



Oslo

PRIOslo/Velferdsetaten

Personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer

Funksjonsnivå, behov og utvidelse av
Matrise for rusfeltet med somatikk-
del

Rapport



Forfattere: Synnøve Seljeflot og Magne Ådna
PRIOslo/Velferdsetaten

Publisert: 16.06.2022, rev. februar 2026

Innholdsfortegnelse

1	Forord - status pr. 28.11.23 og revidering 2026	5
2	Bakgrunn	6
2.1	Om rapporten.....	7
2.2	Sammendrag	7
3	Metode	10
3.1	Oversikt over aktørene som ble intervjuet	11
4	Dagens tilbud i Oslo kommune	12
4.1	Forskjell på omsorgssenter og sykehjem	14
5	Målgruppen	15
5.1	Kjennetegn og funksjonsnivå	15
5.2	Alder og grupper i Matrise for rusfeltet	22
5.3	Antall	23
6	Behov	24
7	Tilbud i bydel	27
7.1	Hjemmesykepleie	27
7.2	Ordinær kommunal bolig holder ikke	28
8	Omsorgssentrene	30
8.1.1	Variasjon i funksjonsnivå.....	30
8.1.2	To-delt gruppe	31
8.1.3	Mer enn to-årig opphold	32
8.1.4	Omsorgssentrene strekker seg ut over mandat	32
8.1.5	Kompetanse	34
8.1.6	«Feil» målgruppe	34
8.2	For lavt omsorgsnivå	35
8.3	Bomiljø og skjerming	37

9	Hvorfor passer ikke Omsorg+ for målgruppen?	37
10	Sykehjem	38
11	Med og uten sikkerhetsrisiko	43
12	Erfaringer fra andre kommuner	44
13	Hva finnes og hva mangler av tilbud i Oslo?	45
13.1	For gruppene 1- 5 og 8 Somatikk.....	45
13.2	For gruppene 5- 7 Somatikk.....	49
14	Funn	50
15	Matrise for rusfeltet utvidet med somatikk-del	53
16	Litteratur og dokumenter	56
17	Vedlegg	57
17.1	Tilbud i andre kommuner	57
17.1.1	Stord kommune.....	57
17.1.2	Stavanger kommune	59
17.1.3	Trondheim kommune	61
17.1.4	Bergen kommune	62
17.1.5	Fredrikstad kommune.....	63
17.2	Matrise for rusfeltet	64
17.3	Intervjuguide	76

1 Forord - status pr. 28.11.23 og revidering 2026

I etterkant av at denne rapporten ble lansert i juni 2022, har det i Oslo kommune blitt jobbet for å lage et bedre tilbud for personer med rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer med størst problemomfang. Det har blitt bevilget midler til å etablere to nye «trinn» i omsorgstrappa:

- Omsorgssenteret Adamstuen med 43 plasser har i løpet av høsten 2023 blitt endret til en nyopprettet kategori rusinstitusjon og har blitt et «forsterket omsorgssenter». Bemanningen økes, og det er ansatt flere med helsefaglig kompetanse. Tilbudet skal kunne gis til personer med behov for mer pleie og omsorg enn det som gis på ordinære omsorgssentre. Botiden skal også kunne være lengre enn to år.
- I oktober 2023 ble det åpnet 7 sykehjemsplasser for personer som bruker illegale rusmidler. Plassene er lagt til den eksisterende avdelingen som tidligere var forbeholdt personer som brukte legale rusmidler. Bemanningen er styrket, og Velferdsetaten har gitt opplæring til ansatte ved avdelingen knyttet til ivaretagelse av personer med alvorlige rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer.

Resten av rapporten foreligger i stor grad slik den ble publisert i juni 2022. Behovene og utfordringsbildet til personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer som er beskrevet i rapporten er fortsatt like relevant. Rapporten er likevel oppdatert i februar 2026 med en justering av begreper, og den reviderte Matrise for rusfeltet fra februar 2026 er innarbeidet i rapporten.

2 Bakgrunn

Som en del av prosjektet «Nytt bolig- og finansieringskonsept for bostedsløse med rusproblemer» i 2021, ble det utviklet en Matrise for rusfeltet. Matrisen inneholder en inndeling av personer med rus- og ev. psykiske helseproblemer i åtte grupper basert på funksjonsnivå.

Prosjektet var et samarbeid mellom Velferdsetaten, bydeler, Boligbygg Oslo KF (heretter kalt Oslobygg), ideell sektor og Makers Hub, TAG Arkitekter og Growlab. Kunnskapsrapporten «Samlokaliserte boliger med base og småhus» fra PRIOslo/Velferdsetaten og rapporten Håndbok boliger med ekstra kvaliteter for personer med rus- og psykiske helseproblemer fra PRIOslo/Velferdsetaten, MakersHub og TAG Arkitekter finner du på [nettsiden til PRIOslo](#). Målet var å utvikle et konsept for samlokaliserte boliger med personalbase for personer som skal bosettes fra institusjon til egen bolig i bydel.

Matrisen skal brukes til å få en mer spesifikk boligbehovskartlegging av personer med rus- og psykiske helseproblemer i Oslo, og Boligbygg legger matrisen til grunn når de skal framskaffe boliger til personer med rus- og ev. psykiske helseproblemer. I etterkant av prosjektet har bydelene kommet med innspill på at de har et økende antall personer med rus- og psykiske helseproblemer og *omfattende* helseplager. Somatiske helseproblemer inntreffer langt tidligere hos målgruppen enn hos normalbefolkningen. Dette prosjektet handler om å få en oversikt over personer omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer, deres funksjonsnivå og behov, og deres faktiske og eventuelt manglende tilbud i Oslo kommune.

Vi har kalt dette tilleggsprosjektet «Personer med omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer.» Matrisen for rusfeltet er utvidet til å inkludere en somatikkdel.

PRIOslo

Program for rusfeltet i Oslo 2020–2024 (PRIOslo) samordner innsatsen for å nå målene i strategisk plan for rusfeltet (bystyresak 350/18). Et hovedmål er at personer med rusproblemer skal få økt livskvalitet gjennom bolig, aktivitet/arbeid og sosial inkludering i bydel. Velferdsetaten skal støtte opp under utviklingen i bydelene og samtidig tilby et byomfattende bolig- og institusjonstilbud for innbyggerne med de mest alvorlige og sammensatte utfordringene.

For å nå målene kreves videreutvikling av bolig- og tjenestetilbudet i bydelene, Velferdsetaten må tilpasse sitt institusjonstilbud og det kreves smidige overganger mellom ulike tjenesteytere og tjenestenivåer. Rus, somatikk og psykisk helse må sees mer under ett. I styringsgruppen for programmet deltar byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester (AIS), fem bydelsdirektører (en fra hver DPS-sektor), lederne i Velferdsetaten, Helseetaten, Sykehjemsetaten, Boligbygg og Velferdsetatens brukerråd.

2.1 Om rapporten

Målet med denne rapporten er å sammenfatte erfaringsbasert kunnskap om personer med omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer. I første del av rapporten beskrives målgruppens behov, hvordan dagens tilbud fungerer i Oslo og andre kommuner, og hvilke tilbud Oslo kommune bør utvikle for å kunne gi denne voksende gruppen egnede botilbud.

Rapportens andre del omhandler en utvidelse av Matrise for rusfeltet til å også omfatte personer med omfattende somatiske helseproblemer. Den utvidede matrisen skal være et utgangspunkt for boligbehovskartleggingen i Oslo kommune i uke 48 i 2022. Oslo trenger en oversikt over antall personer i de ulike gruppene for å kunne gjøre en god planlegging av behov og dimensjonering av tilbud de kommende år.

Denne rapporten sammenfatter erfaringer fra totalt 23 intervjuer med ledere og ansatte fordelt på fem omsorgssentre, seks bydeler, fem kommuner, Stovnerskoghjemmet, Gatehospitalet i Oslo og fire intervjuer i Velferdsetaten.

2.2 Sammendrag

Prosjektet «Personer med omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer» er en videreføring av prosjektet «Nytt bolig- og finansieringskonsept for bostedsløse med rusproblemer». Målet er å kartlegge behovet for bo- og tjenestetilbud til personer med omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer.

Alder

For målgruppen generelt inntreffer somatiske helseproblemer mye tidligere enn hos normalbefolkningen. I omsorgssentrene finnes det personer ned i 20-årene, og på rusavdelingene på Stord sykehjem og Stokka sykehjem i Stavanger bor personer ned i 30-årene. Majoriteten er mellom 40 og 60 år i omsorgssentrene. En sannsynlig årsak til somatiske helseproblemer blant yngre mennesker er den økende bruken av illegale stoffer, spesielt bruk av sentralstimulerende middel.

Antall

Noen bydeler har gjort et anslag på hvor mange som er i målgruppen rus-, psykiske- og omfattende somatiske helseproblemer. Bjerke sier de har mellom 5 og 10 personer, mens Sagene sier at de har 40–50 personer, hvorav 24–25 av disse bor i Velferdsetatens institusjoner. Fredrikstad med sine 82 000 innbyggere har kartlagt at de har 30 personer i målgruppen. Hvis deres rate overføres til Oslo, betyr det at vi har over 250 personer i målgruppen med omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer. Dette vil bli bedre kartlagt i boligbehovskartleggingen i 2022 i Oslo.

Disse personene er veldig ressurskrevende å få til å bo i bydel og krever bredt samarbeid mellom tjenester. Flere samlokaliserte boliger med base vil kunne gjøre at flere vil kunne bo noe lengre i bydel også med omfattende somatikk.

Behov

Målgruppen har behov for medisinerings, tre - fire faste måltider om dagen, smertelindring, faste ansatte med kompetanse på rus, psykiatri og somatikk som er tilgjengelig når det passer målgruppen. Mange har behov for omsorg, pleie og stell, og dermed også mer helsepersonell. De trenger hjelp til egenomsorg, struktur og rammer, aktivitet og å bli fulgt til avtaler med hjelpeapparatet. Mange har hyppige sykehusinnleggelser. Flere på omsorgssentrene har også nedsatt bevegelighet og trenger hjelp ved forflytning, bruk av rullator eller el-rullestol. Disse trenger ro og stabilitet, og har behov for mer tjenester enn bydelene kan tilby.

Omsorgssentre

Beboerne i omsorgssentrene i Oslo har stor variasjon i funksjonsnivå. Dette gjelder både den enkelte fra periode til periode, men også mellom beboerne på omsorgssentrene. De fleste klarer å stelle seg selv, men alle omsorgssentrene går langt ut over dagens mandat for å romme personer med omfattende utfordringer knyttet til somatikk, psykiatri og sikkerhetsproblematikk. Spennet kan variere fra å klare seg greit selv til å være i palliativ fase. Med psykiatri og sikkerhetsproblematikk knyttet til omfattende somatikk, kan enkelte beboere kreve 1-1 oppfølging i perioder.

Omsorgssentre med dagens mandat klarer ikke å møte omsorgsbehovet til mange av beboerne, og de ansatte er «hverdagsengler» som tilrettelegger for personlig pleie og stell for de som har omfattende behov. Noen av disse tåler ikke «kjøret» på Enga og Adamstuen, og har behov for mer pleie, stell, omsorg og ro, og mindre enheter enn Adamstuen med sine 43 beboerrom. For disse er det bedre med en mindre enheter med 15 - 20 plasser.

Omsorgssentrene, Gatehospitalet og en bydel sier i intervjuene at vi snakker om en to-delt gruppe på omsorgssentrene:

- De som har behov for langvarig pleie og stell, mat og medisinerings, aktivisering og eventuelt dialyse. Disse trenger opphold uten tidsbegrensning. Hvis de bodde i Stord og Stavanger ville disse vært pasienter på rusavdelingene på sykehjem. For å dekke deres behov trengs omsorgssenter med forhøyet omsorgsnivå med mer helsepersonell, blant annet sykepleiere som både kan drive miljøterapeutisk oppfølging, men også medisinerings og helsefaglig oppfølging og eventuelt rehabilitering. Disse har behov for mindre enheter med 15-20 plasser.
- En annen gruppe er de med god mobilitet, som trenger omsorgssenter mer på grunn av adferd og somatisk tilleggsproblematikk. Også her trengs ansatte med kompetanse på både rus, psykiatri og somatikk. Disse beboerne kan profitere på kartlegging og

medisinering, faste måltider og oppfølging, og som har somatiske helseproblemer som kan bli bra eller reduseres. Mange i denne gruppen kan klare å komme over i bolig etter for eksempel et to-års opphold. Her snakker vi omsorgssenter med dagens mandat, hvor det også kan være mulig å ha rullerende plasser som på Stord eller brukerstyrte plasser.

De fleste bydelene sier at man ønsker et forhøyet omsorgsnivå med mer helsepersonell for alle på omsorgssentrene og tidsubestemte opphold. Mange som kommer ut fra omsorgssentrene blir fort dårligere når de kommer i kommunal bolig. Spranget mellom tilbudet i et omsorgssenter til en ordinær kommunal bolig blir for stort, og de må gjerne inn igjen på omsorgssenter etter kanskje et år. Samlokaliserte boliger med base, som Arveset gård, ville vært en god mellomstasjon mellom dagens omsorgssenter og kommunal bolig. Oppbyggingen av slike type boliger er viktig for å ha et bredere spekter av botilbud i bydel, og samlokaliserte boliger med base vil avlaste både omsorgssentrene, Gatehospitalet og spesialisthelsetjenesten. Oppbyggingen av dette vil imidlertid ta tid.

Egen sykehjemsavdeling

Det finnes ikke noen sykehjemsavdeling for personer som bruker illegal rus i Oslo i dag. Dette er det behov for. Men samtidig blir spranget for stort mellom omsorgssentre med dagens mandat, der beboerne er mobile og skal kunne klare personlig stell selv, og dagens sykehjemspasienter. Derfor er et alternativ å få på plass omsorgssentre med høyere omsorgsnivå, slik at man kan gi mer pleie og stell til de med moderat bevegelighet, som også kan ha krevende adferd. Etter hvert, når de kommer i palliativ fase, eller får lav eller ingen mobilitet, vil en sykehjemsavdeling være et riktig tilbud. Det er funksjonsnivå som må avgjøre behovet for sykehjemsplass, og ikke alder eller rustype, jamfør praksis i Stord og Stavanger og også beskrivelsen av kriterier i Midlertidig forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem – Kriterier og venteliste for Oslo kommune fra 2017. Her ligger det ikke inne noen nedre aldersgrense for pasienter på sykehjem.

Et alternativ til omsorgssenter med høyere omsorgsnivå, er en sykehjemsavdeling for illegal rus som både kan romme personene som har behov ala omsorgssenter med høyere omsorgsnivå og sykehjemspasienter. På Stord og i Stavanger rommer sykehjemsavdelingene personer på begge disse to nivåene.

Sikkerhetsproblematikk

Vi ser at det går et skille mellom personer med rus, psykiatri og omfattende somatikk som har sikkerhetsproblematikk og de som ikke har det. Botilbudet til disse to gruppene må derfor være ulikt. Gruppene 1-4, 8 og majoriteten av personene i gruppe 5 har ikke sikkerhetsproblematikk. Vi kaller denne gruppe 1-5 og 8 Somatikk i den utvidende delen av Matrise for rusfeltet.

BOTILBUD FOR GRUPPENE 1 - 5 OG 8 SOMATIKK:

- samlokaliserte boliger med base
- omsorgssentre med plasser til dagens målgruppe (selvhjulpne, inntil to år), men i tillegg
- plasser til personer med behov for høyere omsorgsnivå og uten tidsbegrensning.
- egen sykehjemsavdeling for illegal rus

Gruppe 6 og 7 har sikkerhetsproblematikk. En del i gruppe 5 får ikke nok medisiner til å dempe både smerte og abstinenser, og smerter gjør at de kan utvikle aggressivitet og utagering. I den utvidende matrisen kaller vi denne gruppen for 5 - 7 Somatikk.

BOTILBUD FOR GRUPPENE 5 - 7 SOMATIKK:

- Trygg+ med helsepersonell (ala Ljabruveien boliger, omsorgsboligstandard)
- plasser anskaffet fra private leverandører (per i dag utenfor rammeavtale)
- egen sykehjemsavdeling for illegal rus ved lav eller ingen mobilitet og i palliativ fase

Kort beskrivelse av utvidet Matrise for rusfeltet står i kapittel 15. Full oversikt over matrisen med en tilleggsdel om somatikk finnes som vedlegg i kapittel 17.2.

Andre funn beskrives i kapittel 14.

3 Metode

Kvalitativ metode

Vi har gjennomført semi-strukturerte intervjuer basert på et intervjukjema sendt ut i forkant¹. I alle intervjuer har det vært ledere til stede, og i majoriteten av intervjuene har også andre ansatte vært til stede. Intervjuene ble gjennomført i perioden februar til april 2022.

Møtene med Stovnerskoghjemmet og Gatehospitalet var fysiske, mens de andre møtene ble gjennomført digitalt. Basert på intervjuene er erfaringer trukket ut og samlet i en egen database for videre analyse.

Workshop og møter

Funn fra intervjuene ble presentert for Programgruppen i PRIOslo på møtet 5. mai. De ga innspill til diskusjonspunkter som ble tatt opp på fellesmøte med Programgruppen og Ressursgruppen i PRIOslo 13. mai. Her deltar kontaktperson for PRIOslo fra alle bydeler, i tillegg til representanter

¹ Intervjukjemaene ligger i vedlegget i kapittel 17.3.

fra Velferdsetatens brukerråd, ideell sektor, Husbanken, Boligbygg og Helseetaten. Aktørene ga innspill på funn, hvilke tilbud Oslo mangler, og de jobbet med utvidelse av Matrise for rusfeltet for å inkludere personer med omfattende somatikk.

Alle som ble intervjuet i Oslo ble invitert til workshop 13. mai. Møtereferatene ble sendt ut i forkant. På workshopen ble funnene presentert, og 20 deltagere jobbet med utvidelse av matrisen, og hvilke tilbud Oslo mangler til målgruppen. Her deltok brukerorganisasjon og leder av Velferdsetatens brukerråd. En erfaringskonsulent fra Velferdsetaten har deltatt i hele prosjektet.

3.1 Oversikt over aktørene som ble intervjuet

Omsorgssenter

- Adamstuen omsorgssenter
- Blindern omsorgssenter
- Den åpne dør, Frelsesarmeen
- Enga, Kirkens Bymisjon (to intervjuer)
- Heimen bo- og treningssenter, Frelsesarmeen

Bydeler

- Bjerke
- Frogner
- Gamle Oslo
- Sagene
- Stovner
- Østensjø

Aktører i Oslo

- Stovnerskoghjemmet, Sykehjemsetaten
- Gatehospitalet, Frelsesarmeen

Velferdsetaten

- Avdeling for rustjenester og tilrettelagte boliger (ART), spesialkonsulent
- Avdeling rustjenester og tilrettelagte boliger (ART), to seksjonssjefer
- Avdeling rustjenester og tilrettelagte boliger, Felles Inntak, seksjonssjef
- Avdeling rustjenester og tilrettelagte boliger, Felles Inntak, spesialkonsulent

Kommuner

- Stord og Stord sykehjem

- Stavanger og Stokka sykehjem
- Fredrikstad
- Bergen
- Trondheim

Vi intervjuet fem av seks omsorgssenter, som alle ligger i Oslo kommune. Syningom omsorgssenter er rusfritt, ligger i Austevatn og ble ikke intervjuet. Bydelene er geografisk spredt og alle fem DPS-sektorene er representert. Gatehospitalet i Oslo og Stovnerskoghjemmet sykehjem ble begge besøkt og intervjuet. Sykehjemmet har en egen avdeling for legal rus.

Stord og Stavanger kommune ble intervjuet fordi de har etablert egne velfungerende sykehjemsavdelinger for personer som har omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer. Begge avdelingene har inntak basert på funksjonsnivå, og skiller ikke mellom type rusmidler eller alder.

Bergen og Trondheim kommune ble valgt ut fordi de er store kommuner, og slik sett bør de ha en del personer i målgruppen i sin kommune. Husbanken anbefalte oss å snakke med Fredrikstad kommune, fordi de har utarbeidet en boligplan og planlagt for hvordan de vil gi et tilbud til målgruppen.

I vedlegget i kapittel 17.1 er tilbudene til målgruppen i kommunene Stord, Stavanger, Trondheim, Bergen og Fredrikstad beskrevet.

Vi hadde møte med ulike personer i Velferdsetaten i Avdeling for rustjenester og tilrettelagte boliger og Felles Inntak. Avdeling for anskaffelser og tilskudd mente de hadde lite å tilføre arbeidet, siden få eller ingen i målgruppen er på kjøpsplasser gjennom Velferdsetatens rammeavtale.

4 Dagens tilbud i Oslo kommune

I Oslo bor en del personer med omfattende rus- psykiske- og somatiske helseproblemer hjemme med ambulante tjenester og hjemmesykepleie.

I Oslo har noen få bydeler samlokaliserte boliger med base. Dette gjelder for eksempel Skogvollveien (Bydel Bjerke) og Arveset gård (bydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner). Her får beboerne noe mer tilsyn, og personer med somatikk kan klare seg noe lengre enn i egen bolig.

Omsorgssentre

En del andre kommuner bruker benevnelsen «omsorgssenter» på steder der beboerne får pleie og stell. Dette er annerledes i Oslo. I Oslo er «omsorgssenter» en kategori av rusinstitusjonsplassene. Kategoriene er:

- Akutt-, utrednings- og videreformidlingsenheter
- Mestringsenheter (rus)
- Ressurssenter (rusfritt)
- Omsorgssentre (rus og rusfritt)
- Forsterket bo- og behandlingstilbud.

Dagens mandat for omsorgssentrene er opphold inntil to år. Omsorgssentrene skal ivareta fysisk og psykisk helse, gi omsorg og arbeide for økt mestring og livskvalitet, samt redusere risikoatferd. Omsorgssentrene har i liten grad helsepersonell, selv om de har noe mer enn andre institusjonskategorier i VEL. Det er i utgangspunktet et krav om at beboerne i stor grad skal være selvhjulpne med personlig hygiene og stell. Velferdsetaten drifter selv tre omsorgssentre, i tillegg til at Velferdsetaten har kontrakt med ideelle organisasjoner som drifter tre andre omsorgssentre.

Kun ett av disse er rusfrie. De andre omsorgssentrene huser personer i aktiv rus, og beboerne bruker for det meste illegale rusmidler eller har et blandingsmisbruk.

Dagens omsorgssentre er:

- Adamstuen omsorgssenter, Velferdsetaten (43 plasser inkl. 10 leiligheter i institusjonen)
- Blindern omsorgssenter, Velferdsetaten (20 plasser)
- Den åpne dør, Frelsesarmeen (18 plasser inkl. 8 treningsleiligheter i institusjonen)
- Enga, Kirkens Bymisjon (35 plasser inkl. 4 selvstendige botreningsleiligheter)
- Heimen bo- og treningssenter, Frelsesarmeen (26 plasser)
- Syningom omsorgssenter, Velferdsetaten (rusfritt, 22 plasser)

Sykehjem og Gatehospitalet

Stovnerskoghjemmet sykehjem er driftet av Sykehjemsetaten og har 23 plasser for personer som bruker legal rus. Dette gjelder først og fremst alkoholbruk, men flere og flere kan ha et sidemisbruk av illegale rusmidler. Sykehjemsavdelingen kan også ta personer som er i LAR, og noen av beboerne er under 67 år.

I Oslo ligger også Gatehospitalet, som er driftet av Frelsesarmeen med nasjonale midler. Gatehospitalet gir tilrettelagt sykehusbehandling for mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet. Her tilrettelegges for palliative forløp. Pasienter kan oppholde seg der i inntil noen måneder. Gatehospitalet har en avdeling med ni plasser for menn og en

kvinneavdeling med åtte plasser. Gatehospitalet samarbeider med Oslo kommune, sykehusene i Oslo, feltpleiestasjonene, ruspoliklinikker, fastleger og andre ideelle aktører.

4.1 Forskjell på omsorgssenter og sykehjem

I flere intervjuer har vi spurt om forskjellen mellom omsorgssenter og sykehjem. Noen sier at omsorgssentre kan romme en større bredde av beboere enn et sykehjem. Dagens mandat sier at omsorgssentrene ikke skal gi pleie eller omsorg. Her er det begrenset krav til helsepersonell.

Sykehjem har tilsynslege, avdelingssykepleier og ansvarlig for beboere hele døgnet. Her kan ansatte komme inn uten å banke på, og de har en snor som de kan dra i hvis de trenger hjelp.

Bemanning

Sykehjem har høyere bemanning enn omsorgssentrene.

Vanligvis defineres begrepet «pleiefaktor»² som forholdet mellom årsverk ansatte i direkte pasientarbeid/ antall pasienter. Personell på natt trekkes ofte ut, slik at en står igjen med forholdet ansatte/pasienter på dag og kveld, alle dager. En sykehjemsavdeling med 18 årsverk pleiepersonell dag/kveld og 20 pasienter, vil ha en pleiefaktor på 0.90 (Sandnes kommune, 2016)

I rapporten «Langtidsplasser for mennesker med langvarig rusmisbruk i Oslo kommune - utfordringer og muligheter» fra Sykehjemsetaten og Velferdsetaten (2021) står det på side 11:

Langtidsplasser har en pleiefaktor (PF) på ordinære, somatiske plasser på 0,71, mens helsehusene per i dag har en gjennomsnittlig pleiefaktor på 0,83 ... Plassene på langtidsavdelingen på Stovnerskogen har pleiefaktor 1,0. Den høyeste pleiefaktoren Sykehjemsetaten opererer med er 1,38.

Stokka sykehjem i Stavanger og Stord sjukeheim har ikke høyere pleiefaktor ved sine rusavdelinger enn ved andre avdelinger, men de har lavere terskel for å leie inn ekstra nattevakt eller ekstra bemanning på dag ved behov.

Adamstuen har 26 årsverk på 40 beboere. Dette inkluderer også ledelse og to nattevakter. Avhengig av hva man legger til grunn, vil pleiefaktoren være på rundt 0,55. Enga har 23,5 årsverk på 35 beboere inkludert administrasjon/ledelse og en på kjøkken, som skal trekkes fra. Pleiefaktoren vil da antagelig ligge på omtrent det samme som Adamstuen. Begge steder vil det likevel være behov for at ledelse også går inn og utfører miljøarbeid og oppfølging av beboere.

² «Bemanningsfaktor» er noe annet enn «pleiefaktor» og defineres oftest som forholdet mellom antall ansatte ved en institusjon/antall pasienter. I begrepet «bemanningsfaktor» tar en med merkantilt personell, institusjonsleder, renhold og vaskeri, kjøkken, vaktmester og liknende.

Kompetanse

Ifølge rapporten fra Sykehjemsetaten og Velferdsetaten i 2021 har man ulike styrker og kompetanse hos ansatte på omsorgssentre og sykehjem:

- *Velferdsetaten sin grunnkompetanse består i hovedsak av sosialfaglige medarbeidere og miljøterapeuter, samt ruskompetanse, måltidsverter, m.m.*
- *Sykehjemsetaten sin grunnkompetanse er medisinsk/helsefaglige kompetanse, som lege, sykepleier, helsefagarbeider, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, m.m.*

5 Målgruppen

Personer med samtidige rus- og psykiske problemer er ikke en ensartet gruppe. De har ulike alder, ulike grad av rusbruk, ulike somatiske- og psykiske utfordringer og forskjellige tjenestebehov.

I de eldste botiltakene som ble intervjuet i prosjektet «Nytt bolig- og finansieringskonsept for bostedsløse med rusproblemer» opplevde de at beboerne stadig blir eldre og får flere somatiske helseutfordringer. På Ø7 og Schandorffsgate har de trukket inn helsepersonell for å kunne håndtere mer somatikk. Boenheter blir også bygget om for å kunne tilby et høyere omsorgsnivå slik at beboerne kan bo så lenge som mulig.

5.1 Kjennetegn og funksjonsnivå

I dette prosjektet har vi gått nærmere inn på målgruppen med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer. Gjennomgående i intervjuene blir målgruppen beskrevet med disse funksjonsnivå og kjennetegn:

- omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer
- kognitiv svikt
- utagering
- lav egenomsorg
- manglende boferdigheter
- møter ikke til avtaler
- kaotisk liv
- varierende funksjonsnivå
- fysisk bevegelsesnedsettelse
- mobile, til tross for omtrent i palliativ fase
- lite nettverk
- hyppige sykehusinnleggelser
- fra rundt 30 år, gjennomsnittlig 40–60 år

Somatikk

Disse personene har omfattende somatiske helseproblemer. Gatehospitalet trekker fram at det er forskjell på kortvarig somatiske helseplager og langvarige. Noen somatiske helseplager kan bedres eller forsvinne med godt stell og pleie, mens for eksempel dialyse vil fortsette hele livet. Adamstuen beskriver at beboerne har somatiske utfordringer som sår, HIV, HEP-HAP, mrsa og dialyse. Andre beskriver sykdommer som kreft, diabetes, kols eller begynnende kols eller nyresvikt. Personer med disse sykdommene går ofte inn og ut av sykehus.

Gjennomgående i intervjuene blir det sagt at somatikken inntreffer mye tidligere enn hos normalbefolkningen, noe forskningen også kan bekrefte.

De har omfattende somatikk - kroppslige sykdommer ofte i forståelse som geriatri - aldersrelaterte sykdommer, som inntreffer mye tidligere enn hos normalbefolkningen. (Felles Inntak)

Mobilitet og bevegelsesnedsettelse

En del på omsorgssentrene har også fysiske bevegelsesnedsettelse. Heimen sier de har to som bruker el-rullestol, flere bruker rullator, og mange er ustø og har problemer med å komme seg rundt. Både Enga og Den åpne dør har flere som mangler ben etter amputasjon, og noen sitter i rullestol. De har også flere med rullator.

Til tross for omfattende somatiske helseproblemer og bevegelsesnedsettelse er evnen til å opprettholde mobilitet veldig stor. Felles Inntak beskrev en beboer på et omsorgssenter som bare hadde 1-2 år igjen å leve. Personen hadde åpne sår som blødde i fellesareal og på gata. Vedkommende klarte ikke å følge opp diabetes og ruste seg på alt tilgjengelig, inkludert antibac.

De har sterk overlevelsessevne. Helt utrolig hvordan de klarer å komme seg fra Vestlisvingen til senteret for å kjøpe øl, eller de «krabber» seg til sentrum og ordner seg. (Stovner)

En utfordring for somatisk syke i bydel kan være at de ikke får scootere på grunn av rusinntak. Heimen beskriver også hvordan de «kreker» seg rundt, eller de kan ha gode hjelpere. Noen tar taxi for å få kjøpt rusmidler.

*Overraskende hvordan dårlige somatiske pasienter klarer å få satt sprøyter med heroin. Utrolig hvem som klarer å injisere.
(Gatehospitalet)*

Høy mobilitet i kombinasjon med somatikk er noe som kan gjøre det mer krevende med inntak på sykehjem.

Omfattende psykiatri

Både Felles Inntak, flere kommuner, omsorgssentre, Stovnerskoghjemmet og Gatehospitalet snakker om at målgruppen har omfattende psykiatri og gjerne ubehandlede traumer. Mange har behov for å ruse seg for å døyve traumer.

*Det er varierende omfang på psykiatri, men de fleste har omfattende psykiatri, som vrangforestillinger, fobier, angst og tvangsnevroses. Man har følelsen av å jobbe på et psykiatrisk sykehus uten nok bemanning.
(Enga)*

Fire av omsorgssentrene, Felles Inntak, en bydel, Stovnerskoghjemmet, Gatehospitalet og Bergen trekker alle fram at det er mye psykiatri og traumer. Adamstuen sier flesteparten av beboerne har psykiske lidelser, mange er paranoide eller schizofrene. Fire er på depot, de har fire som burde vært det, og mange som går på antipsykotiske midler.

Av de som flytter inn her blir det mer og mer psykiatri. (Adamstuen)

Det er også vanskelig å si hva som er somatikk, rus og psykiske lidelser, siden disse blandes inn i hverandre, sier blant annet Gatehospitalet.

Kognitiv svikt

Tre av omsorgssentrene, Velferdsetaten, Stovnerskoghjemmet, Bydel Bjerke, Bergen og Fredrikstad snakker alle om kognitiv svikt på grunn av blant annet alder, sykdom og rusbruk. I Bydel Bjerke opplever de hos noen av sine begynnende demens, fall, og at man blir funnet utenfor leilighet. Stovnerskoghjemmet snakker også om alkoholdemens i tillegg til kognitiv svikt.

Mange har kognitive utfordringer med manglende forståelse for egen situasjon, manglende evne til å ta inn og omsette informasjon. (Heimen)

Ansatte må bidra til å tolke verden og være deres advokat, eller være en «tolk» mellom pasient og spesialisthelsetjeneste, sier Gatehospitalet og Enga. Eller som Blindern sier:

De trenger personale for å bli med inn på time og få korrekt beskjed, og som kan være der til støtte for beboeren. (Blindern)

Tidligere var det flere som hadde et etablert liv og ferdigheter. Heimen forklarer:

Vi gir nå tilbakemeldinger hvert år på at gruppen blir dårligere fungerende, det er mer atferdsproblematikk, manglende forståelse for verden rundt seg, forvrengning, og det er vanskelig å nå inn til de. Den største endringen er hos damer. Før hadde vi normalt, nå har vi 13 eldre damer med problemer med demens og nedsatt bevegelighet. (Heimen)

Utagering

Flere har utageringer, og noen ganger henger det sammen med rus, somatiske helseplager og smerter. Gatehospitalet sier at en del har utageringer og aggresjon som bunner i dårlig følelsesregulering, og somatiske helseplager gjør alt vanskeligere. En bydel snakker om at det er mye utagering, spesielt muntlig. Når personene blir sinte, får angst eller frustrert får de også problemer med naboene.

En annen utfordring som blant annet Bergen, Gatehospitalet og Velferdsetaten snakker om er at mange ikke får nok smertelindring, fordi leger ikke foreskriver tilstrekkelig med medisin. Personer som har langvarige rusproblemer får ofte ikke nok og riktig medisin til å både dekke smerter og abstinens.

Bydel Gamle Oslo sier at dette også kan ha med nedprioritering av ernæring til fordel for rusen:

Mange har disponeringsutfordringer og bruker penger på rus heller enn til mat. Det var mye sult når jeg startet her i 2020, og dermed også sinne og utagering. (Bydel Gamle Oslo)

Lav egenomsorg og kaotiske liv

Noen har gode boferdigheter, mens veldig mange trenger mye oppfølging og hjelp til rydding av brukerutstyr, dusj og vasking av klær. Heimen sier beboerne sliter med å ivareta seg selv, selv med en klar «liste» over hva som trengs for å bedre den somatiske situasjonen. Likevel mangler de evne og vilje til å følge opp selv. Mange klarer veldig lite selv i boligen og trenger praktisk bistand og hjelp til å handle mat.

Mange har manglende bokompetanse, rommet blir fort demontert eller "søppelplass" (Enga)

Mange har lav egenomsorg. Mye rus og psykisk uhelse gjør at de ikke klarer å følge opp somatiske plager.

En gjennomgående utfordring er at de ikke møter til avtaler med fastlege, spesialisthelsetjenesten osv. Bydelene Stovner og Sagene sier de har lite kontakt med fastlege og hjelpeapparat, eller kanskje også unndrar seg hjelp. Da forverres ofte de somatiske helseutfordringene, fordi ting går for langt uten å bli oppdaget.

De klarer ikke å følge opp timeavtaler, betale regninger, få sørget for sårstell, oppsøke fastlege... De er redde for å dra til legevakten til tross for at de er redd for helsen sin, - de er kjemperedde, men gjør alt motsatt av det de burde. (Heimen)

Mange har hatt kaotiske liv i en årrekke. Somatiske helseproblemer kan da komme i andre rekke. Bydel Østensjø beskriver at mange ikke har telefon, eller lader ikke telefonen, så praktisk bistand ikke kommer inn. «Vi må koordinere og ofte bestille nedvask før praktisk bistand går inn igjen.»

Gjennom år med omfattende rusbruk og livsutfordringer har mange et lite nettverk. På flere av omsorgssentrene beskriver de ansatte at de etter hvert blir de nærmeste pårørende for beboerne, spesielt de som er der over år.

Stor variasjon i funksjonsnivå

Rus- og somatiske helseplager kan gjøre at en person som kanskje er i gruppe 2 i Matrise for rusfeltet kommer i gruppe 5. Den enkelte vil variere i funksjonsnivå. Noen kan være relativt velfungerende etter en periode med lite rus, og så ha stort omsorgs- og pleiebehov etter en periode med omfattende rusing.

I tillegg ser vi at det er stor variasjon i funksjonsnivået til beboerne på omsorgssentrene. Det kan være alt fra personer som er selvhjulpne, til de som trenger pleie og stell. Dette gjelder også for eksempel Valle Bosenter i Bydel Gamle Oslo.

Rus og rusnivå

Både Enga, Stovnerskoghjemmet og sykehjemsavdelingene på Stord og Stavanger sier at bruk av bare alkohol nesten ikke finnes lenger. De fleste vil ha et blandingsmisbruk med piller eller andre rusmidler.

Noen utvider fra illegal rus til også noe alkohol når de blir eldre, ifølge Gatehospitalet. Bydel Stovner sier at de eldre ikke bare bruker LAR og alkohol, men mye ulik rus. Det blir mer uro når de bruker sentralstimulerende middel for eksempel på et omsorgssenter.

På Adamstuen ruser alle seg med illegale rusmidler, og stadig flere bruker amfetamin. Også de i LAR ruser seg i tillegg. I tillegg til amfetamin brukes heroin, piller og metadon.

Den åpne dør sier at 90 prosent ruser seg på daglig basis og alle med illegale rusmidler. På Enga ruser alle seg, men i varierende grad: En tredjedel får kontroll på rusen, en tredjedel ruser seg moderat og en tredjedel har et faretruende høyt rusnivå.

Gatehospitalet sier de ser et økt behov for å ruse seg, og Heimen sier at uavhengig av somatiske plager fortsetter de å ruse seg:

Fordi traumer og psykiske lidelser blir mer påtrengende, får de et større behov for å ruse seg, men en syk 50-åring får noe annet ut av rusen enn en på 30. De leter fremdeles etter godfølelsen, og utvider ofte fra illegal rus til også noe alkohol. Hvis man bor trygt, kan det kanskje bli noe mindre rus. (Gatehospitalet)

De siste ti årene har vi sett en økning i somatiske plager, men de fortsetter uansett å ruse seg. (Heimen)

Bydelene Bjerke og Østensjø sier at rusnivået opprettholdes når personer som ruser seg får somatiske problemer. Men det er personavhengig om de ruser seg mer, og at dette ofte er avhengig av om de kommer seg ut eller om de har naboer som hjelper.

På Stord sykehjem sier de at ernæring og bedre almenntilstand, faste rammer og regler, medisiner til faste klokkeslett, kontinuerlig oppfølging og trygghet gjør at det blir noe mindre rusbruk og mindre selvmedisinering enn når de bor alene.

Blindern beskriver at det kan være konflikt mellom gruppen som har alkohol som sitt hovedrusmiddel og de som bruker illegale rusmidler. Ansatte prøver å skjerme de to gruppene fra hverandre ved å være observante og forebygge, men at det kan fort bli konflikt.

På Stokka sykehjem i Stavanger sier det at disse to gruppene har ulik adferd når de ruser seg, men at de likevel går ganske bra sammen:

De som bruker illegal rus, de er mer stille, men det varierer veldig. Vi tillater ikke illegale rusmidler, men de har eget rom med bad, seng og nøkkel, så det ligner et privat hjem. Helsepersonell ransaker ikke uten at det ligger åpent. De har frihet og vil ta vare på hjemmet sitt. (Stavanger)

Både på Stovnerskoghjemmet og i Stavanger har de ordninger der ansatte kan handle på vegne av pasienten for deretter å porsjonere ut, hvis ikke pasienten selv klarer å skaffe alkohol.

Økonomi

Svak økonomi er en utfordring for en mange av personene i målgruppen. Selv om flere har uføre- eller alderspensjon, er det noen som mottar sosialstønad. Dette kan gjøre det utfordrende ved bosetting, fordi tilbudene har ulike kostpriser.

En mestringsenhet koster rundt kr 6000 i måneden. På et sykehjem betaler du 75–85 prosent av pensjonen. Her betaler du kr 9200 i måneden i egenandel, mens du bodde gratis på Marcus Thranes, men de har brukt opp Marcus Thranes (utrednings- og videreformidlingsenhet). Så da får vi plassert folk som ikke vil være her på grunn av egenandel. Hvis du er daglig heroinist, har du ikke råd til å bo på Adamstuen. (Adamstuen)

En annen utfordring er at en del av personene er papirløse og mangler bankkort eller enkel mulighet for å legitimere seg, sier Gatehospitalet. Mange har også restanser hos fastlegen, og feltpleien blir noe de heller benytter seg av.

5.2 Alder og grupper i Matrise for rusfeltet

Som befolkningen ellers blir også personer med rusproblemer stadig eldre. Fredrikstad beskriver at personer med rusproblemer blir en del av eldrebølgen.

*Alle gruppene vil ha behov for pleietjenester når de blir eldre.
(Bydel Sagene)*

Stord sykehjem og Stokka sykehjem har pasienter langt ned i 30-årene på sine rusavdelinger. Både fra intervjuer med omsorgssentrene og fra intervjuer med Stord sykehjem og Stokka sykehjem, kommer det fram at de som er yngre bruker illegale rusmidler.

Syntetiske eller sentralstimulerende varianter gir større somatiske utslag og ikke minst mer psykisk uhelse og aggressivitet enn for bare fem år siden. (Bydel Sagene)

De yngste på Gatehospitalet og Adamstuen er i 30-årene, mens Heimen og Den åpne dør har personer ned i 20-årene. Bydel Frogner sier: «Mange er unge og dårlige, og omsorgsbehovet samsvarer ikke nødvendigvis med alder.» I Bergen sier de at beboerne er mye yngre enn andre med sykehjemsplass, selv om de har samme funksjonsnivå. Snittalderen på omsorgssentrene er mellom 40 og 60 år, mens de eldste er opp mot 70–80 år. De eldste har gjerne hatt et alkoholmisbruk tidligere, mens det nå er utvidet til et blandingsmisbruk.

Men gjennomsnittsalderen i Velferdsetatens institusjoner er ikke høyere enn før. Hva skyldes dette? I tillegg til at endring i rusmønsteret gir somatiske helseproblemer tidligere, er det også flere yngre som plasseres på omsorgssentrene nå enn før mandatsendringen kom i Velferdsetaten i 2021. På institusjoner som Marcus Thranes hus og Dalsbergstien kunne man tidligere ha lengre opphold over flere perioder og år, og flere av de yngste hadde tilbud her. Institusjonene hadde kompetanse til å romme personer med ROP-utfordringer, en målgruppe som nå også beveger seg videre til omsorgssentrene, fordi Marcus Thranes hus og Dalsbergstien har blitt utrednings- og videreformidlingsenheter med opphold på inntil 60 dager.

Grupper

Enga sier at de har personer fra alle gruppene i Matrise for rusfeltet, kanskje til og med fra gruppe 7. Bydel Sagene sier at de har flest personer fra gruppene 1 og 2 på omsorgssentrene. Somatiske helseplager skiller ikke mellom gruppene i matrisen. Alle utvikler somatiske helseplager, og de gjør det tidligere enn normalbefolkningen.

5.3 Antall

I rapporten «Langtidsplasser for mennesker med langvarig rusmisbruk i Oslo kommune-utfordringer og muligheter» fra Sykehjemsetaten og Velferdsetaten (2021) sier at behovet for plasser for beboere som er i behov for sykehjemsplass er uklart, men at tallet totalt er et sted mellom 20 og 30 personer.

I intervjuene har vi spurt om antall personer som har omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer. Felles Inntak i Velferdsetaten sier at dette er en voksende gruppe med kanskje mellom 50 og 100 personer i Oslo. Bydel Sagene sier imidlertid at de har opp mot 50 personer bare i sin bydel, der halvparten er i Velferdsetaten, noen er hjemmeboende med omfattende tjenester, og noen er på Møllehjulet. Bydel Sagene anslår at det vil komme 40–50 personer i tillegg til de nevnte 50 de neste fem årene. Sagene sier: «Dette gir stor grunn til bekymring. De vi har i Velferdsetaten kan vi ikke ta tilbake til bydel – vi klarer ikke å dekke deres pleiebehov.»

Bydel Frogner har hatt flere saker bare det siste halve året. Bydel Bjerke sier at de har mellom fem og ti personer i sin bydel. Bydel Gamle Oslo har omtrent fem personer i denne kategorien på Valle Bosenter, der tre er sengeliggende med til dels alvorlig psykiatri. Bosenteret har flere somalisktalende ansatte fordi norskferdighetene til flere beboere er dårlig.

Bergen og Trondheim har ikke noen god oversikt over antallet personer i målgruppen i sine kommuner. Trondheim sier at de har «en eller to håndfuller som er vanskelig å plassere».

Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester (heretter kalt HEI) har høsten 2021 innhentet informasjon fra bydelene om manglende tilbud til brukere med store omsorgsbehov. Totalt er det kartlagt 178 brukere. 67 prosent av disse har psykiatriutfordringer. 101 personer av de 178, eller 57 prosent, har rusproblemer og store omsorgsbehov. To bydeler, som begge har et stort antall brukere, svarte ikke på kartleggingen. I tillegg til at det var noe uklart hvilke personer bydelene skulle kartlegge. En av bydelene med størst utfordringsbilde kartla for eksempel ikke personer med omfattende pleiebehov som bruker illegale rusmidler.

Fredrikstad anslår at de har 30 eldre pleietrengende pasienter med ROP i hovedforløp 3 blant sine 82 000 innbyggere. Hvis vi hadde overført det relative tallet fra Fredrikstad til Oslo med sine 700 000 innbyggere, ville dette tilsvart litt over 250 personer i målgruppen for Oslo. Det er sannsynlig at prevalensen i Oslo er høyere enn i Fredrikstad, jf. Oslo som har storbyutfordringer.

6 Behov

Målgruppen har ulike behov, og disse kan oppsummeres slik:

- ernæring
- utdeling av medisin
- smertelindring
- faste ansatte som er tilgjengelige
- kompetanse på rus, psykiatri og somatikk inkl. helsepersonell
- omsorg, stell og pleie
- hjelp til egenomsorg
- støtte og veiledning inkl. innen økonomi
- bli fulgt til avtaler med hjelpeapparatet
- struktur og rammer
- aktivitet
- sosialt fellesskap
- tilrettelegging og tilpasning av bolig
- hjelp ved forflytning eks. rullator, el-rullestol og heis
- ro og stabilitet
- tilgang på rusmidler

Utdeling av mat og medisin

I intervjuene med omsorgssentrene, Velferdsetaten, Felles Inntak og flere bydeler trekker de fram behovet for utdeling av både mat og medisiner til målgruppen.

Det er behov for medisiner fire ganger i døgnet for å holde de i LAR og få stabilitet. Hvis ikke de har faste medisiner fire ganger faller de fort ut, spesielt antipsykotiske. (Enga)

Medisiner er viktige både for å regulere helsetilstanden og for å dempe smerter. En utfordring er at mange ikke får nok og riktige medisiner til å dempe både smerter og abstinens.

Målgruppen har også behov for tre til fire faste måltider om dagen.

De trenger måltider ala omsorgssentre i VEL. Men det er ikke nok at det er måltider, noen trenger bistand for å få i seg de måltider man skal ha i løpet av en dag. (Frogner)

Faste ansatte med kompetanse

Ansatte må være tilgjengelig når beboerne er motiverte og når de er til stede. Bydelene Stovner og Bjerke, Heimen og Adamstuen påpeker at det er viktig med stabilt personale, som gjør at beboerne får hjelp fra ansatte som de kjenner godt. Faste ansatte er viktige for å få relasjon og komme i posisjon. Dette kan igjen føre til mindre rusbruk. Bydel Stovner forteller at de har en kvinne på Enga som overlever takket være enkeltansatte sin innsats overfor henne som har fått til gode relasjoner med beboer.

Stabilt personale gjør også at situasjoner kan håndteres likt fra gang til gang, noe som kan være problematisk for hjemmesykepleien, der stadig nye ansatte kommer innom pasientene. Trygghet gjennom å kjenne folk er viktig både for personer som bor i bydel og personer som bor på omsorgssentre. Det kan være krevende når hjemmesykepleie også skal brukes inn i omsorgssenter:

De har behov for forutsigbarhet, kjente mennesker og trygghet. Vi har for eksempel en som ikke tar imot hjelp eller dusj fra hjemmesykepleien, fordi det er ukjente folk - så faller det på oss. (Heimen)

Beboere trenger hyppige tilsyn. På et av omsorgssentrene går de ansatte runde på kvelden, men uten trygghetsalarm kan beboere falle og bli liggende helt til morgenen.

De ansatte må ha kompetanse både på rus, psykiatri og somatikk. Kompetanse på somatikk er viktig for å avdekke behov og for å være «tolk» mellom beboer og spesialisthelsetjeneste – som gjelder begge veier. Det trengs også lege, sykepleiere og ulike yrkesgrupper, sier Bydel Frogner.

Stord sier om beboerne på sykehjemsavdelingen at de trenger omfattende helsehjelp som ikke kan dekkes med hjemmesykepleie. Beboerne har behov for sykepleie- og legekompetanse, samt helsehjelp flere ganger i uken.

Stell, pleie og egenomsorg

Alle omsorgssentrene, Velferdsetaten og Bydel Bjerke sier at flere har behov for stell og pleie.

Heimen sier at flere beboere har behov for stell, fra enkel oppfølging, til å komme seg opp av sengen, få på klær og dusje. Blindern sier at de må motivere til egenomsorg og tilrettelegge for dusj og gi rene håndklær. Noen får også hjelp med urin og avføring.

Omsorgssentrene og Gatehospitalet sier det er behov for å rydde, vaske rom og skifte sengetøy og ta ut søppel. Heimen sier at det har hendt de må få inn bydel når beboer flytter for å få hjelp til å klargjøre rommet igjen.

Veiledning, støtte og bli fulgt til avtaler

Selv om det må være takhøyde for atferd, sier blant annet Stord og Den åpne dør at det må være faste rammer og struktur.

Mange har behov for mye hjelp og klarer ikke å orientere seg uten støtte. Den åpne dør sier at de trenger «ansatte som pusher, gir påminnelser, ivaretar og nattevakten som ser deg når du kommer inn.».

Mange har disponeringsutfordringer og bruker penger på rus og lite til mat.

Bo-oppfølger følger opp med å åpne post, bistå med å betale regninger, medisinbehandling, er kontaktperson i forhold til sykehus, kjører de i bilen vi har til avtaler. (Østensjø)

Alle omsorgssentrene, Stord og to bydeler sier at målgruppen er helt avhengig av å bli minnet på avtaler og bli fulgt til avtaler hos ARA, fastlege, DPS, lege, tannlege og sykehus. De fleste må kjøres fra dør til dør.

Tilpasning og hjelp ved forflytning

For å kunne fungere godt trenger flere personer i målgruppen tilpasning av bolig eller tilrettelegging gjennom hjelpemidler. Heimen bruker ergoterapeut for tilrettelegging. På omsorgssentrene er det flere som trenger hjelp til forflytning, enten med rullator, støtte av en ansatt eller ved bruk av rullestol. På Valle Bosenter har de tre beboere som er sengeliggende, og de ansatte må nå læres opp i bruk av heis ved forflytning fra seng til rullestol.

Aktivitet og sosialt felleskap

Ytterst få personer i målgruppen er i stand til å utføre arbeidsoppgaver. Et par omsorgssenter sier de har 2–3 personer som kan selge =Oslo, bake rundstykker på kjøkkenet eller bidra med vasking av fellesareal mot betaling.

Gjennomgående i alle intervjuer framholdes det imidlertid at aktivisering er veldig viktig, og gjerne utenfor huset hvis det er mulig.

Viktig å ha noe å gjøre uansett hvor du er i livet. Fra laveste aktivitetsnivå til de som trenger noe mer. (Gatehospitalet)

På Valle Bosenter har de ansatt en aktivitør i 100 prosent stilling: «Aktivitet er kjempeviktig, de som er i stand til det skal få drive med aktivitet».

Omsorgssentrene i regi av Kirkens Bymisjon og Frelsesarmeen har mange aktiviteter som ukentlig bingo, tirsdagsturer, tacofredag, gåturer, svømming, kino, treningsgruppe osv. Omsorgssentrene i regi av Velferdsetaten har søndagsbingo, TV-kvelder og markering av høytider og bursdager.

Også på Stovnerskoghjemmet og sykehjemmene på Stord og Stavanger forteller også at aktivitet er viktig, og de har aktivitører som bidrar til dette. På Stord har de laget petanque-bane i hagen til sykehjemmet, og i Stavanger bidrar beboerne blant annet i hagen.

Gjennom aktivitet får man både en sosial arena, følelse av å tilhøre et fellesskap og økt livskvalitet.

Ro og stabilitet

Mange har ikke godt av å bli flyttet etter 1–2 år, få vil være i stand til å flytte i egen bolig, så det er mer snakk om langtidsplass i bolig som er behovet, sier en av seksjonssjefene i Velferdsetaten. Bydel Bjerke sier at for flere av deres personer ikke passer inn på steder som Enga og Adamstuen, fordi de ikke vil tåle rusnivået som er der. De har behov for mer ro og stabilitet.

Tilgang på rusmidler

Blindern sier at fokuset for denne målgruppen er ivaretagelse og ikke rusmestring, som de har prøvd mange ganger før.

Stovnerskoghjemmet har frivillig alkoholavtale, der pasientene betaler for å få jevnlig tildelt alkohol. Stord løser dette ved at ansatte kan kjøpe inn alkohol for beboerne og porsjonere ut.

7 Tilbud i bydel

Manglende boferdigheter, hygiene og pleiebehov gjør det utfordrende for bydel å møte behovene til målgruppene med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer. Målgruppen har for store utfordringer til at de kan bli ivaretatt av hjemmesykepleien, sier blant annet Felles Inntak.

7.1 Hjemmesykepleie

Mange ansatte i hjemmesykepleien mangler kompetanse på rus og forståelse for behovene til målgruppen, og de kan vegre seg for å bistå målgruppen. Det er også en utfordring at personene ikke er hjemme når hjemmesykepleien kommer. Gatehospitalet er blant de som sier at hjemmesykepleie i bolig ikke er optimalt for de som har omfattende somatiske helseproblemer.

Siden det stadig vil være ulike ansatte som kommer fra hjemmesykepleien, mangler de relasjon til bruker og kommer heller ikke i posisjon til å hjelpe. De kan derfor bli avvist i utgangspunktet, eller komme i konflikt med personene de skal bistå.

Det er tøft å skulle argumentere imot på doser når hjemmetjenesten leverer ut A- og B-preparater. (Bydel Sagene)

Både Bydel Sagene og Bydel Stovner kjøper derfor tjenester fra private aktører innen hjemmetjeneste til målgruppen.

Stavanger viser at det kan være mulig å få til et godt samarbeid med hjemmesykepleien. Sammen med helse- og velferdskontoret lager de en god plan for den enkelte bruker og kriseplan. Hva gjør man hvis personen ikke befinner seg hjemme, eller når det blir konflikt? Da trenger hjemmesykepleien at helse- og velferdskontoret er tett på gjennom sitt helseteam, sosialfaglig team eller ROP-team. Representant fra et av teamene blir med på hjemmebesøk sammen med hjemmesykepleien, og hjemmesykepleien er med på ansvarsgruppemøter.

Stavanger sier at selv om det er en utfordring at bruker ikke er hjemme når hjemmesykepleien kommer, så er det ikke nødvendigvis sykehjemsplass som er løsningen. En rullerende plass kan være en mellomløsning, ala Stord, eller kortere opphold, der de får bygd seg opp, sjekket somatisk helsetilstand, får gjennomført legebesøk osv. I Stavanger har de også kommunale boliger som kalles «bo-leiligheter». Der må beboerne forplikte seg til å ta imot miljøarbeidertjenesten én time i uken.

I flere bydeler i Oslo følger rusteam eller booppfølger med når hjemmesykepleie går inn, men det er likevel en svært krevende gruppe å gi oppfølging til. De andre byene snakker om utfordringer for hjemmesykepleien i å komme i posisjon til å bistå den enkelte bruker i eget hjem. Det kan gå en stund, men når de somatiske behovene blir omfattende, blir det behov for et høyere omsorgsnivå.

7.2 Ordinær kommunal bolig holder ikke

Det er ressurskrevende å få personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer til å bo i egen kommunal bolig. Dette krever et veldig godt samarbeid mellom tjenestene i bydel. Sagene sier at i stedet for å yte hjemmetjenester inn i omsorgssentre, så kunne de kjøpe flere somatiske helsetjenester tjenester inn i bolig. Men dette er vanskelig på grunn av intern oppbygging, så de klarer ikke å håndtere slike tjenester i bydel.

Vi har bosatt de i Boligbrua, men det holder ikke. På Arveset holder de lengre, forutsatt aksept av de andre beboerne og aksept for de utfordringene de har. Vi har prøvd å bosette mange i Garver Ytteborgsvei (anm: gammel trygdebolig), men det har ikke fungert så bra. Det blir fort mye uro og sinne når forfallet går fort og de ikke

*kommer seg ut av leiligheten. Dette dempes hvis nettverket
sørger for rus. (Stovner)*

Bydel Østensjø sier at flere instanser må samarbeide godt for å få personene til å fungere i boligen. «De klarer lite selv i boligen, så de trenger hjelp i form av praktisk bistand og til å handle mat. Mange har ikke telefon eller lader ikke telefonen, så praktisk bistand kommer ikke inn. Vi må koordinere og ofte bestille nedvask før praktisk bistand går inn igjen.»

Bydel Gamle Oslo sier at man kan ikke bare plassere personer med rusadferd i kommunal leilighet og tro at de skal lage mat. Heimen trekker også fram at noen kanskje kan bo, men ønsker heller tryggheten og tilgang på bemanning som man finner på institusjon.

Mange bydeler trekker fram at de planlegger å kunne gi tilbud til flere som også har somatiske utfordringer i egen bydel. (Ressursgruppemøte, 13.05.22) For å få til dette kreves flere tilpassede boligløsninger som samlokaliserte boliger med base, endring i tjenestene og endrede holdninger.

Bydel Stovner sier: «De to siste årene nesten ikke hatt plasseringer i omsorgssentre. Vi har sluttet å tenke på omsorgssentre som et aktuelt tilbud, nå tenker vi at de skal bo i hjemmene sine, selv om de har fylt 60 år. Vi bruker Syningom i en periode som avlastningstilbud, et fristed, mens vi drar opp med hygieneteamet, og hjemmetjenesten får seg en pause. Noen drar et par ganger i året. Noen drar på Dokken³. Dette er en holdningsendring hos oss selv, som gjør at vi ikke tenker å kjøpe institusjonsplass. Bo-oppfølgerne strekker seg lengre og gjør tjenester ut over det vi gjorde før, det vil si at de er delvis hjemmehjelpere. Vi har ryktet på oss å være bedre enn praktisk bistand og finner individuelle løsninger. Vi sørger for hjelpemidler, noen kan ha hjemmedialyse, vi kjører folk til sykehus og behandling. Vi leverer mye mat på døren til de som sliter mest.»

Bydel Stovner sørger også for flammehemmende sengetøy og forsterket samarbeid med brannvesenet. Den største utfordringen med å få til disse endringene er fleksibiliteten og kompetansen til hjemmesykepleien. – «Derfor ønsker vi oss et fellesteam».

Til tross for ambulante team og andre tjenester er det vanskelig for tjenesteapparatet å rigge til et godt tilbud i eget hjem til de med omfattende somatiske helseproblemer. Dette vil kunne bedre noe ved etablering av flere samlokaliserte boliger med base. Her vil faste ansatte kunne etablere en relasjon og være til stede når beboer også er hjemme. Erfaringer fra blant annet Bydel Bjerke og Stavanger er at man i samlokaliserte boliger med base kan romme noe mer somatiske helseproblemer enn i ordinære kommunale boliger. Dette vil imidlertid ta tid å bygge opp.

³ Dokken er et tilbud til godt voksne med alkoholutfordringer i spesialisthelsetjenesten.



Skogvollveien i Bydel Bjerke er samlokaliserte boliger med base for personer i gruppe 4.

8 Omsorgssentrene

Omsorgssentrene har mer helsefaglige ansatte enn de øvrige kategorier av rusinstitusjoner i Oslo. De ulike omsorgssentrene har litt ulik profil.

8.1.1 Variasjon i funksjonsnivå

De fem omsorgssentrene som vi intervjuet har en sammensatt beboergruppe. Funksjonsnivået til den enkelte kan variere over tid, i tillegg til at det er stor variasjon i funksjonsnivå mellom beboerne på den enkelte institusjon.

Noen av de som er her kunne bodd i kommunal bolig med tettere oppfølging. Noen er institusjonalisert og avhengig av tryggheten til de ansatte. Vi har noen du aldri ville hatt som nabo – for eksempel i psykose, skriker og skriker, eller demonterer rør og linoleum. Noen venter på å dø. (Adamstuen)

Bydel Østensjø sier at flere blir eldre og får dårligere helse, og de opplever at omsorgssentrene nå etter diskusjoner tar dårligere folk enn tidligere. På Adamstuen sier de at de fleste stiller seg selv, men de har personer som krever mye mer hjelp som dialysepasienter. En del beboere bruker rullator eller har amputert ben og sitter i rullestol. Dette er beskrivende også for de andre omsorgssentrene vi intervjuet.

8.1.2 To-delt gruppe

Den åpne dør, Enga, Gatehospitalet, Velferdsetaten og Østensjø snakker om at vi har en to-delt gruppe.

Vi har de som trenger ro og stabilitet over lang tid, mat og medisiner. Så har vi de som har to års opphold og kan klare å komme i egen bolig etter hvert. Så er de ute kanskje i ett år, og så kommer de tilbake. Bydelene klarer ikke å være tett nok på. (Den åpne dør)

Den åpne dør sier at av de som videreformidles flytter 70 prosent til egen kommunal bolig, mens de resterende flyttes til andre omsorgsinstitusjoner eller utskrives til lavterskel etter trusler og vold.

Gatehospitalet sier at vi har i hvert fall to grupper: «Noen har behov i noen år, så kan de kanskje klare seg i leilighet med dialyse og oppfølging. Den andre gruppen er så dårlige at de trenger plass omsorgssenter som Enga og Heimen og sykehjem. De må få ha et sted der de kan bo til de dør.

Kunne man delt omsorgssentrene i to, sier Bydel Østensjø: «En gruppe trenger omsorgssenter på grunn av ren somatikk. Noen andre trener omsorgssenter på grunn av adferd og noe annet, de spinner rundt og trenger å bli holdt sammen.»

Dagens omsorgssenter har et for lavt omsorgsnivå for mange som har store somatiske helseproblemer.

De fleste bydeler ønsker derimot ikke et to-delt mandat på omsorgssentrene. De ønsker et høyere omsorgsnivå på alle plassene og uten tidsbegrenset botid på omsorgssentrene. Bydelene mener at de aller fleste på omsorgssentrene er for dårlige til å bli tatt tilbake til bydel. (Ressursgruppemøte 13.05.22) Bydel Sagene sier at forskjellen mellom hva omsorgssentrene selv sier om to-delt mandat for omsorgssentrene og det bydelene opplever kan forklares i at mange av brukerne tilfrisknes på et omsorgssenter. Der får de mat, medisiner, væske, og

deretter får bydelen igjen press på seg for å bosette. Da kan det fort bli forfall, fordi tjenestene blir mindre og helsepersonell er mangelvare. Så er de tilbake i institusjon kanskje etter ett år.

8.1.3 Mer enn to-årig opphold

En gjennomgående tilbakemelding fra bydelene (Ressursgruppemøte 13.05.22) er at to-årig mandat på omsorgssenter er alt for kort tid. Felles Inntak bekrefter også at det i enkelte saker ikke er tilstrekkelig med opphold på inntil to år.

Bydelenes tilbakemelding både i intervju og på Ressursgruppemøtet er at omsorgssenter må ha et varig tilbud. Det trengs endring i mandatet til omsorgssentrene slik at det blir uten tidsbegrensning og med forhøyet omsorgsnivå. De aller fleste på omsorgssentrene er så dårlige at bydelene ikke klarer å gi de noe godt tilbud, og de trenger også høyere bemanning enn det som tilbys per i dag i omsorgssentrene.

Det fungerer ikke etter to år i omsorgssenter å skulle bo i egen leilighet, de trenger for mye hjelp i hverdagen. (Bydel Østensjø)

Sagene sier at de 24–25 personene de har i Velferdsetaten ikke kan flyttes tilbake til bydel, fordi bydelen ikke klarer å dekke deres pleie- og omsorgsbehov.

8.1.4 Omsorgssentrene strekker seg ut over mandat

Et tydelig funn i prosjektet er at omsorgssentrene strekker seg langt ut over mandat for å dekke behov både innen somatikk, psykiatri og sikkerhet. Dette framgår tydelig i intervjuer med de ulike omsorgssentrene, bydeler som Østensjø og Stovner, Felles Inntak og Gatehospitalet.

Sikkerhet

Felles inntak sier at omsorgssentrene tar personer med større og mer omfattende utfordringer enn de i utgangspunktet er rustet for. Siden det per dags dato ikke er tilstrekkelige alternativer, er situasjonen gradvis blitt slik at omsorgssentrene justerer og strekker seg for å finne løsninger for beboerne. Hvis noen får vedtak på plass i kategorien forsterket bo- og behandlingstilbud, men det ikke er plass på Ljabruveien boliger eller Lassonløkken, plasseres de på omsorgssenter eller mestringsenheter med «forsterket bemanning». Bydelene må da betale for at det er flere folk på jobb 1–3 vakter i døgnet. Dette kan fungere i en periode, men omsorgssentrene kan ikke ha permanent, forsterket bemanning.

Nesten hver dag diskuterer vi om vi kan tilby noe til de som er så dårlige, eventuelt få til noe med forsterket bemanning og hærverksgaranti fra bydel. (Felles Inntak)

Felles Inntak har mandat til å kunne kreve høyere bydelsbetaling på de kommunale institusjonene for økt bemanning eller hærverksgaranti. En bydel sier de må betale 14 000 kroner i døgnet for forsterket bemanning på en institusjon.

Forsterket bemanning foregår kun på de kommunale omsorgssentrene, men ikke på Heimen, Den åpne dør og Enga. De ideelle institusjonene opplever dette som forskjellsbehandling og en særlig utfordring da de siden oktober 2020 ikke lenger kan styre eget inntak, men må ta imot de personene som Felles Inntak til enhver tid tildeler til dem.

Psykiatri

Det er også et tydelig funn at beboerne på omsorgssentrene har mye mer psykiatriske problemer enn tidligere.

Har følelsen av å jobbe på et psykiatrisk sykehus uten nok bemanning. (Enga)

Som tidligere nevnt sier Adamstuen at de har fire på depot, fire til som burde vært det, og mange som går på antipsykotiske midler. «Det blir mer og mer psykiatri på de som flytter inn.»

Gatehospitalet trekker fram at botrygghet er mer vektlagt innen psykiatrien enn inne rusfeltet.

I psykiatrien snakker man ikke om å kaste ut. Pasienter som flytter inn i psykiatribolig får større ro. (Gatehospitalet)

Somatikk

Et kriterium for å få plass på omsorgssenter er egentlig å kunne ivareta selv og egen hygiene. Slik er ikke situasjonen nå. Omsorgssentrene strekker seg langt ut over mandat når det gjelder somatiske helseproblemer. Blindern sier at de som blir overført klarer lite eller ingenting selv: «De må ha stell og hjelp til hygiene, eller ikke klarer å tilkalle hjelp. Vi har ikke ringesystem her - vi hører at de roper.» Heimen sier de merker størst endring på bevegelse, og at flere har svært lave boferdigheter. De har også hatt to palliative forløp.

Enga, Adamstuen og Heimen er nesten som sykehjem, men de har ikke nok helsepersonell, og det må bli fryktelig mye arbeid for de som er helsepersonell med nesten en sykehjemsavdeling. (Gatehospitalet)

Felles Inntak sier: «Beboerne er tidvis for dårlige til våre institusjoner, så vi strekker oss og våre institusjoner lengre enn vi burde for å bosette syke. Det er en balansegang mellom Sykehjemsetaten og Velferdsetaten; når skal de få tilbud fra Sykehjemsetaten?»

Det er alt for vanskelig å få personer med rus, psykiatri og somatikk inn på sykehjem, og omsorgsplassene demmer noe opp for dette, sier Østensjø.

*Vi kan skrive ut folk - men hva skal vi skrive ut folk til?
Vi går ut over mandatet for å romme en del. (Enga)*

Som tidligere nevnt blir Heimen og Enga blir kalt «hverdagsengler» av bydeler (Ressursgruppemøte 13.05.22). Bydel Stovner forteller om en beboer på Enga som overlever takket være enkeltansatte sin innsats overfor henne.

8.1.5 Kompetanse

Det kreves kompetanse både på rus, psykiatri og somatikk for å kunne gi et godt tilbud til målgruppen. Stovnerskogen sier at Velferdsetatens omsorgssentre kan rus, men de har ikke nok kompetanse på somatikk. Velferdsetaten sier at det er behov for mer kompetanse på psykiatri også, fordi flere har alvorlige psykiske lidelser.

8.1.6 «Feil» målgruppe

For syke

Omsorgssentrene blir delvis fylt opp med «feil» målgruppe.

Noen får vedtak om forsterket bo- og behandlingstilbud på grunn av sikkerhetsproblematikk uten at det er nok plasser i disse tilbudene. Resultatet er plassering i omsorgssenter, gjerne med forsterket bemanning.

Felles Inntak sier:

Ganske mange i år blir satt på forsterket bemanning, når personen har fått vedtak om at de trenger forsterket bo- og behandlingstilbud, men ikke plass på Lassonløkka og Ljabruveien, så forsøker vi å mikle det til. (Felles Inntak)

Andre har et for stort pleie- og omsorgsbehov til at dagens tilbud i omsorgssentrene er godt nok. Dette beskrives både av Enga, Heimen, Adamstuen, Den åpne dør og Blindern. Hjemmesykepleie og praktisk bistand fra bydelen må inn for å gi tjenester i institusjonene, fordi det for disse personene tilbys et for lavt omsorgsnivå på omsorgssentrene.

Flere av beboerne på Den åpne dør har regulering av diabetes. Et privat firma kommer inn fire ganger i døgnet for å måle blodsukker. Bydel Sagene sier de må yte hjemmetjenester for flere som bor på Enga og Adamstuen.

For friske

Noen på omsorgssentrene kunne nyttiggjort seg samlokaliserte boliger med base i bydelene, hvis dette hadde blitt etablert. Bydel Frogner sier at noen av deres beboere på Adamstuen kunne vært på mestringsenhet eller kortere perioder på dagens omsorgssenter, men at dagens mandat ikke gir mulighet for individuelle vurderinger og rullinger, som kunne vært hensiktsmessig for enkelte personer. Andre har brukt opp tiden sin på utrednings- og videreformidlingsenheter som Marcus Thranes og Dalsbergstien, og kanskje også på mestringsenheter. Da kan omsorgssenter bli veien videre, sier et par bydeler, når de er for dårlige til å bli tatt tilbake til bydel.

8.2 For lavt omsorgsnivå

Mange bydeler yter hjemmetjenester og praktisk bistand for å dekke behov hos beboere på omsorgssentrene, siden omsorgssentrene ikke har høyt nok omsorgsnivå til utfordringene en del av beboerne har. Bydel Sagene gir også et annet eksempel på at omsorgssentrene ikke har høyt nok omsorgsnivå:

De er for dårlige for dagens omsorgssenter hvis de får somatisk funksjonsfall. Hvis de har brukket noe, så må de på sykehus, deretter ute på korttidsopphold i helsehus som for eksempel psykiatriavdelingen på Ullern helsehus. Så trenger de rehabilitering før vi kan ha de tilbake til Velferdsetatens omsorgssenter. Vi har begynt å bruke korttidsplass på Stovnerskoghjemmet på kroner 2700 per døgn for å få de tilbake til

*Velferdsetaten, og betaler samtidig for plassen i Velferdsetaten.
(Bydel Sagene)*

Bydel Frogner snakker om et for stort sprang mellom tilbudet på helsehus og for eksempel Adamstuen. På Helsehus får pasientene tilsyn flere ganger om natten og hjelp til påkledning. Med dårligere bevegelighet, så blir det en mangel i tilbudet på omsorgssentrene i forhold til behovet.

I rapporten «Langtidsplasser for mennesker med langvarig rusmisbruk i Oslo kommune-utfordringer og muligheter» fra Sykehjemsetaten og Velferdsetaten (2021) står det på side 8:

Mange av de brukerne som alders- og helsemessig kunne være aktuelle for langtidstilbud i Sykehjemsetaten bor i Velferdsetatens sine institusjoner. Her får de per i dag et for lavt omsorgstilbud, som medfører hyppige sykehusinnleggelser og bruk av Gatehospitalet.

Mange av brukerne har så dårlig somatisk helse at de ikke får plass i Velferdsetatens sine tilbud. Alternativene er da sykehus, private plasser kjøpt av bydelene eller eventuelt somatisk langtidshjem. Noen ivaretas sannsynligvis i eget hjem med bistand fra bydel.

Ulike tjenesteytere og personer som skal yte hjelp inn i et omsorgssenter blir ikke problematisert av noen av omsorgssentrene, men blant annet bydel Gamle Oslo mener det bør finnes bedre løsninger:

Det burde være unødvendig å tilkalle bydelenes tjenester når det oppstår somatiske behov i et omsorgssenter. De burde ha kompetanse på stedet, slik at man ikke trenger å koble på mange andre aktører. Hvis de hadde hatt helsepersonell på stedet, kunne disse stått for blant annet tilrettelegging i dusj. Omsorgssentrene burde ha mer enn «miljøterapeutisk oppfølging». Nå blir det mange bomturer på hjemmetjenesten som skal komme kl. 10 for eksempel for sårstell. Dette burde heller blitt utført av ansatte på institusjonen.
(Bydel Gamle Oslo)

Gjennom dette prosjektet ser vi at et bedre helse- og omsorgstilbud på institusjonene kan gi større stabilitet i institusjonen, og ansatte kan lettere komme i posisjon til å gi hjelpen som trengs, og på et tidspunkt da beboer faktisk er hjemme.

8.3 Bomiljø og skjerming

Bomiljø

For omsorgssentre der målet ikke er å bli rusfri, er det fint å ha en lokalisering som er sentrumsnært. Den åpne dører anbefaler imidlertid strenge regler rundt besøk inn på institusjon.

De fleste av omsorgssentrene ligger sentrumsnært og i ordinær bebyggelse. Men beliggenheten kan gjerne være litt unna barnehager og barneskoler, i og med at atferden til enkelte beboere kan være litt aparte.

Skjerming på institusjon

På omsorgssentrene og sykehjemsavdelingene er det fint å kunne skjerme av rom og et lite fellesareal. Dette kan være ved utagering, eller at noen har andre behov for å bli skjermet.

På den nybygde rusavdelingen på Stord sjukeheim har de mulighet for å skille ut 1–3 beboerrom og en del av fellesarealet. Så langt har de ikke hatt behov for skjermingen. På Stokka sykehjem i Stavanger har de ikke skjermingsmulighet, og de sier at de ikke har behov for det.

På Stord sjukeheim har de også etablert en ekstra inngang på baksiden av avdelingen i tillegg til hovedinngangen. Denne inngangen kan for eksempel brukes hvis politiet har behov for å komme.

9 Hvorfor passer ikke Omsorg+ for målgruppen?

Oslo kommune har et tilbud som heter Omsorg+. Omsorg+ er for personer over 67 år som stort sett klarer seg selv, men som kan føle at det er utrygt og upraktisk å bo i eget hjem. Beboerne har husleiekontrakt, tilpassede leiligheter, bemanning hele døgnet, aktivitetssenter, kafé, og det er ønskelig at beboerne deltar aktivt på fellesaktiviteter.

Noen beskriver at behovet til enkelte personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer kunne bli dekt gjennom et Omsorg+-tilbud. I Omsorg+ skal personer ha et funksjonsnivå som gjør at de kan klare seg i egen bolig med kun noe oppfølging. Hjemmesykepleie kommer inn ved behov, mat kan kjøpes i kafé tilknyttet bygget, og beboerne er forventet å kunne delta i aktivitetstilbud og sosiale arenaer. Målgruppen er eldre over 67 år. I Oslos Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+, står det i §7:⁴

⁴ <https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2010-12-15-1896>

Søkere med funksjonsnedsettelse som følge av alvorlig kognitiv svikt eller kroniske eller langvarige psykiske lidelser av alvorligere karakter enn nevnt i tredje ledd bokstav b, skal vurderes for andre omsorgstilbud. Disse kvalifiserer følgelig ikke for å leie bolig i Omsorg+.

Personer med ROP og alvorlige somatiske problemer har behov for utdeling av mat og medisiner 3–4 ganger i døgnet, og oppfølging på helse og ernæring på et høyere nivå enn det Omsorg+ gir. De fleste har alvorlige psykiske lidelser og et rusmønster som vil gjøre det krevende for andre beboere i et Omsorg+-tilbud. Et Omsorg+-tilbud vil dessuten ha langt flere beboere enn anbefalt for målgruppen.

Bydel Bjerke sier at:

De er egentlig Omsorg+-kandidater hvis du tar vekk rusen, men det går ikke på grunn av rusen. Det blir kaos, og de ødelegger dynamikken der. Vi har prøvd med to stykker i Omsorg+, og det har gått galt ganske fort. (Bjerke)

10 Sykehjem

De fleste bydelene, flere omsorgssenter og Gatehospitalet snakker om hvor vanskelig det er å få personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer inn på sykehjem i Oslo.

Østensjø har bare fått inn én person fra målgruppen. Vedkommende kom inn fordi han hadde fått amputert begge beina og var lam.

I Oslo må man være hel-lammet for å få sykehjemsplass. Vi har hatt folk som ikke klarer å røre seg som ikke får sykehjemsplass, eller ramler flere ganger om dagen. (Gatehospitalet)

Heimen sier at de eneste som kanskje kan få plass er de uten atferdsproblemtikk, men prosessen vil ta år.

Hovedårsaken til at det er vanskelig å få sykehjemsplass ligger i inntakskriteriene til Sykehjemsetaten som ikke tillater bruk av illegale rusmidler. Noe av årsaken ligger også hos bydel. På Valle Bosenter har de tre som er sengeliggende, men det er nesten umulig å få

sykehjemsplass, fordi disse personene allerede bor på det høyeste omsorgsnivået i bydelen. Da vil bydelen heller prioritere de som bor i eget hjem uten døgnbemanning. Valle Bosenter sier de nå må få ansatt personer med mer helsekompetanse for å dekke behov.

Også i Bergen strever de med å få inn personer med omfattende somatiske problemer og illegal rusbruk inn på sykehjem. De er yngre enn de øvrige pasientene med sykehjemsplass, selv om de kan ha samme funksjonsnivå.

Passer ikke inn

Tre av bydelene, Stovnerskoghjemmet, Heimen og Enga vurderer personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer til ikke å passe inn på sykehjem. Det er tre hovedårsaker til at de mener målgruppen ikke passer inn:

1. Høy mobilitet

De med legal rusbruk beskrives som mer mentalt svekket og roligere, slik at det ikke blir noen stor utfordring. Ved bruk av illegale rusmidler, spesielt sentralstimulerende rusmidler, så opprettholdes et høyere aktivitetsnivå. Det kan «bli liv i leiren», som Enga sier. Et funn er at målgruppen opprettholder mobilitet mye lengre enn normalbefolkningen. Stovner sier at vurderingsteamet i bydelen synes det er feilplassering med sykehjemsplass når de klarer å reise til sentrum for å skaffe seg rusmidler.

2. Adferd og utagering

Dagens sykehjemspasienter i Oslo er veldig dårlige. Bydel Bjerke sier at noen kan ha det bra på Stovnerskoghjemmet, men det er fortsatt mye «liv i de». I følge Heimen har de flere beboere som ikke kan være på sykehjem, blant annet et par damer i 60-årene. De ønsker seg inn på sykehjem, men det er for mye rusbruk, de kan være hissige og beveger seg mye rundt.

3. For unge

Personer med illegal rusbruk og somatiske problemer er mye yngre enn de andre sykehjemspasientene. Funksjonsnivået samsvarer ikke med alder, i og med at somatiske problemer inntreffer tidligere enn hos normalbefolkningen. Selv om personen kan ha bruk for sykehjemsplass, er det likevel flere som ikke ønsker seg dit. Av denne grunn kjøper for eksempel bydel Frogner plasser hos private leverandører når de trenger mer hjelp. Bydelen sier samtidig at det er uheldig med utenbys plasser når det gjelder livskvaliteten til de som ønsker større nærhet til Oslo.

Passer inn

Gatehospitalet, Stord, Stavanger, Bergen og Blindern er blant de som sier det motsatte – målgruppen passer inn. Gatehospitalet har hatt flere av sine pasienter på palliativ avdeling på Ullevål sykehus. De sier at det har vært lite utfordringer med personer fra miljøet som kommer og forstyrrer. Målgruppen har respekt for de eldre, så en sykehjemsavdeling kan være en del av ordinært sykehjem.

Stord og Stavanger bekrefter dette med stor respekt for de andre på sykehjemmet, og at oppførselen gjenspeiler dette.

Ifølge Blindern kunne flere av deres beboere bodd på sykehjem. De sier at det ikke er noen annen utfordring knyttet til å bo på sykehjem annet enn at de bruker illegale rusmidler. I Stavanger har de også noen personer med rusproblematikk på vanlige sykehjem. De sier at de kun har positive erfaringer med dette, selv der sykehjemmene var skeptiske til å ta imot:

Personer med alvorlig rusproblem som er kjent i byen som et stort problem, roer seg når de kommer hit til trygge rammer. Vi bygger opp en slags familien, et hjem, der de er veldig trygge og sterkt knyttet til hverandre. (Stavanger)

Stavanger sier videre at økonomi også spiller inn. Etter trekk for livsopphold på sykehjem har de bare rundt 4000 kroner igjen til rus og røyk på en måned, som ikke er så mye. «Med en gang de har penger, blir det mer støy,» sier avdelingsleder på Stokka sykehjem. Avdelingsleder har tett kommunikasjon med pasientene og fanger opp underliggende ting, så de kan gripe inn og rette opp i riktig tid.

Stovnerskoghjemmet sier at hvis de er så somatisk dårlig på rusavdelingen at alkoholforbruket avtar, så kan de overflyttes til vanlig somatisk avdeling.

Et viktig poeng er at personene som tas inn på sykehjem skal ha behov for det. På sykehjem skal man være hvis man trenger helsehjelpen som tilbys og har behov for det ut i fra funksjonsnivå:

Vi må passe på at de virkelig trenger sykehjems plass, og ikke bare trenger et sted å bo. (Stord)

Pasientene på Stokka sykehjem i Stavanger må oppfylle ordinære sykehjemskriterier for å få plass på rusavdelingen.

Stord ønsker helst at de som bruker tunge illegale rusmidler helst skal være på avrusning først. Hvis dette ikke går av somatiske årsaker, må sykehjemslegen være tett på. Da må de sikre at de får nok medisinsk hjelp til å dempe smerter og plager. På Stokka sykehjem i Stavanger tar de inn også personer i psykose. Her tok de også inn en person som hadde vært på institusjon og forårsaket utrykning av ambulanse og brannmenn 133 ganger på tre måneder. Etter noen utfordrende måneder, har også denne personen stabilisert seg.

På Stokka sykehjem beskriver de det fysiske nivået på sine beboere slik:

De fleste klarer stell selv med tilrettelegging og veiledning, så noe mindre stell enn vanlig somatisk avdeling. Disse pasientene er fysisk sterkere, så en ressurs når vi skal dra på tur. Vi fokuserer på at de er medhjelpere heller enn pleietrengende. (Stokka sykehjem, Stavanger)

De personene som tas inn på rusavdelingene i Stord og Stavanger ville i Oslo blitt tatt inn på et omsorgssenter, slik tilbudet i Oslo er organisert i dag. Disse to sykehjemsavdelingene rommer altså både personer som har et behov ala omsorgssenter med høyere omsorgsnivå og sykehjemspasientene.

Egen avdeling

I rapporten fra Sykehjemsetaten og Velferdsetaten fra 2021 side 12 beskriver de disse kvalitetene ved tilbudet:

- *Tilbudet bør være mest mulig adskilt fra andre somatiske tilbud, men kan om mulig ligge i tilknytning til døgninstitusjon i Velferdsetaten eller i Sykehjemsetaten. Dette for å utnytte synergier når det gjelder administrasjon, ledelse, servicetjenester og liknende.*
- *Det bør ha et uteområde som er eksklusivt for målgruppen*
- *Tilbudet bør ha moderne sykehjemstandard med eget bad*
- *Fasiliteter som kan håndtere skjerming, smitte, o.l. må defineres*
- *Helst relativt store innendørs (felles)områder*
- *Tilrettelagt for å forhindre og håndtere krevende adferd*
- *Ikke for nær skole/barnehage*

Både Stord og Stavanger sier det er fint å være en avdeling på et ordinært sykehjem. Gatehospitalet støtter også dette. Da kan de dra ressurser fra andre avdelinger og ha felles administrasjon og ledelse. Men å ha en egen avdeling er viktig, siden de ansatte bør ha god kompetanse både på rus, psykiatri i tillegg til somatikk. På Stord er rusavdelingen en egen fløy, mens i Stavanger er avdelingen mellom to demensavdelinger og med somatiske avdelinger over i fjerde og femte etasje. I Stavanger bruker alle samme hovedinngang og samme heis. Begge steder fungerer plasseringen veldig godt, ifølge sykehjemsavdelingene.

På same måte som med en demensavdeling, tenker Stord at brukergruppen har utfordringer og trenger ansatte med kompetanse innen dette. Når pasienter kommer inn, blir det ofte mindre rus når allmenntilstanden bedres gjennom ernæring, faste rammer og annen helsehjelp.

Ordinær standard

På den gamle avdelingen på Stord har de hatt beboere som både har tent bål innendørs og skapt oversvømmelser. På den nybygde avdelingen ser rommene akkurat like ut som alle andre rom, men det eneste som er forsterket er platene på veggene. Tanken er at rommene skal være likt som for de andre beboerne på sykehjemmet. Stord tenker at det da er mer sannsynlig at pasientene også behandler rommet bedre. De er opptatt av normalisering.

Kompetanse

Siden det er lite kompetanse på illegal rusmiddelbruk i Sykehjemsetaten, kan dette bidra til å gjøre det mer slitsomt og krevende å ta inn personer med slik problematikk. På Stokka sykehjem startet de opp med ansatte uten kompetanse på rus, men i etterkant har flere tatt videreutdanning innen rus, psykiatri og miljøterapi. Både Stord og Stavanger sier at personlig egnethet er veldig viktig, ikke bare kompetanse. På rusavdelingen på Stord ansetter de primært personer med mye livserfaring, altså ikke unge mennesker. De synes også det er viktig å få inn ansatte med erfaring fra andre typer tjenester i kommunen, som for eksempel lavterskeltilbud.

Hvem trenger sykehjems plass?

Valle Bosenter i Gamle Oslo har tre personer som er sengeliggende. De har behov for heis for å bli forflyttet fra seg til rullestol. Andre som også har behov for sykehjems plass er de som trenger det av helsemessige årsaker fordi de har Kols og trenger oksygen, eller de har behov for mer langvarig pleie og stell. Sykehjem kan også være et riktig sted for en del som er i palliative løp. Stovnerskoghjemmet sier også i intervjuet at hvis de med illegal rusbruk er så dårlige at de ligger til sengs og er terminale, så kan de være på somatisk avdeling på et ordinært sykehjem. «Men det beste er hvis de er litt eldre, for de andre pasientene er stort sett over 80 år.»

På sykehjem bør de være når de har behov for sykepleiere som observerer de, som kan gi medisiner, sårstell, dialyse, oksygen, eller at de er så gamle at de må ha stell og hjelp til forflytning, sier Gatehospitalet.

67 års aldersgrense?

I flere av intervjuene, deriblant med et par bydeler, blir det nevnt at målgruppen ikke passer inn på sykehjem, fordi de ikke har fylt 67 år. I intervjuet med Stovnerskoghjemmet sier de: «Alderskriteriet er 67 år, men vi er fleksible og går ned til 50 år.» I rapporten «Langtidsplasser

for mennesker med langvarig rusmisbruk i Oslo kommune - utfordringer og muligheter» fra Sykehjemsetaten og Velferdsetaten (2021) står det: «Sykehjemsetaten skal gi eldre personer over 67 år med behov for heldøgns pleie, rehabilitering og omsorg et best mulig tilbud...»

I Midlertidig forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem – Kriterier og venteliste, Oslo kommune, § 4 står det ikke noe om aldersgrense:

Langtidsopphold i sykehjem skal fortrinnsvis være et tilbud til eldre. For yngre personer skal det søkes å etablere et alternativt tilbud i eget hjem, omsorgsbolig, bofellesskap eller lignende.

Det er uheldig at 67 år omtales som aldersgrense for sykehjemsopphold i Oslo, i og med at dette ikke er nedfelt i forskriften.

11 Med og uten sikkerhetsrisiko

Det går et skille mellom de med høy sikkerhetsrisiko og andre uten sikkerhetsrisiko. Stavanger eller Stord tar ikke inn personer med sikkerhetsrisiko på sine rusavdelinger.

For personer uten sikkerhetsrisiko, altså personer gruppene fra 1 og de fleste i gruppe 5, så kan man se for seg disse på sykehjem. For enkelte i gruppe 5 og gruppene 6 og 7 må man i utgangspunktet tenke skjerming og sikkerhet på en annen måte, samt bedre opplæring og høyere kompetanse hos de ansatte.

Frogner sier: «For de med høy sikkerhetsrisiko så er ikke Adamstuen egnet for å ivareta dette og sikkerheten til de som jobber der. Adamstuen er stort og uoversiktlig og ikke egnet på grunn av bemanning og utforming. Adamstuen kan fungere for de som er roligere (noen i gruppe 5 og under), altså de som ikke fungerer i eget hjem og trenger hjelp til å ivareta seg selv, men som ikke framstår som farlige. Det er ikke ofte vi i Frogner har de som er veldig somatisk dårlige og som har mye utagering og voldsproblematikk, men til disse må vi bruke kjøpsplass. Da har vi hatt 2-3 ansatte på 1-bemanning. Så dette kan ikke bli ivaretatt der det er to på jobb på kveld. Hvis man skal ha sykehjemsplasser til disse, må de være annerledes i utforming enn ordinære sykehjem med tanke på sikkerhet.»

Gatehospitalet sier at de har hatt cirka 5 stykker de siste 10 årene med høy sikkerhetsrisiko, men flere er i fengsel eller i private institusjoner. De er bekymret for en liten gruppe som er palliative, men der det likevel blir for mye vold: «Noen av disse har schizofreni, diabetes, nyresvikt, men er samtidig utagerende. Disse faller mellom alle stoler. Tidligere ble de sendt til INCITA, noen har plass hos private leverandører eller blir akuttinnlagt i psykiatrien, eller sitter i fengsel. Noen ganger setter vi krav om medisinerings med depot hvis vi skal kunne ta de inn.»

Grünerløkka (Programgruppemøte 05.05.22) sier at bare i deres bydel er det mange i denne gruppen som har omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer og samtidig en sikkerhetsrisiko.

Bydelene som var til stede på Ressursgruppemøtet 13.05.22 mener imidlertid at når personer med sikkerhetsproblematikk blir immobile og kun er utagerende verbalt, vil også disse kunne bli tatt hånd om på en rusavdeling på et sykehjem. Behovet vil da være stell, pleie og medisinerings ved svært lav mobilitet og ved palliative løp.

12 Erfaringer fra andre kommuner

Vi har intervjuet kommunene Stord, Stavanger, Bergen, Trondheim og Fredrikstad. Beskrivelse av tilbud og erfaringene til de fem kommunene ligger som vedlegg i kapittel 16.1.

Stord og Stavanger kommune har begge egne rusavdelinger på ordinære sykehjem. Inntak skjer på bakgrunn av funksjonsnivå og den enkeltes behov, uavhengig av type rusbruk eller alder. Begge disse avdelingene fungerer godt, og Stord sier at de trenger ikke noe mer enn private hjem/kommunal bolig med ambulante tjenester og sykehjemsavdelingen. I tillegg har de "rullerende" plasser som er en mellomstasjon mellom hjem og langtidsavdeling på sykehjem. Der ruller personene mellom eget hjem og 2-4 ukers opphold på sykehjemsavdelingen. Oppholdet hjemme er alltid lengre enn oppholdet på sykehjemmet for å unngå institusjonalisering.

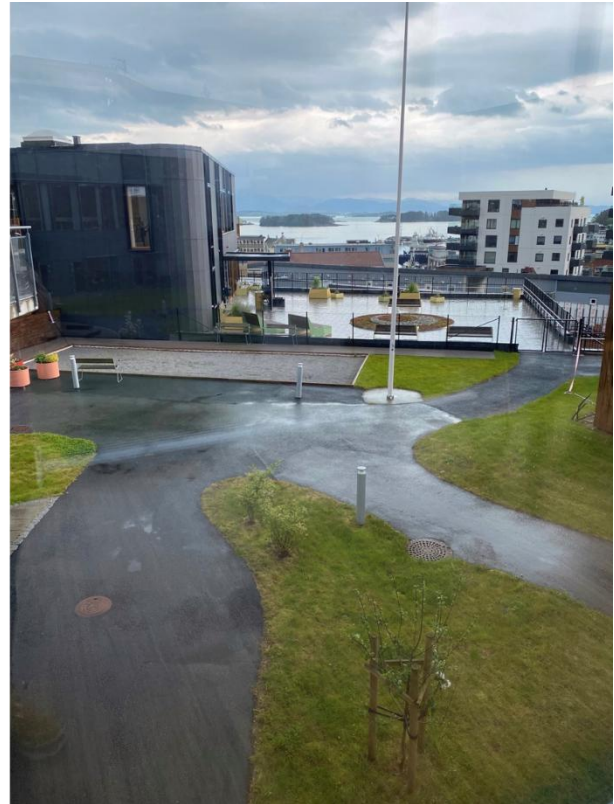
Stavanger kommune har i tillegg samlokaliserte boliger med base, som de kaller bofellesskap, der de med døgnbemanning kan ta noe mer somatisk. I tillegg har de en privat drevet institusjon som tar kortere avlastningsopphold, for bedring i allmenntilstand, før man igjen flytter hjem.

Bergen og Fredrikstad ønsker begge å etablere en tilsvarende sykehjemsavdeling som det Stord og Stavanger har etablert. I tillegg vil de løse behovet til de som ikke er så dårlige med henholdsvis samlokalisert bolig med base med døgnbemanning. Boligene skal være universelt utformet, og de vil ha et tilbud med aktiviteter, matservering og utdeling av medisiner. Bergen ønsker å ansette ergoterapeuter for tilrettelegging og eventuelt fysioterapeuter.

Trondheim har ikke lagt planer for hvordan de ønsker å tilrettelegge for et tilbud til personer med omfattende rus, psykiatri og somatikk. Per i dag veksler disse mellom et midlertidig botilbud i regi av Frelsesarmeen og St. Olavs hospital.

Oppsummert kan man si at andre kommuner for denne målgruppen planlegger

- samlokaliserte boliger med base og døgnbemanning
- rullerende plasser (Stord) eller kortere opphold i institusjon (Stavanger)
- sykehjemsavdeling spesielt tilrettelagt for personer med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer når funksjonsnivået tilsier det



Utsikt fra Stord sjukeheim og den nybygde rusavdelingen. Foto: Esther Aasen Bjelland

13 Hva finnes og hva mangler av tilbud i Oslo?

13.1 For gruppene 1- 5 og 8 Somatikk

1. Samlokaliserte boliger med base – bydelene har for få

Samlokaliserte boliger med base er en løsning for de som ikke ønsker å bli rusfrie, men som har behov for hjelp til selvhjelp, støtte fra ansatte for å mestre et boforhold, hjelp med ernæring, og som trenger et fellesskap. Erfaringer fra flere fagområder viser at forebygging av ensomhet og riktig ernæring øker livskvalitet og gir positiv helseeffekt hos målgruppen. Gatehospitalet sier at for mange kan traumene fort bli for store når de bor alene.

Noen somatiske utfordringer kan ivaretas gjennom hjemmetjeneste eller kortere opphold på helsehus eller Gatehospitalet.

Tre av bydelene, tre omsorgssentre og Gatehospitalet sier at for mange kan mye bedres hvis de får mat, medisiner og oppfølging fra en base.

Den åpne dør har god erfaring med Arveset gård: «Hvis det hadde vært slike boløsninger over hele byen, så er mye gjort for brukergruppen som er mellom oss og kommunal bolig. Den største utfordringen er å sende personer direkte fra Den åpne dør til kommunal bolig. De burde hatt «Arveset» imellom, med personalbase og oppfølging. Vi ser nå at for mange søkes tilbake av de som flyttes ut. Det er tegn på at det ikke har gått så bra.»

Mange trenger en mellomting mellom det å bo hjemme og sykehjem, sier Bydel Bjerke. Det bør ikke være for mange enheter, men for eksempel 7-8 enheter samlet. Beboerne må bli fulgt opp med kosthold, medisiner og ha tett kontakt med helsepersonell. Bemanning bør være på dag/kveld og med ambulante tjenester på natt.

En utfordring som Bydel Østensjø påpeker basert på erfaringene fra boliger for personer med psykiatriutfordringer, er at de ansatte ikke har pleie og stell som del av stillingsinstruksen, men miljøterapeutisk arbeid. Dermed vil ikke de ansatte ha arbeidsoppgaver som samsvarer med behovet til beboerne.

Det må bare ikke bli for nedskjært på bemanning, sier Enga. Gatehospitalet sier at det kan lønne seg i lengden å ha trygge og kompetente folk.

2. Omsorgssenter med dagens mandat – finnes i dag

Omsorgssentre skal ut fra dagens mandat sikre ivaretagelse av psykisk og fysisk helse, gjennomføre planmessig mestringsarbeid, redusere risikoatferd og øke livskvalitet innenfor en tidsramme på to år. Omsorgssentrene har døgnbemanning og minst tre måltider om dagen.

Et slikt tilbud er for de som kan dra god nytte av kartlegging, medisiner, ernæring og behandling. For en del kan da de somatiske helseplagene lindres eller heles. Mange av beboerne på omsorgssentre er fortsatt på farten og har et veldig høyt rusinntak. De er gjerne på omsorgssenter på grunn av adferd og somatikutfordringer, og de trenger rammer og oppfølging.

Størrelsen på omsorgssentrene varierer, men tilbakemeldinger er at for eksempel Adamstuen med 43 plasser er for stort, og at institusjonen burde vært inndelt i avdelinger. Dette for å redusere interaksjon mellom etasjer og gi mulighet for bedre oppfølging av den enkelte.

På dette nivået kan man også gi kortere stabiliseringsopphold for de som bor i egen bolig, rehabilitering, rullerende plasser som de har på Stord eller brukerstyrte plasser. Kartlegging av funksjonsnivå og behov, helseavklaring og medisiner er viktig her.

De fleste bydeler mener at dagens mandat ikke er nok for de aller fleste som bor på omsorgssentrene, mens omsorgssentrene selv i stor grad mener at en del av beboerne kan profitte også på opphold på inntil to år.

Alternativ

Et alternativ kan være å øke bemanningen, gi tre måltider, medisiner og somatisk oppfølging på dagens mestringsenheter.

TILBUD TIL DE MED NEDSATT MOBILITET SOM TRENGER PLEIE OG STELL

ALTERNATIV 1

3. Omsorgssenter med høyere omsorgsnivå - mangler

Omsorgssentrene strekker seg langt for å romme personer med store utfordringer både innen somatikk, psykiatri og sikkerhetsproblematikk. Det er mange som bor på dagens omsorgssenter som har svært nedsatt mobilitet, og som sier at de ikke tåler «kjøret» på for eksempel Enga og Adamstuen. Disse personene trenger ro og stabilitet. De er for dårlige for å bli bosatt i egen bolig i bydel og har behov for et opphold uten tidsbegrensning. Pleie, stell og hjelp til egenomsorg er viktig for målgruppen for omsorgssenter med et høyere omsorgsnivå.

Vi ser et behov for «oppgraderte» omsorgssentre med et høyere omsorgsnivå som kan tette gapet mellom dagens omsorgssentre og sykehjem. Her bør det være tilbud om stell, pleie, dialyse og mulighet for å gi oksygen. Noen av disse beboerne kan ha hjemmesykepleie opptil fem ganger i døgnet i dagens omsorgssentre, og det hadde vært bedre om de fikk denne oppfølgingen av faste ansatte i institusjonen.

Disse personene har så omfattende somatiske helseproblemer at bosetting i egen bolig ikke vil være forsvarlig.

Et omsorgssenter med høyere omsorgsnivå innebærer mulighet for tilsyn på kveld og natt, for å unngå at personer faller og blir liggende. Her vil de kunne få dekket behov for stell, pleie hjelp til egenhygiene og eventuell bistand under måltider. For å få til dette kreves tilstrekkelig og kompetent døgnbemanning, institusjoner som ikke er for store (10-20 personer) og tekniske løsninger som callingsystem ved beboerseng.

Felles inntak mener at man har behov for institusjoner som kan romme en dårligere brukergruppe og med kompetanse på dette. «Vi har ikke alltid egnede lokaler med heis og HC-tilpasning.»

At dette nivået mangler i Oslo er en mulig årsak til at Sykehjemsetaten vegrer seg for å opprette et sykehjemstilbud til personer med psykiatri, somatikk og illegal rusbruk. Det blir en for stor

forskjell på funksjonsnivå ut fra dagens mandat på omsorgssentrene til sykehjem. Ut fra dagens mandat på omsorgssentrene skal personene kunne stelle seg selv, være mobile og bare bo inntil to år. Disse har et altfor høyt aktivitetsnivå og mobilitet til å passe inn på et sykehjem i Oslo.

Ved å etablere omsorgssenter med et høyere omsorgsnivå, med mer helsepersonell, pleie og stell, vil beboerne kunne være lengre på et omsorgssenter og utsette overgangen til en sykehjemsavdeling. De som etter opphold på et omsorgssenter med høyere omsorgsnivå har behov for sykehjems plass, vil være de som har opplevd stor reduksjon i mobilitet og rusinntak, og i stor grad være sengeliggende eller i palliative løp.

Dette tilbudet kan også etableres gjennom å inngå kontrakt med ideelle aktører som Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon. Deres omsorgssentre Den åpne dør, Heimen og Enga er kvalitativt gode tilbud og utmerker seg for eksempel med et særlig godt aktivitetstilbud til beboerne.

4. Egen avdeling på sykehjem for illegal rus - mangler

Det er få eksempler på sykehjem som åpner for personer med aktivt illegal rusbruk. Stovnerskogens avdeling, som det eneste tilbudet i Oslo, har vært forbeholdt legal rus. En utfordring er at funksjonsnivå kan svinge. På sykehjemsavdelingene i Stord og Stavanger skiller de ikke mellom legal og illegal rus og klarer å ta høyde for variasjon i funksjonsnivå. Som Stord sier, vi må passe på at de som får sykehjems plass er de som trenger det, og at de ikke bare har behov for et sted å bo. En slik sykehjemsavdeling skal først og fremst ta de med svært nedsatt mobilitet eller immobilitet eller er i palliativ fase.

En rusavdeling på et ordinært sykehjem må kunne ta illegal rus. Inntak må baseres seg på funksjonsnivå og behov til, uavhengig av alder.

ALTERNATIV 2

5. Egen sykehjemsavdeling for illegal rus som rommer både behov ala omsorgssenter med høyere omsorgsnivå (punkt 3) og sykehjemspasienter (punkt 4)

Et alternativ til omsorgssenter med høyere omsorgsnivå som beskrevet i punkt 3 over og en sykehjemsavdeling for illegal rus inntak begrenset til de som er omtrent immobile eller i palliativ fase, er å etablere en sykehjemsavdeling som både kan romme begge gruppene som beskrives både i punkt 3 og punkt 4. Sykehjemsavdelingene på Stord og i Stavanger rommer personer på begge disse to nivåene.

Et slikt alternativ vil sannsynligvis være lite aktuelt for Sykehjemsetaten å drifte per i dag. Stovnerskoghjemmet sier: «Grenseløs rus er uaktuelt i Sykehjemsetaten, på langtidsavdelingene i dag har vi gamle, skjøre fru Larsen.» Det er helt riktig at dagens sykehjemspasienter er skjøre, og de trenger ro og stabilitet i livets siste fase. Stovnerskoghjemmet sier også: «Sykehjemsetaten, min områdedirektør og etatsdirektør mener det går et skille der vi må tenke at vårt tilbud er hovedsakelig til den eldre garde og somatikk, slik at tungt rusmisbruk ikke er det vi skal ta inn i porteføljen.»

I intervjuer med tilbud driftet av både Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon sier disse at de kunne ha et etablert et sykehjemstilbud med illegal rus til målgruppen. Et slikt tilbud kan omfatte både de med behov ala punkt 3 og mer typiske sykehjemspasienter. Dette kan gjøres via avtaler (kontrakter) som allerede eksisterer for omsorgssentrene driftet av de ideelle. Oslo kommune har vedtatt at ideelle organisasjoner skal drifte minst 25 prosent av sykehjemsplasser og rusinstitusjonsplasser innen 2025.

Det kan være flere fordeler med en sykehjemsavdeling driftet av ideell organisasjon. De har høy anseelse blant målgruppen. De har også høy anseelse blant befolkningen. Det er flere eksempler på at både Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon klarer å få etablert botilbud og institusjonstilbud på en smidig måte, selv der det i utgangspunktet kan være utfordringer med nabolag. Siste eksempel på dette er godkjent flytting av Enga omsorgssenter til lokalene til St. Halvardshjemmet. Lovisenberg Omsorg AS er en annen mulig ideell drifter av en sykehjemsavdeling for målgruppen.

13.2 For gruppene 5- 7 Somatikk

Denne gruppen har store atferdsutfordringer. Man bør etablere tilbud som kan skjerme den enkelte fra triggere og andre personer med lignende utfordringer. Når de somatiske utfordringene blir så store at det går utover evnen til å ivareta seg selv, skisserer vi opp tre alternativer. Alle tre alternativene er ressurskrevende.

Trygg+-konseptet er en videreføring av Ljabruveien boliger, som er et forsterket bo- og behandlingstilbud driftet av Velferdsetaten. Boligene har omsorgsboligstandard og bemannet med helsepersonell kan dette være et tilbud til gruppe 5-7 S i utvidet Matrise for rusfeltet. Målet er å få de til å bo lengst mulig i egen bolig, som er det minst kostnadskrevende alternativet.

Per i dag anskaffer noen bydeler plasser hos private leverandører utenom Velferdsetatens rammeavtaler for disse. Slike plasser kan være hensiktsmessig i noen tilfeller.

I tillegg kan også disse personene legges inn på en rusavdeling på sykehjem når de er bortimot immobile eller de er i palliativ fase.

Oppsummert mulige botilbud for gruppe 5 - 7 Somatikk:

- Trygg+ med helsepersonell (ala Ljabruveien boliger, omsorgsboligstandard)
- Plasser anskaffet hos private leverandører
- Egen sykehjemsavdeling for illegal rus

14 Funn

Dette er en oppsummering av funn som er gjort i prosjektet når det gjelder funksjonsnivå, behov og tilbud i Oslo:

- Behov
Alle i denne målgruppen har behov for utdeling av mat og medisiner tre-fire ganger om dagen. De har også behov for omsorg, stell og pleie, aktivisering, faste rammer og å bli fulgt til avtaler. I tillegg er det spesielle behov knyttet til de få som fortsatt har sikkerhetsproblematikk.
- Somatikk inntreffer mye tidligere enn hos normalbefolkningen
Illegal rus gir somatiske helseutfordringer på et mye tidligere tidspunkt enn legal rus. På omsorgssenter er det personer ned i 20-årene, og gjennomsnittsalderen er 40 - 60 år.
- Vanskelig å skille rus, somatikk og psykiatri
Utfordringsbildet er sammensatt, og det er vanskelig å si hva som skyldes rus, somatikk eller psykiatri. Dette veves sammen. De fleste har kognitiv svikt i en eller annen grad etter mange år med rusinntak. Det er mer psykiatri enn før og flere har traumer.
- Rusen opprettholdes
Til tross for omfattende somatikk opprettholdes eller forsterkes bruk av rusmidler, fram til de eventuelt blir helt sengeliggende. Det er nesten ingen som bruker bare alkohol som rusmiddel, men har et blandingsmisbruk. De fleste bruker illegal rus eller har et blandingsmisbruk, nesten ingen bruker bare alkohol lenger.
- Høy mobilitet
Til tross for omfattende somatiske helseproblemer og nedsatt bevegelighet opprettholdes mobilitet, og de kan klare å komme seg rundt for å få kjøpt rusmidler.
- Kommunal bolig
Ordinær kommunal bolig er ikke nok, og det kreves stor innsats og koordinering av tjenester for å kunne huse disse i bydel. Flere bydeler trenger samlokaliserte boliger med

base, da ville flere også med noe somatikk kunne bo lengre i bydel, før de eventuelt trenger kortere eller lengre opphold i omsorgssentre.

- **Omsorgssenter**
Det er stor variasjon i beboergruppene på omsorgssentrene. Alle omsorgssentrene strekker seg langt ut over dagens mandat for å romme beboere med store utfordringer innen somatikk, sikkerhetsproblematikk og psykiatri. Det er minst to grupper på omsorgssentrene: De som kan få en bedring i helsetilstand og kan nyttiggjøre seg opphold på inntil to år (dagens mandat), og de som trenger ro og stabilitet, pleie og stell uten tidsbegrensning, altså omsorgssentre med et «forhøyet omsorgsnivå».
- **Omsorgssentre med høyere omsorgsnivå**
Det er et for stort gap mellom dagens omsorgssentre, der personer i stor grad skal være selvhjulpne og kun ha inntil to års botid, og en sykehjemsavdeling i regi av Sykehjemsetaten. Det trengs et mellomtilbud som vi har kalt omsorgssentre med høyere omsorgsnivå med helsepersonell og uten tidsbegrensning på botid. Et slikt tilbud trengs for de i aktiv rus med noe mobilitet, men som har behov for ro, stabilitet, pleie og omsorg.
- **Sykehjem**
Det er omtrent umulig å få personer med illegal rus inn på sykehjem i Oslo. Det trengs en egen avdeling for de som er aller dårligst; med lav eller ingen mobilitet og i palliativ fase. Alternativt kan det etableres en sykehjemsavdeling som både også kan romme personer med behov ala omsorgssenter med høyere omsorgsnivå, som det er gjort på Stord og i Stavanger.
- **Personer med somatikk og sikkerhetsproblematikk**
De med sikkerhetsproblematikk, rus, psykiatri og somatikk bør ha egne tilbud. Per i dag bruker noen bydeler kjøpsplasser utenom rammeavtale for disse. Trygg+-konseptet, som er en videreføring av Ljabruveien boliger, har omsorgsboligstandard og med tilhørende helsepersonell kan dette være et tilbud til gruppe 5-7 S. I tillegg kan også disse legges inn på en rusavdeling på sykehjem når mobiliteten er borte eller de er i palliativ fase.
- **Får ikke nok til både smerte og abstinens**
Det er en utfordring at mange ikke får foreskrevet nok medisiner til å dempe både somatiske smerte og abstinenser fra tjenester som ikke har god nok kompetanse på rus. Smerter kan føre til utagering.



Blindern omsorgssenter. Foto: Velferdsetaten

15 Matrise for rusfeltet utvidet med somatikk-del

I kapittel 17.2 ligger en beskrivelse av de ulike gruppene og Matrise for rusfeltet. Matrisen ble vedtatt av Styringsgruppen for oppfølging av strategisk plan for rusfeltet 15.12.21. Matrisen er utarbeidet i samarbeid med alle bydelene, ideell sektor og samarbeidspartnere. Matrisen vil bli lagt til grunn for videre arbeid med boligframskaffelse i Oslo, og den skal sikre mer egnede boliger til målgruppen.

Matrisen har i utgangspunktet en inndeling i åtte grupper basert på funksjonsnivå. I tillegg beskrives kjennetegn for hver gruppe. For gruppene 4-8, som trenger samlokaliserte boliger med base, beskrives også bemanningsgrad, behov for ekstra kvaliteter og hvilket bomiljø boligene bør ligge i. Kort om gruppene:

- Gruppene 1 og 2 kan bo i ordinære boliger med eller uten ambulante tjenester.
- Gruppe 3 har behov for å bo skjermet i småhus uten base med ambulante tjenester.
- Gruppene 4 – 8 har større behov og trenger samlokaliserte boliger med personalbase.

Somatikk

Somatiske helseproblemer inntreffer langt tidligere hos personer med rus- og psykiske problemer enn hos normalbefolkningen.

Det er et tydelig skille mellom de som ikke har sikkerhetsrisiko, og de som har. Personer i gruppene 1-4 og 8 samt majoriteten i gruppe 5 har ingen sikkerhetsrisiko. Disse blir i matrisen beskrevet som gruppe 1-5 og 8 Somatikk.

Noen i gruppe 5 får imidlertid omfattende smerter på grunn av somatiske helseproblemer, mens andre ikke får nok medisiner til å dekke både abstinenser og smerte. Dette kan gi utagering og sikkerhetsproblematikk⁵. Sammen med personer i gruppene 6 og 7 har disse en sikkerhetsrisiko og behov mer oppfølging. Vi kaller denne gruppen 5-7 Somatikk.

Tabellen under viser del 3 av Matrise for rusfeltet. Matrise for rusfeltet i sin helhet er presentert i kapittel 17.2.

⁵ Sikkerhetsproblematikk forstås her som personer gjennom sin oppførsel skaper jevnlig utfordringer for omgivelsene gjennom vold og utageringer.

Matrise del 3. Omfattende somatiske helseproblemer

Gruppe 1-5 og 8 Somatikk	Gruppe 5-7 Somatikk
<u>Utfordringer:</u> Mildere til omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseplager, kognitiv svikt, lav egenomsorg, varierende funksjonsnivå, atferdsproblematikk, HF 3 <u>Behov:</u> Ernæring, utdeling av medisiner, omsorg, pleie og stell, sosialt fellesskap, aktivitet, bli fulgt til avtaler, periodevis behandling i spesialisthelsetjenesten, faste og tilgjengelige ansatte med kompetanse på rus, psykiatri og somatikk, tilrettelegging, ev. hjelp ved forflytning, utlevering av medisiner og brukerutstyr. <u>Botilbud:</u> • samlokaliserte boliger med base i bydel • Omsorgssentre (institusjon) • egen sykehjemsavdeling for illegal rus <u>Bostandard:</u> Ordinær med forsterkede veggplater jf. Stord sykehjem <u>Beliggenhet:</u> Ordinært bomiljø <u>Tjenestebehov:</u> Døgn inkl. helsepersonell	<u>Utfordringer:</u> Sikkerhetsrisiko, mulighet for vold og utagering, ellers tilsvarende utfordringer som gruppe 1-5 Somatikk. <u>Behov:</u> Skjerming, hvis fellesareal, så må det være bemannet, mindre tilbud om aktivitet, men ellers samme behov som gruppe 1-5 Somatikk. <u>Botilbud:</u> • Trygg+ med helsepersonell (ala Ljabruveien boliger, omsorgsboligstandard) • plasser anskaffet fra private leverandører • egen sykehjemsavdeling for illegal rus <u>Bostandard:</u> Ekstra spesifikke kvaliteter <u>Beliggenhet:</u> Skjermet fra ordinært bomiljø <u>Tjenestebehov:</u> Døgn inkl. helsepersonell



Ljabruveien boliger. Foto: Velferdsetaten

16 Litteratur og dokumenter

Helsedirektoratet, «*Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – RP-lidelser – Sammensatte tjenester – samtidig*», Nasjonale faglige retningslinjer, 03/2012

Helsedirektoratet, «*Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*», IS2076,
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>, 2014

MakersHub, TAG Arkitekter og GrowLab, «*Ville jeg bodd her selv? – Nytt boligkonsept for bostedsløse med rusproblemer*», Rapport, 2021

Oslo kommune, *Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+*, Oslo kommune, 2010

Oslo kommune, *Midlertidig forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem – Kriterier og venteliste*, Oslo, 2017

Sandnes kommune, *Rapport fra arbeidsgruppe «Pleiefaktor sykehjem»*, Sandnes kommune, 2016

Solvoll, E., Seljeflot, S., Råheim, M., Ådna, M., «*Samlokaliserte boliger med base og småhus*», Kunnskapsrapport om forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om samlokaliserte boliger med base og skjermede boliger/småhus, Velferdsetaten 2021

Sykehjemsetaten og Velferdsetaten, *Langtidsplasser for mennesker med langvarig rusmisbruk i Oslo kommune – utfordringer og muligheter*, Sykehjemsetaten 2021

Veiviseren.no, <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/avdeling-for-pasientar-med-psykiske-lidingar-i-sjukeheim> (Stord sjukeheim)

Veiviseren.no, <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/langtidsplasser-for-personer-med-rusavhengighet-pa-stokka-sykehjem> (Stokka sykehjem, Stavanger)

Velferdsetaten, «*Boligbehovskartlegging 2020*», Oslo kommune, 2020

Velferdsetaten, «*Veileder til Boligbehovskartlegging 2020*», Oslo kommune, 2020



17 Vedlegg

17.1 Tilbud i andre kommuner

17.1.1 Stord kommune

Stord kommune er en mellomstor norsk kommune med 250-300 brukere. Målet er at de skal bo så lenge som mulig i egen bolig. De har en alternativ kommunal bolig i sentrum der det er lettere å tilby omsorgstjenester for en periode som gis av bustadsosialt team. I tillegg har de en egen avdeling for personer med rusproblemer på Stord sjukeheim med 18 plasser. Avdelingen er formet som en L med seks rom nederst med fellesareal for de med størst atferdsutfordringer og utfordringsstrang, så tolv nedover andre siden med det største fellesarealet. Alle vil være i den store stuen, for der er det mer sosialt. Det er ikke lov å ruse seg i fellesareal. Den yngste pasienten er 38 år og den eldste 100 år. De sier at de har «de somatiske helsehjelp-brillene på» og ser på funksjonsnivå og ikke eventuelt på psykisk uhelse, type rusmidler eller alder.

På samme måte som en demensavdeling, så tenker vi at denne brukergruppen har utfordringer og trenger ansatte med kompetanse innen dette. (Stord sjukeheim)

Når behov ikke dekkes av hjemmetjeneste eller rusteam, så er det institusjon med korttidsplass, rullerende plasser eller langtidsplass. Stord sier at for de med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer ikke trenger noe mellomtilbud mellom hjem med hjemmebaserte tjenester og sykehjem utenom rullerende plasser.

Med rullerende plasser er personen fast inne to, tre eller fire uker på sykehjem for deretter å være hjemme i 2-6 uker. Hjemmeperioden er alltid lengre enn oppholdet på sykehjemmet for å unngå institusjonalisering. Under oppholdet får de god støtte til somatiske helseproblemer og ernæring, så de blir mye bedre igjen. Mens de bor hjemme er de velkomne på besøk til sykehjemmet for å holde kontakt og forebygge ensomhet.

Stord sykehjem sier det er viktig at man er på sykehjemmet fordi man trenger helsehjelp:

Vi må passe på at de virkelig trenger sykehjemsplass, og ikke bare trenger et sted å bo. (Stord sjukeheim)

På sykehjemmet får de fortsette å ruse seg, men at det ofte blir mindre rus for med gode rammer og kontinuerlig oppfølging blir det mindre ensomhet og selvmedisinering.

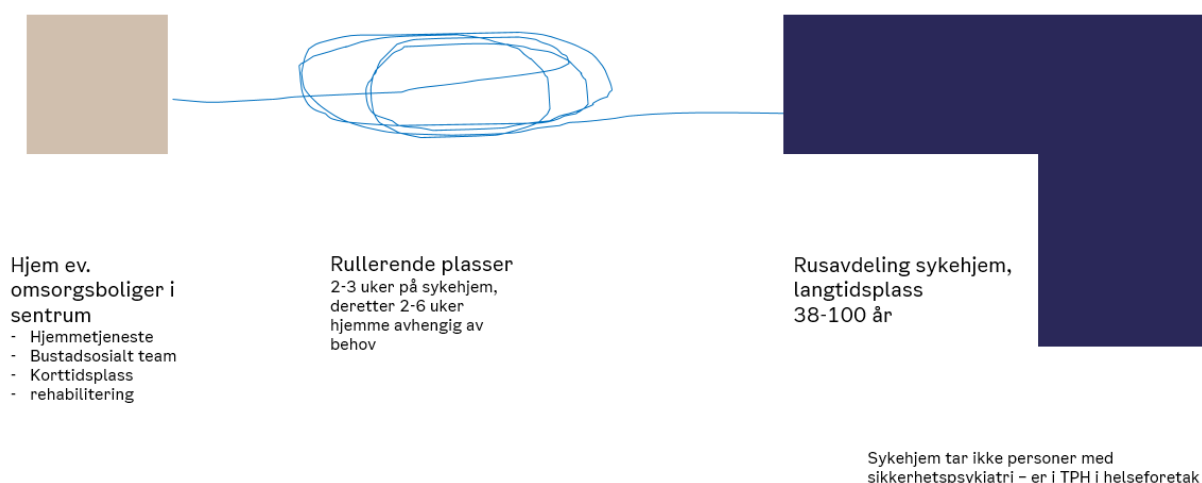
«De viser voldsom respekt for de andre på sykehjemmet, så de oppfører seg ordentlig, sier Stord sjukeheim.

De har likevel hatt episoder med bål, oversvømmelser og utageringer i den gamle avdelingen. Den nybygde avdelingen er helt lik andre avdelinger, med unntak av forsterkede veggplater. Sykehjemsavdelingen har samme bemanning som de andre avdelingene, men det er lavere terskel for å ha ekstra nattevakt ved behov. Det kan være behov for ekstra ressurser i periode, men kompetansen og måten de jobber på er viktigst, sier Stord.

Hvis personene som skal tas inn på sykehjemmet bruker tunge illegale rusmidler, så burde de gjerne vært på avrusning først, sier Stord. Dette er ikke mulig for alle på grunn av somatiske utfordringer, og da kommer de rett inn. De kan også ta inn folk som er i psykose. Da er det viktig at sykehjemslegen er tett på.

Sykehjems plassene er ikke for de med sikkerhetsutfordringer. Her mangler Stord et tilbud, og de befinner seg på tilbud utenfor kommunen eller i Tvungen Psykisk Helsevern (TPH).

De har individuelle ordninger med økonomi. De på rullerende plass på sykehjemmet betaler husleie for egen bolig, samt at de må betale vederlag (for inntil 60 dager) på sykehjem. Dette er vanskeligst for de med ROP-utfordringer. Da avskrives eventuelle restanser i samarbeid med verge.



Illustrasjon: Beskrivelse av tilbudet i Stord kommune for personer med rus, psykiatri og somatikk. «Hjem» brukes som betegnelse på privat bolig eller leid kommunal bolig.

17.1.2 Stavanger kommune

Stavanger kommune har en egen sykehjemsavdeling for personer i aktiv rus på Stokka sykehjem. Avdelingen ligger midt i sykehjemsblokken i fjerde etasje med 17 plasser. I femte etasje er det en somatisk avdeling, der halvparten av pasientene er eldre alkoholikere som har blitt roligere. Andre og tredje etasje er demensavdelinger, og i første etasje er det stor stue og kafé. Alle bruker samme inngang i 1. etasje, og alle bruker samme heis. Det er ingen adgangskontroll. De trenger ingen skjerming og kan gå ut når de vil. Det er flere pasienter i 30-års alderen, og de blir yngre og yngre. De eldste er opptil 80 år. De fleste klarer stell selv med tilrettelegging og veiledning, så noe mindre stell enn på en vanlig somatisk avdeling. Rusavdelingen har kun langtidsplasser. De kunne ønske seg korttidsplasser eller rullerende plasser, som de har på Stord. Målet for sykehjemsoppholdet er å få de stabilisert og få bedre livskvalitet.

Det var motstand i starten mot opprettelsen av avdelingen:

Både ansatte og nærmiljø var skeptiske til opprettelsen av avdelingen. Det var en utfordring for eksempel på 17. mai med fine barn som kom inn, så kommer våre pasienter stormende. Men det har gått seg til. De holder seg mest for seg selv, går ut i hagen. Våre steller i hagen, som krever mye vedlikehold, til glede for andre pasienter på huset. De har fysikk til å gjøre dette.

Personer med rusproblemer blir sett på som en ressurs overfor de andre pasientene på sykehjemmet:

Disse pasientene er fysisk sterkere, så en ressurs når vi skal dra på tur. Vi fokuserer på at de er medhjelpere heller enn pleietrengende. (Stokka sykehjem)

Det går veldig bra å ha personer med rusproblemer på avdelingen. Avdelingsleder har tett kommunikasjon med pasientene og fanger opp underliggende ting, så kan gripe inn og rette opp i riktig tid.

Personer med alvorlige rusproblem som er kjent i byen som et stort problem, roer seg når de kommer hit til trygge rammer. Vi bygger opp en slags familie, et hjem, der de er veldig trygge og sterkt knyttet til hverandre.

Vi har også noen på vanlige sykehjem. Der har vi kun positive erfaringer, også der hvor det har vært vanskelig atferdsproblematikk, rus, somatikk, og der sykehjemmene har vært skeptiske til å ta imot. (Stavanger kommune)

4-5 bruker illegal rus og 5-6 er i LAR. Disse to gruppene har ulik adferd når de ruser seg, men de fungerer ganske bra sammen:

De har frihet og vil ta vare på hjemmet sitt. De har eget rom med bad og seng og nøkkel, så det ligner et privat hjem. Det kan være utfordring med høy musikk og støy når de

drikker alkohol. Stor forskjell på adferd til de som bruker illegal rus som er mer stille, men det varierer veldig. (Stokka sykehjem)

Ansatte hjelper personen slik at de kan planlegge hverdagen sin, så de har turer med buss til polet. Hvis personen er for dårlig til å dra selv, så handler ansatte drikkevarer på vegne av pasienten og porsjonerer ut til de.

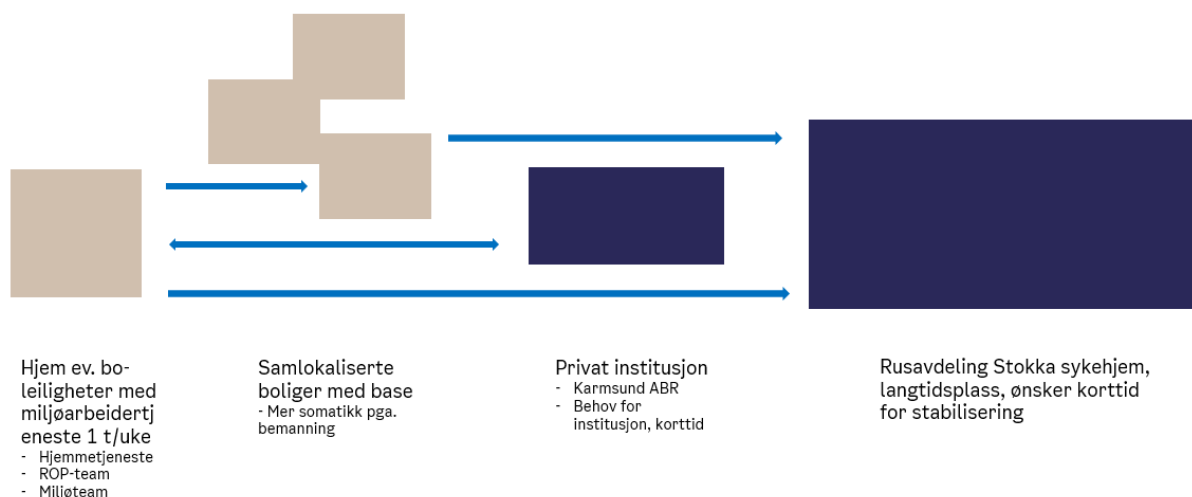
De har personer med ulike utfordringer som blir tatt inn:

Tidligere ønsket vi ikke at de skulle være midt i en psykose, men nå i det siste har vi fått inn unge med store utfordringer, men fagleder og seksjonsleder synes det er spennende med utfordringer, så nå tas de inn. (Stokka sykehjem)

I tillegg til Stokka sykehjem, så kjøper de tjenester av en privat leverandør for personer som har så stort tjenestebehov at de har behov for et kortere institusjon. Kommunen har flere samlokaliserte boliger med base for personer med ROP, som de kan søke inn fra vanlige boliger. Her kan de ta noe mer somatikk på grunn av høyere bemanning.

Hjemmesykepleien samarbeider godt med helse- og velferdskontoret. De lager planer for hver enkelt; hva gjør man hvis de ikke er hjemme, og en kriseplan. Da er helse- og velferdskontoret tett på, og drar på hjemmebesøk med hjemmesykepleien og har ansvarsgruppemøter.

Det er en utfordring at de ikke er hjemme når hjemmesykepleien kommer, men det er ikke nødvendigvis institusjon som er løsning. Da kan rullerende plasser være en mellomløsning, de får bygd seg opp, sjekket somatisk helsetilstand og komme til lege. Vi ønsker å ha folk boende så lenge som mulig i egen bolig. Vi har vanlige kommunale boliger og bo-leiligheter der det følger miljøarbeidertjeneste med. Her må du ta imot minimum en time hjelp i uken.



Illustrasjon: Beskrivelse av tilbudet i Stavanger kommune for personer med rus, psykiatri og somatikk.

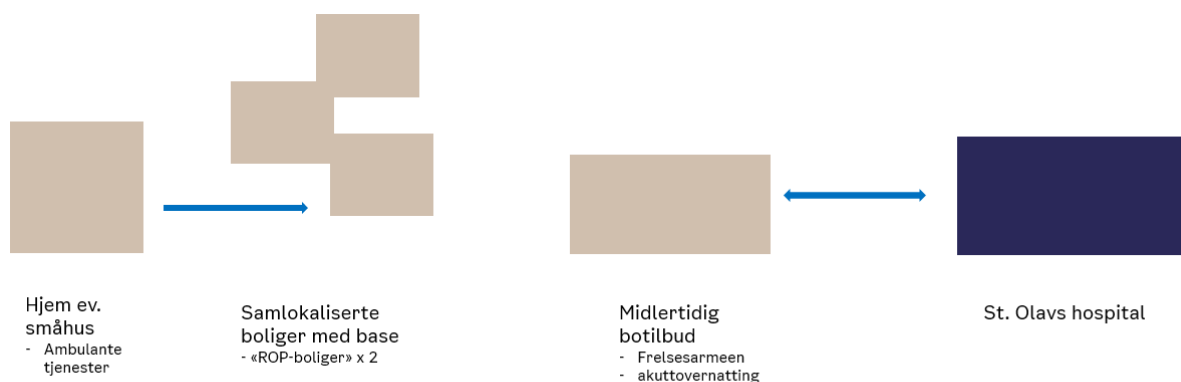
17.1.3 Trondheim kommune

Trondheim kommune er usikker på antall personer i målgruppen med omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseproblemer. De anslår det til en til to håndfuller som er vanskelig å plassere. Trondheim har to definerte samlokaliserte boliger med base for personer med ROP på henholdsvis 10 og 14 plasser, samt en del småhus. De med de største utfordringene har vært plassert i Jarleveien, som er et leilighetskompleks som ligger sentrumsnært med 43 leiligheter. Her har det vært mye uro, selv med securitas vakter og god bemanning. Bystyret vedtok i høst å legge ned Jarleveien, og heller bygge opp boliger ut fra nasjonale standarder og med færre antall boenheter samlet. De skal nå spørre alle brukerne om hvordan de ønsker å bo.

Trondheim har et bokollektiv med 10 plasser i enden av et sykehjem for legal rus og somatikk.

De dårligste i Trondheim med et illegalt rusproblem frekventerer mellom akuttovernattingen til Frelsesarmeen, som er et midlertidig botilbud og St. Olavs hospital, så personene beveger seg inn og ut av akutttilbud og sykehus. Når Jarleveien legges ned, vil Trondheim få enda færre plasser til de med størst behov.

Trondheim har som mål at personer med rusproblemer skal bo hjemme så lenge som mulig, og vil heller ser på ambulante tjenester heller enn døgnbemannet boliger. De ser at de mangler et tiltak for de med omfattende somatikk og illegal rus og ønsker seg flere institusjonsplasser. I tillegg skal de etablere åtte boliger i et rekkehus for personer med ROP og sikkerhetsproblematikk.



Illustrasjon: Beskrivelse av tilbudet i Trondheim kommune for personer med rus, psykiatri og somatikk.

17.1.4 Bergen kommune

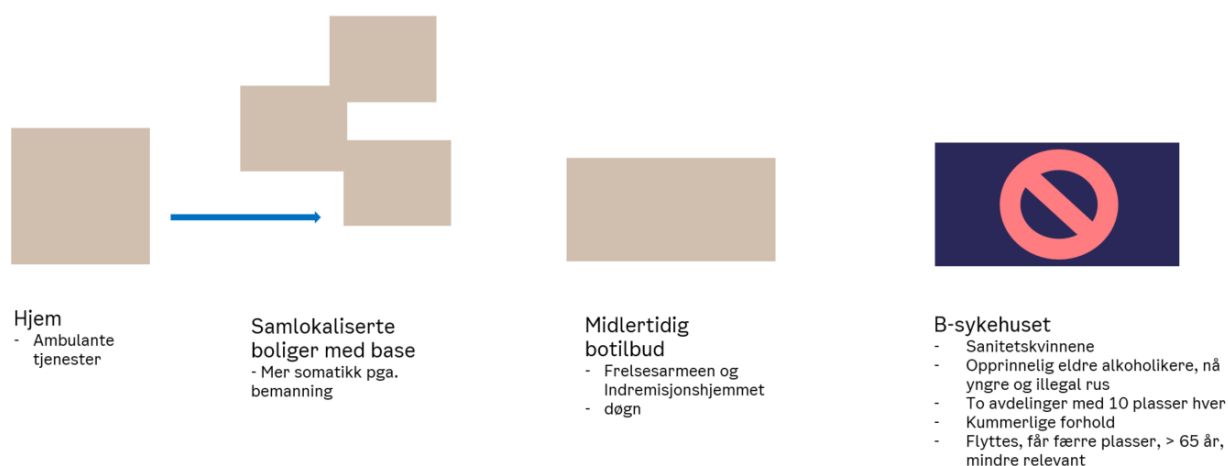
Bergen kommune har store utfordringer med å få personer med rusproblemer og somatikk inn på sykehjem, for de er blant annet yngre enn tradisjonelle sykehjemspasienter, selv om de har samme funksjonsnivå, og fordi det er snakk om illegal rus. Det er en skyving mellom ulike byrådsavdelinger.

For de eldre med rus, psykiatri og somatikk har de i dag

- Ambulant oppfølging i eget hjem.
- To midlertidig botilbud med døgnbaserte tjenester uten krav om rusfrihet driftes av Frelsesarmeen (Bakkegaten bo- og omsorgssenter) og Bergens Indremisjon (Indremisjonshjemmet) med totalt 28 plasser. Inngangen er bostedsløshet. Disse driftes etter helse- og omsorgstjenesteloven (institusjon) med medisinalutdeling og legetilsyn, men ikke omfattende pleie.
- B-sykehuset er et sykehjem som gir tilbud til personer med rusrelaterte skader. Sykehjemmet har 22 sykehjemsplasser bestående av både langtids- og korttids plasser. Plassene ble etablert på starten av 2000-tallet for eldre med alkoholproblemer. I dag er det flere med illegal rus og pasientene er yngre, helt ned i 30-årene. Den ene av de to avdelingene var opprinnelig forbeholdt somatikk, men nå er begge avdelingene for personer med rusrelaterte skader. B-sykehuset skal nå flyttes til mer tilpassede lokaler og med færre plasser.
- Gatehospitalet i Bergen åpnet i 2020 og driftes av Frelsesarmeen som er et supplement til øvrig helsetjeneste i Bergen. Det drives på samme måte og med samme målgruppen som Gatehospitalet i Oslo.
- I tillegg har Bergen avtale om kjøp av plasser utenfor Bergen etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c med Karmsund ABR-senter avd. Bjørnstad, Stiftelsen Guts (Avd. Drammen og Finnerud gård) og Bergen Kontaktsenter.

Bergen ønsker seg

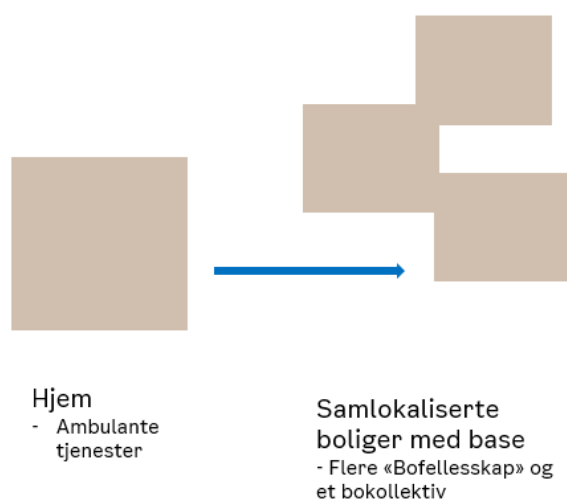
- En spesialopprettet avdeling for personer med somatikk, rus (illegal), kognitiv svikt og funksjonsnivå som gjør at de trenger sykehjemsplass. Jobbet for dere i flere år uten resultat, blant annet på grunn av ulike byrådsavdelinger. Må derfor selv opprette tilpassede boliger.
- Prosjektet «Hylkje» i Åsane i nærheten av Bergen fengsel skal bli samlokaliserte boliger med heldøgnsbemannet base for personer med rusutfordringer og kognitiv svikt. Her blir det måltider, ev. LAR på stedet, de skal koble på eksisterende tjenester og gi mer praktisk bistand. Men som de sier: *«Men for de som er pleietrengende, så er det ikke nok med hjemmebaserte tjenester. Det kan være rullestol og mye demens og pleiebehov; da beveger vi oss vekk fra det sosialfaglige og mer over på helse – og der er det vi strever. Selv om vi ansetter vernepleiere og ergoterapeuter kan man ikke kreve at de skal utøve omfattende helseoppgaver. Der trengs det institusjonstilbudet vi ikke har, med tilsynslege, medisinalutlevering, stell og pleie.»*



Illustrasjon: Beskrivelse av tilbudet i Bergen kommune for personer med rus, psykiatri og somatikk.

17.1.5 Fredrikstad kommune

Fredrikstad kommune anslår at de har 30 personer blant sine 82 000 innbyggere som er eldre pleietrengende med ROP i hovedforløp 3. De regner personer med ROP som eldre fra 50 år, og ser at de får store somatiske helseplager tidlig og kognitiv svikt eller rusrelatert demens. De får flere eldre blandingsmisbrukere og flere eldre LAR-pasienter framover.



Illustrasjon: Dagens tilbud i Fredrikstad for personer med rus, psykiatri og somatikk.

Kommunen har dårlig økonomi og ønsker å redusere antall kjøpsplasser. I boligplanen står det at de eldre i denne målgruppen trenger to ulike former for bo- og tjenestetilbud. Dette skal være sidestilte omsorgstiltak på lik linje med det som ellers er bygget opp for andre eldre med omfattende hjelpebehov i Fredrikstad kommune. Disse to tiltakene er:

- Sykehjem - egen avdeling eller fløy i eksisterende sykehjem, som ved demenssykdommer. Her skal det være både legal og illegal rus. Her vil det være omsorgsboliger rett nedenfor og også Ilaveien Bosenter Blå Kors, som er et botilbud for innbyggere med ROP i hovedforløp 3.
- Eldreboliger med tilhørende eldresenterfunksjoner som også kan benyttes av andre eldre. Tiltaket skal hete Grønlien bo- og aktivitetssenter og planlegges bygd på Rolvsøy. Målgruppen vil være personer med somatikk, lavt funksjonsnivå, lettere kognitiv svikt og som trenger ulike hjelpemidler og universelt utformede boliger. De sier videre: *I denne type bomiljøer for eldre kan flere bosettes i samme boligkompleks. Dette er innbyggere hvor ukritisk og høypotent rusbruk og problematisk adferd flater ut dersom dette trygge og tilpassede bo- og hjelpetilbudet foreligger i den siste fasen av livet.*

17.2 Matrise for rusfeltet

Matrise for rusfeltet skal være til hjelp i framskaffelse av boliger og tjenester til personer med rus- og psykiske helseproblemer. Den er et ressursbesparende verktøy i planlegging av nye tiltak for å sikre mer egnede boliger og tjenester til målgruppen.

Matrisen har fire deler:

1. Grupper, bolig, bomiljø og tjenestebehov
2. Samlokaliserte boliger med personalbase for gruppene 4-8
 - a. Bemanning og behovsoversikt
 - b. Typer personalbaser
3. Omfattende somatiske helseproblemer
4. Tjenester - Helhetlig tiltakskjede

Matrise del 1. Grupper, bolig, bomiljø og tjenestebehov

Denne delen av matrisen beskriver de åtte ulike gruppene og deres boligbehov, boligstandard, hvilket bomiljø boligene bør ligge i, og hvilke tjenester som bør gis. Matrisen skal bidra til prinsippet om rett bolig til rett person.

Personer med rus- og psykiske helseproblemer har ulik alder, kjønn, utfordringer, ressurser og ønsker. Selv om det er store individuelle forskjeller blant målgruppen, er det noen fellestrekk i funksjon og behov som gjør det mulig å ordne funksjonsnivå og tjenestebehov i grupper. Funksjonsnivå og tjenestebehov hos den enkelte vil selvsagt kunne variere over tid, men matrisen gir en oversikt over hvilke typer boligløsninger en kommune eller bydel må ha for å dekke det totale behovet.

Den enkelte beboer vil kunne variere i funksjonsnivå, og på forskjellige tidspunkt ha behov for ulike boligtiltak og tjenester.

Matrisen er utarbeidet for å gi en oversikt over hvilke typer boligløsninger en kommune eller bydel må ha for å dekke det totale behovet.

Helsedirektoratet har delt personer med rus- og psykiske helseproblemer inn i hovedforløp (HF) 1-3. Det er spesielt HF3 som vi ser trenger en mer nyansert inndeling. Vi har funnet det nødvendig å dele inn i åtte grupper basert på funksjonsnivå.⁶ Vår inndeling er basert på funksjonsnivå og ikke en eventuell diagnose. Uten en bedre forståelse for ulikhetene i funksjon og behov mellom gruppene, har vi gjennom denne studien sett at det er svært høy risiko for å opprette botiltak som ikke samsvarer med behovene til beboerne. Personer i de ulike gruppene kan ha følgende utfordringer (listen er ikke uttømmende):

- Gruppe 1: Moderate utfordringer knyttet til rus- og ev. psykiske helseproblemer med behov for individuelt tilpassede tjenester (HF 1-2).
- Gruppe 2: Moderate til alvorlige utfordringer knyttet til rus- og ev. psykiske helseproblemer med behov for individuelt tilpassede tjenester (HF 2-3).
- Gruppe 3: Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, synlig rusatferd, er autonome og dekker egne primærbehov, atypisk atferd med behov for en tilbaketrukket bosituasjon med avstand til naboer (HF 3).
- Gruppe 4: Alvorlige og langvarige psykiske helseproblemer, anerkjenner ikke alltid eget rusproblem, sårbar, innadventt, blir ofte utnyttet og har behov for en trygg bosituasjon og sosialfaglig oppfølging (HF 3).
- Gruppe 5: Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, synlig rusatferd, manglende impulskontroll, verbale trusler og interne konflikter. Behov for bla. sosialfaglig oppfølging (HF 3).
- Gruppe 6: Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, synlig rusatferd, manglende impulskontroll, verbale trusler, konflikter og sikkerhetsrisiko, ofte utestengt fra lavterskeltilbud og med behov for bla. helse- og sosialfaglig oppfølging (HF 3).

⁶ Personer med rus- og psykiske helseproblemer som har behov for et høyere omsorgsnivå på institusjon enn det som kan gis gjennom tjenester inn i kommunale utleieboliger eller i en samlokalisert bolig med personalbase er ikke tatt med i matrisen.

- Gruppe 7: Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, synlig rusatferd, manglende impulskontroll, uberegnelig atferd, verbale trusler, konflikter og høy sikkerhetsrisiko, regelmessig utestengt fra lavterskeltilbud og med behov for særskilte tilrettelagte rammer og helseoppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (HF 3).
- Gruppe 8: Alvorlige og langvarige rus-, psykiske- og omfattende somatiske helseproblemer. Redusert mobilitet og behov for helse- og omsorgstjenester (HF 3).

Basert på tall i Helhetlig russtatistikk 2025 og boligbehovskartleggingen i 2024 anslår vi at av målgruppen med rus- og psykiske helseproblemer i Matrise for rusfeltet, befinner rundt 85-90 prosent seg i gruppene 1 og 2. De resterende 10-15 prosent er i gruppene 3-8, hvorav majoriteten er i 4 og 5, og kun noen få i gruppe 3.

- Gruppene 1 og 2 kan bo i ordinære boliger med eller uten ambulante tjenester.
- Gruppe 3 har behov for å bo skjermet i småhus uten base med ambulante tjenester.
- Gruppene 4 – 8 har større behov og trenger samlokaliserte boliger med personalbase.

Personene som omfattes av matrisen skal alle kunne bo i egne boenheter med ordinære husleiekontrakter. Personer med mildere eller midlertidige rus- og psykiske helseproblemer, med et bedre funksjonsnivå enn gruppe 1 er ikke omfattet av matrisen.

Personer med behov for et høyere sikkerhets- eller omsorgsnivå enn gruppene 7 og 8, vil ha behov for institusjonstilbud med bemanning tilsvarende eksempelvis 1:1, 2:1 eller 3:1-bemanning, og er heller ikke omfattet av matrisen.

Matrisen er fargekodet. Grønn indikerer behov for ordinær boligstandard, oransje er ekstra kvaliteter, mens rød er ekstra spesifikke kvaliteter. Beskrivelse av hva ekstra og ekstra spesifikke kvaliteter innebærer, er dels beskrevet i matrisen, men videre utdypet i Kravspesifikasjon for boliger med ekstra kvalitet og Håndbok: Boliger med ekstra kvaliteter for personer med rus- og psykiske helseproblemer.⁷

⁷ Seljeflot og Solvoll 2025 og MakersHub et al. 2023, revidert 2026.

Boliger uten personalbase			Samlokaliserte boliger med personalbase				
Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6 og 7		Gruppe 8
<u>Funksjonsnivå:</u> Moderate rus- og ev. psykiske helseproblemer	Moderate til alvorlige rus- og ev. psykiske helseproblemer	Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, atypisk atferd, dekker egne primærbehov	Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, sårbar, innadventt, ofte utnyttet	Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, synlig rusatferd, manglende impuls kontroll, verbale trusler og interne konflikter	Alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, synlig rusatferd, manglende impuls kontroll, trusler og konflikter Sikkerhetsrisiko Høy sikkerhetsrisiko		Alvorlige og langvarige rus-, psykiske- og omfattende somatiske helseproblemer, redusert mobilitet
<u>Boligbehov:</u> ⁸ Ordinære boliger, leid privat eller kommunal, eller selveier	Ordinære kommunale utleieboliger/heleide gårder	Småhus uten base, få samlet, f.eks. 1–3	Samlokaliserte boliger med personalbase	Samlokaliserte boliger med personalbase	Samlokaliserte boliger med personalbase	Samlokaliserte boliger med personalbase	Samlokaliserte boliger/etasje i bygård med personalbase
<u>Boligstandard:</u> Ordinær	Ordinær	Ekstra kvaliteter	Ordinær	Ekstra kvaliteter	Ekstra spesifikke kvaliteter	Ekstra spesifikke kvaliteter	Ordinær med tilrettelegging ⁹
<u>Beliggenhet:</u> Ordinært bomiljø	Ordinært bomiljø	Skjermet , ev. ved næringsvirksomhet	Ordinært bomiljø	Noe skjerming , ev. ved næringsvirksomhet	Skjermet , ev. ved næringsvirk.	Skjermet , gjerne randsoner	Ordinært bomiljø
<u>Tjenester:</u> Individuelt tilpasset , periodevis og ambulant	Individuelt tilpasset og ambulante tjenester	Ambulante tjenester	Dagtid + ambulante tjenester	Dag, kveld + ambulante tjenester	Døgn	Døgn	Døgn
<u>Målgruppen bor f.eks.:</u> Ordinære kommunale eller private utleieboliger, selveier	Ordinære, kommunale utleieboliger, heleide gårder	Tidligere Flexbo småhus	Skogvollveien	Tidligere Arveset gård	Schandorffsgate	Ljabruveien boliger	Lokka bofellesskap

⁸ Boligene for gruppene 3-8 bør være universelt utformet med omsorgsboligstandard, fordi personene ofte får omfattende somatiske helseproblemer tidligere enn normalbefolkningen og vil kunne ha behov for helse- og omsorgstjenester utført i hjemmet.

⁹ Tilrettelagt bolig kan være livsløpsstandard, heis eller omsorgsboligstandard.

Mulig SKOK ¹⁰ /kravspek.: SKOK Utleieboliger	SKOK Utleieboliger	Kravspesifikasjon for boliger med ekstra kvaliteter	SKOK Utleieboliger eller SKOK Omsorgsboliger	Kravspesifikasjon for boliger med ekstra kvaliteter	Kravspesifikasjon for boliger med ekstra kvaliteter	SKOK Omsorgsboliger
---	--------------------	---	--	---	--	------------------------

¹⁰ SKOK = Standard Kravspesifikasjon for Oslo kommune, se skok.no

Matrise del 2a. Bemanning og behovsoversikt for gruppene 4-8

Gruppene 4–8 har behov for samlokaliserte boliger eller småhus med personalbase. Personene har eller kan ha følgende utfordringer:

- rød score i brukerplan på sosial fungering¹¹
- alvorlige og langvarige rusproblemer og eventuelt alvorlige psykiske helseproblemer
- lavt funksjonsnivå
- stadig tap av bolig og flyttinger grunnet atferd, mislighold eller lav bokompetanse
- befinner seg i hovedforløp 3 (HF3)

De kan ha følgende behov:

- vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester
- forsvarlige tjenester med fleksibel, individuell og tilpasset oppfølging
- tverrfaglig, ambulant oppfølging og koordinerte tjenester
- større eller mindre grad av skjerming mot naboer og bomiljø (gruppene 3, 5–7)
- oppfølging av ev. somatiske helseproblemer¹²
- bolig på 25–40 m2 netto, pluss utvendig bod

Noen forhold rundt tiltakene:

- Tabellen gjelder drift. Ved oppstart bør høyere bemanning vurderes.
- Det anbefales suksessiv innflytting.
- Tiltakene bør ligge nær offentlig kommunikasjon, matbutikk og apotek.
- Viktigste innhold i tjenestene for alle grupper er relasjonsarbeid, koordinering av øvrige tjenester, mattilbud og ernæring, aktivitet og arbeid og samarbeid med spesialhelsetjenesten.¹³

Tabellen på neste side viser bemanningsgrad fordelt på henholdsvis 10–12 og 8 boenheter. Vi har ikke differensiert på kjønn. Sammensetning av beboere, fysisk utforming av botiltak, gjester, økte somatiske helseproblemer eller andre forhold kan gjøre at man bør endre bemanningsgraden. Framtidig bruk av trygghets- og velferdsteknologi kan påvirke bemanningsbehovet. Tjenestene må tilpasses beboerne og justeres etter behov. Tjenestene bør ha fokus på relasjonsarbeid, koordinering av øvrige tjenester, mattilbud og ernæring, deltagelse i aktivitet eller arbeid, og samarbeid med spesialisthelsetjenesten om diagnoseutredning og behandling.

¹¹ Rød score på sosial fungering vil si at personene har svært dårlig fungering i alle typer sammenhenger og «BrukerPlan Årsrapport 2020», Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR).

¹² For personer med alvorlig og omfattende somatikk som er tilsvarende gruppe 8 eller dårligere, er det aktuelt med institusjonsplass på omsorgssenter i regi av Velferdsetaten eller sykehjemsplass. Se del 3 av matrisen.

¹³ Samarbeidet kan gjelde bla. diagnostisering og behandling.

		Gruppe 4	Gruppe 5		Gruppe 6 og 7		Gruppe 8
Ant. beboere	Standard	Ordinær	Ekstra kvaliteter		Ekstra spesifikke kvaliteter		Ordinær
		Bygård/boliger egne innganger	Bygård	Boliger egne innganger	Bygård/boliger egne innganger	Småhus el. to boliger under ett tak	Bolig/etg. i bygård felles inngang
10-12	dag	2 + ambulante tjenester	2 + ambulante tjenester	2 + ambulante tjenester	Minst 2 + ambulante tj.	Minst 3 ¹⁴	2
	kveld	Ambulante tjenester	Minst 2 + ambulante tj.	Ambulante tjenester	2-3 + ambulante tjenester	Minst 3	2
	natt	- ¹⁵	Ambulant/veker	Ambulant/veker	2 våkne	2 våkne	1 sovende
8	dag	1-2 + ambulante tj.	2 + ambulante tjenester	2 + ambulante tjenester	2 + ambulante tjenester	Minst 3	- ¹⁶
	kveld	Ambulante tjenester	2 + ambulante tjenester	Ambulante tjenester	2 + ambulante tjenester	3	-
	natt	- ¹⁷	Ambulant/veker	Ambulant/veker	2 våkne	2 våkne	-
Behovsoversikt		Ordinær boligstandard	Ytre: - stålbeslag på ytterdører/innbruddsikring - ev. forsterkede vinduer - skjulte sprinklerhoder ev. vanntåkeanlegg - unngå blinkende lys i brannvarsler/ventilasjon - teknisk rom utenfor bolig, beboer ikke tilgang - god lyddemping, ev. betong mellom boenheter - stoppekran i teknisk rom Innvendig: - vinyl gulvbelegg opp minimum 10 cm på vegg, kan gjerne se ut som parkett - OSB-plater kledd med gips ev. gips med fibersement - sluk i gulv på bad og kjøkken (under kjøkkeninnredning, uten fall) - ikke gulv- eller taklister som kan skrus ned - skjulte ledninger - vandalsikre brytere og el-stikk - skjulte rør under vask på kjøkken - inventar som er lett utskiftbart - porselen på bad, ikke stål - unngå dusjforheng eller glassdører til dusjen		Samme som under ekstra kvaliteter (oransje), men i tillegg: Ytre: - forsterkede ytterdører - forsterket glass dersom vinduer stadig knuses - vaskerom i tilknytning til base, ikke i bolig Innvendig: - rømningsvei - så åpen romløsning som mulig – god oversikt, lett å ta seg ut - trykknapp for bestemt mengde vann i dusj - unngå skuffer på kjøkken – kun hyller og åpne løsninger		Ordinær standard med tilpasninger

¹⁴ Ljabruveien boliger fungerer med ti beboere, men det kan være hensiktsmessig med færre beboere for gruppe 7.

¹⁵ For beboere med vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester må tjenester kunne gis med kort responstid også på kveld og natt.

¹⁶ I Oslo er det bare etablert ett botiltak for gruppe 8. Datagrunnlaget er derfor begrenset. Vi har ikke grunnlag for å vurdere bemanningstetthet for åtte boenheter.

¹⁷ For beboere med vedtak om heldøgns helse- og omsorgstjenester må tjenester kunne gis med kort responstid også på kveld og natt.

Tabellen over vises utdrag av behovsoversikten. Hele behovsoversikten finnes i *Håndbok: Boliger med ekstra kvaliteter for personer med rus- og psykiske helseproblemer* (PRIOslo/Velferdsetaten, MakersHub og Sweco, 2023, rev. 2026) og Kravspesifikasjon for boliger med ekstra kvaliteter (Seljeflot og Solvoll 2025).

Matrise del 2b. Baseløsninger i bruk for gruppene 4-8

Denne delen av matrisen er et utgangspunkt for dialog rundt grad av tilstedeværelse i et botiltak med personalbase for personer som har behov for dette. Fra venstre mot høyre i matrisen under er det økende grad av tilstedeværelse av ansatte. Matrisen beskriver bla. ambisjonsnivå basert på valg av basetype, funksjon, risiko, sikkerhet og utforming. Den sier ikke noe om antall brukere og økonomi.

Matrisen angir hvilke baseløsninger som anbefales for de ulike gruppene 4-8, men det er opp til bydelene selv å avgjøre grad av tilstedeværelse i et botilbud. Erfaringsmessig har mange tiltak blitt etablert med et for lavt ambisjonsnivå på bemanning ala basetypene vi har kalt «periodevis tilgjengelig» og «portvokter». Dette har skapt utfordringer for driften og har måttet bli håndtert i etterkant. For lav tilstedeværelse kan gjøre at ansatte i liten grad får med seg uro og beboerkonflikter. Det kan da bli et tilleggsbehov for vektere. For lav bemanning gir også begrenset mulighet for bo- og nærmiljøarbeid.

Basetype	Periodevis tilgjengelig Personalrom	Portvokter Personalrom	Oppsøkende eller tilstedeværende miljøarbeid Personalbase	Tilstedeværende miljøarbeid Personalbase	Tilstedeværende miljøarbeid døgn Personalbase	Sikkerhets- og trygghetsfokus døgn Personalbase	Omsorg og ivaretagelse døgn Personalbase
Anbefalt målgruppe	Brukes, men vi anbefaler ikke denne løsningen for gruppene 4-8.	Brukes, men vi anbefaler ikke denne løsningen for gruppene 4-8.	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6	Gruppe 7	Gruppe 8
Bemanning	2 f.eks. 2-3 timer, 1-2 dager uken.	1 dag og/eller kveld.	2 dag, ev. kveld + ambulante tjenester.	2-3 dag, ev. kveld + ambulante tjenester og ev. vektere natt.	2-3 dag og kveld, 1 våken og 1 hvilende natt, ev. ambulante tjenester.	Minst 3 dag og kveld. 2 våken natt.	2 dag/kveld (helg: 1 dag/ kveld + 1 mellomvakt), 1 sovende natt.
Funksjon	Miljøarbeid, tidvis tilgjengelig.	Observerende resepsjons-funksjon med oversikt over inn- og utpasseringer.	Individuell oppfølging, miljøarbeid. Ev. felles oppholdsrom og bomiljøarbeid. Utdeling av brukerutstyr.	Individuell oppfølging, miljøarbeid, ev. nærmiljøarbeid. Kan følge til avtaler. Gjerne mat- og aktivitetstilbud i felles oppholdsrom med ansatte til stede. Utdeling av brukerutstyr.	Miljøarbeid og individuell oppfølging for stabilisering/habilitering. Kan følge til avtaler. Utdeling av mat, ev. medisiner og brukerutstyr. Bo- og nærmiljøarbeid.	Forsterket bemanning for stabilisering, økt sikkerhet og forebygging av konflikter. Miljøarbeid og individuell oppfølging. Kan ha utdeling av mat og brukerutstyr.	Ivaretagelse og helse- og omsorgstjenester. Servering av alle måltider. Utlevering av medisiner og brukerutstyr. Fellesrom.
Beliggenhet på basen	I samme bygg eller i nærheten.	Ved inngang til bygget/boligene .	I samme bygg eller innen 5 min med bil (i tettbygde strøk).	I samme bygg eller på eiendommen, med god oversikt over boligene og området.	I samme bygg eller på eiendommen med god oversikt over boligene og området.	I eget bygg på eiendommen. Full oversikt over boligene og området.	I samme bygg/etasje som beboerne.
Fasiliteter i basen	Rom med arbeidsstasjon, hybelkjøkken og toalett.	Rom med arbeidsstasjon og toalett.	Kontor med to arbeidsstasjoner, toalett med dusj. Ev. fellesareal med kjøkken og låne-PC.	Kontor med to arbeidsstasjoner, felles oppholdsrom/ møterom med kjøkken og låne-PC.	Kontor med arbeidsstasjoner + separat kontor. Innbruddsikkert glass og sikker dør. Dør og luke mot ev. fellesgang. Ev. felles oppholdsrom med kjøkken og låne-PC.	Kontor med arbeidsstasjoner + separat kontor, Møterom. Vaskerom med inngang utenfra. Uknuselig glass, sikker dør. Ikke innendørs fellesareal.	Kontor med arbeidsstasjoner, ev. eget møterom. Felles oppholdsrom. Kjøkken for å lage mat til beboere.

Sikkerhet	Vindu, kikkhull, ev. kamera og rømningsvei.	Dørklokke med kamera og ev. rømningsvei.	Ev. rømningsvei.	Rømningsvei, ev. bærbar alarm.	God oversikt over base og fellesareal, rømningsvei, ev. kamera og bærbar alarm.	Base i eget bygg med sluse og rømningsvei. Kamera, bærbar alarm.	Ev. rømningsvei.
Størrelse (kvm)	En leilighet eller kontorlokaler.	Cirka 10-25 kvm.	En leilighet eller kontorlokaler ev. basemodul.	BRA = ca. 45 kvm uten lager jf. basemodul.	BRA = 65-100 (med eller uten separat møterom).	BRA = Cirka 110 BTA = Cirka 130.	BRA = ca. 45 kvm uten lager jf. basemodul ev. en leilighet i bygård.

Matrise del 3. Omfattende somatiske helseproblemer

Gruppe 1-5 og 8 Somatikk	Gruppe 5-7 Somatikk
<u>Utfordringer:</u> Mildere til omfattende rus-, psykiske- og somatiske helseplager, kognitiv svikt, lav egenomsorg, varierende funksjonsnivå, atferdsproblematikk, HF 3 <u>Behov:</u> Ernæring, utdeling av medisiner, omsorg, pleie og stell, sosialt fellesskap, aktivitet, bli fulgt til avtaler, periodevis behandling i spesialisthelsetjenesten, faste og tilgjengelige ansatte med kompetanse på rus, psykiatri og somatikk, tilrettelegging, ev. hjelp ved forflytning, utlevering av medisiner og brukerstyr. <u>Botilbud:</u> • samlokaliserte boliger med base i bydel • Omsorgssentre (institusjon) • egen sykehjemsavdeling for illegal rus <u>Bostandard:</u> Ordinær med forsterkede veggplater jf. Stord sykehjem <u>Beliggenhet:</u> Ordinært bomiljø <u>Tjenestebehov:</u> Døgn inkl. helsepersonell	<u>Utfordringer:</u> Sikkerhetsrisiko, mulighet for vold og utagering, ellers tilsvarende utfordringer som gruppe 1-5 Somatikk. <u>Behov:</u> Skjerming, hvis fellesareal, så må det være bemannet, mindre tilbud om aktivitet, men ellers samme behov som gruppe 1-5 Somatikk. <u>Botilbud:</u> • Trygg+ med helsepersonell (ala Ljabruveien boliger, omsorgsboligstandard) • plasser anskaffet fra private leverandører • egen sykehjemsavdeling for illegal rus <u>Bostandard:</u> Ekstra spesifikke kvaliteter <u>Beliggenhet:</u> Skjernet fra ordinært bomiljø <u>Tjenestebehov:</u> Døgn inkl. helsepersonell

Matrise del 4. Tjenester – helhetlig tiltakskjede

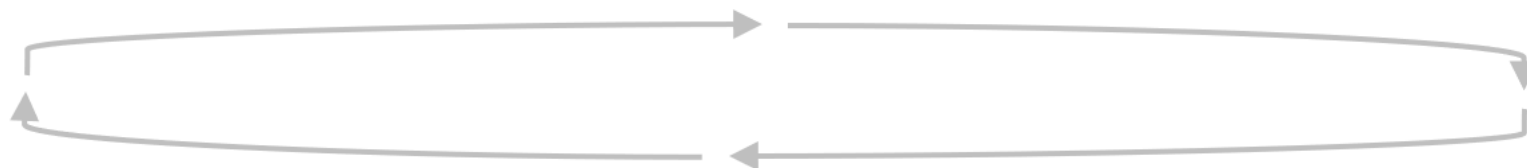
Enkeltpersoners utfordringsbilde og tjenestebehov vil variere. Personer vil derfor over tid kunne bevege seg mellom gruppene, noe den grå pilen under tabellen viser. Den enkeltes behov, ønsker og ressurser må kartlegges for å kunne gi riktig tjenestetilbud.

Gruppe 3 ønsker ofte ikke kontakt med tjenesteapparatet og er derfor ikke inkludert i oversikten. De er i hovedforløp 3 (HF3) og kan ha et problemomfang tilsvarende gruppe 5. I tabellen angis hovedansvarlig for at tjenesten gis. Matrisen under gir et bilde av det totale tjenestetilbudet som Oslo bør ha tilgjengelig til innbyggere med rus- og psykiske helseproblemer.

Hver gruppe bør ha tilgang på de beskrevne tjenestene listet opp under sin gruppe, og i tillegg tilbudene til venstre for sin gruppe i oversikten:

Gruppene 1-8	Gruppe 1	Gruppene 1-2	Gruppe 2	Gruppe 4-5	Gruppene 6-7	Gruppe 8
Generelle behov	Milde og kortvarige problem/behov for litt bistand	Langvarige mildere problemer/behov for noe mer bistand	Alvorlige kortvarige problemer/behov for ekstra bistand	Alvorlige langvarige problemer/behov for langvarig bistand	Alvorlige langvarige problemer/behov for svært omfattende langvarig bistand	Alvorlige langvarige problemer/behov for langvarig somatisk helseoppfølging

<u>Bolig/NAV:</u> - Bolig - Samtaletilbud - Øk. råd og veiledning - Kartlegging - Pårørendearbeid - Bomiljøarbeid <u>Velferdsetaten:</u> - Fri rettshjelp <u>Andre tjenesteytere:</u> - Fastlege	<u>Bolig/NAV:</u> - En kontaktperson/ veileder i NAV - Nettverk, likemenn, kurs, støttekontakt og selvhjelpsgrupper - Arbeid/utdanning <u>Velferdsetaten:</u> - RUSinfo <u>Andre tjenesteytere:</u> - Hjelpetelefon	<u>Bolig/NAV:</u> - Ruskonsulent - Arbeid/arbeids-rettede tiltak, IPS - Ambulante tjenester/ booppfølging/praktisk bistand (dagtid) - Aktivitetshus <u>Velferdsetaten:</u> - LAR <u>Andre tjenesteytere:</u> - Poliklinisk behandling/ spesialisthelsetjeneste/ DPS/LAR	<u>Bolig/NAV:</u> - Fleksible, ambulante tjenester/hjemme-tjeneste - Aktivitetstilbud <u>Velferdsetaten:</u> - Rusinstitusjon korttid*/ akutt, avlastning/ stabilisering, krisesenter - Brukerstyrte plasser** <u>Andre tjenesteytere:</u> - Legevakt/SAA - KAD-plasser	<u>Bolig/NAV:</u> - Fleksible tverrfaglige team/(rus)FACT - IP/ansvarsgruppe - Aktivisering/ miljøterapi - Samlokaliserte boliger med tilgang base (delvis bemanning) <u>Velferdsetaten:</u> - Samlokaliserte boliger med tilgang base (heldøgnsbemanning) - Brukerrom - Feltpleie - Langtidsopphold rusinstitusjoner*** <u>Andre tjenesteytere:</u> - Lavterskeltilbud	<u>Velferdsetaten:</u> - Langtidsopphold rusinstitusjon****/ekstra forsterket, skjermet bolig (heldøgnsbemanning) <u>Andre tjenesteytere:</u> - Innleggelse/behandling i DPS/TSB/spesialist-helsetjeneste	<u>Bolig/NAV:</u> - Heldøgns helse- og omsorgstjenester i tilrettelagte boliger <u>Velferdsetaten:</u> - Opphold omsorgssenter <u>Andre tjenesteytere:</u> - Gatehospitalet - Korttidsopphold sykehjem
---	---	--	--	---	---	---



* Utrednings- og videreformidlingsenheter, ** Mestringsenhet, ressurscenter, omsorgssenter, *** Mestringsenhet, ressurscenter, omsorgssenter, rammeavtaler og sykehjem, **** Forsterket bo- og behandlingstilbud, private plasser.

17.3 Intervjuguide

Vi tok utgangspunkt i følgende spørsmål i de semistrukturerte intervjuene:

- Kjennetegn/funksjonsnivå ved personer med rus/ROP og omfattende somatikk, ulikheter/likheter
- Hva har de behov for i forhold til
 - Bolig vs. institusjon
 - helse- og omsorgstjenester
 - arbeid/aktivitet?
 - Ev. andre tjenester?
- Hvordan fungerer omsorgsplasser for disse personene?
- I hvilken grad trenger de skjerming? Anbefalt bomiljø/beliggenhet? Antall enheter?
- Er det noe tilbud vi burde ha i Oslo som vi ikke har for disse personene?
- Mulighet for bruk av trygghets- eller velferdsteknologi for denne gruppen?