresjon, angst og

søvnvansker. Her ligger det også godt til rette for det som kalles brukerinvolvert forskning, der brukere deltar som medforskere, og er aktive i å formulere temaer, lage spørsmål og tolke data som kommer inn.

Både Høgskolen i Bergen og Universitetet i Bergen tilbyr master- og doktorgradsprogrammer som er relevante, der det ligger godt tilrette for et nærmere samarbeid med de kommunale psykiske helsetjenestene.

Målsettinger:

- De psykiske helsetjenestene i Bergen skal bidra til å fremme forskning og kunnskapsutvikling som kan sikre befolkningen best mulig tjenester
- Samarbeide nært med lokale høyere utdanningsinstitusjoner for at en større del av deres fremtidige mastergrads- og doktorgradsarbeider skal involvere de kommunale psykiske helsetjenestene.
- Stimulere kommunalt ansatte til å ta master- og/eller doktorgrader, og legge til rette for at denne kompetansen benyttes i tjenestene.

Bergen bystyre behandlet saken i møtet 191016 sak 267-16 og fattet følgende vedtak:

1. Bystyret vedtar Plan for psykisk helse 2016 – 2020 Gode liv i et inkluderende samfunn og målsettingene som ligger i planen.
2. Planen vil danne grunnlag for prioritering av kommunens innsats på området, og tiltak som gir økte kostnader vil bli iverksatt når det foreligger finansiering – enten gjennom statlige tilskudd eller gjennom økte kommunale budsjettmidler ifm årlige budsjetter.
3. Det etableres et system for oppfølging av planen, med et årlig møte der de ulike byrådsavdelingene og etatene som har deltatt i å utarbeide planen møtes og rapporterer om status for arbeidet.
4. Bystyret ber byrådet utrede muligheten for å opprette treningsboliger for personer med alvorlige psykiske lidelser, gjerne i dialog med Betanien DPS.
5. Bystyret ber byrådet styrke tiltak som forebygger ensomhet og sosial isolasjon hos eldre, og intensivere arbeidet med selvmordsforebygging blant eldre.
6. Bystyret orienteres om den videre oppfølgingen av planen med løypemeldinger to ganger i perioden.

Merknad 1

Bergen kommune er opptatt av at frivilligheten er en viktig bidragsyter i innsatsen for å gi mennesker med psykiske utfordringer en samtalepartner og veiledning slik at de kan søke profesjonell hjelp, herunder vil vi trekke frem det viktige arbeidet som blant annet Røde Kors og Kirkens SOS gjør gjennom deres tjenester på telefon og nett.

Merknad 2

Mange barn opplever å være pårørende i løpet av sin oppvekst. Foreldre eller søsken med psykiske lidelser kan påvirke barn. Plan for psykisk helse 2016 – 2020 påpeker utfordringer med å få kartlagt og kontakt med barn som er pårørende til voksne med psykiske lidelser. I tillegg vet vi at ikke alle som sliter med psykiske helseplager / lidelser mottar den hjelpen de trenger, eller har kontakt med hjelpeapparatet. Bystyret påpeker derfor viktigheten av at voksne som jobber med barn i kommunen har god kompetanse og kunnskap om hvordan barn kan bli påvirket av å være pårørende, og hvordan en kan sette dem i kontakt med aktuelle hjelpetilbud.

Merknad 3

Bystyret ber om at Studentsamskipnaden og Velferdstinget i Bergen bes komme med innspill i fremtidige høringsrunder om planen.

Merknad 4

Frivillige enkeltpersoner og organisasjoner gjør en stor og viktig innsats for å gi mennesker med psykiske utfordringer muligheten til et bedre liv. De tilbyr blant annet sosiale fellesskap, mulighet til å utfolde egne evner, gi tilgang til mennesker som kan være samtalepartnere og gi veiledning til å søke profesjonell hjelp. Denne frivillige innsatsen er en svært verdifull ressurs som betyr mye for mange av dem som sliter med psykiske utfordringer. Kommunen er opptatt av at dette ikke skal komme i stedet for kommunens eget ansvar og innsats, men at det skal supplere kommunens eget arbeid og dermed styrke den samlede innsatsen overfor mennesker med psykiske utfordringer.



BERGEN
KOMMUNE