

Marit K. Helgesen

Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe

**Om brukermedvirkning i psykisk
helsetjeneste i kommunene**

Mange vil ha alt de får,
andre vil ikke ha noe

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2007:2

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter

NIBR-rapport 2004:12

Tilbudet til mennesker med psykiske problemer
Kommunenes arbeid med integrering og koordinering

NIBR-rapport 2003:5

Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser

NIBR-notat 2005:108

Psykisk helsearbeid
En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner

NIBR-notat 2004:112

Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern
En underveisrapportering for perioden 1999-2002

Rapportene koster kr 250,-, og kan bestilles fra NIBR:
Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74
E-post til nibr@nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Notatene er elektronisk publisert på NIBRs hjemmeside www.nibr.no

Marit K. Helgesen

Mange vil ha alt de får,
andre vil ikke ha noe

NIBR-rapport 2006:21

Forord

Dette er avslutningsrapporten fra prosjektet ”Brukerdeltakelse og brukermedvirkning, Evaluering av Opptrappingsplanens fokus på brukere”. Prosjektet har løpt fra 2002 til 2006 og det har vært finansiert av Norges forskningsråd under programmet for evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Rapporten presenterer resultater fra en kvalitativ undersøkelse som består av to runder med intervjuer med administrativt ansatte og profesjonelle yrkesutøvere i 7 kommuner. Første runde ble gjennomført i 2003/2004, andre i 2006. Den presenterer også resultater fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført til lokale lag av Mental Helse og Landsforeningen for pårørende i psykiatrien, samt til lokale talspersoner i organisasjonen Voksne for barn.

Det er mange som har stilt sin tid og interesse til rådighet for prosjektet. Takk til alle som har bidratt. Innholdet i rapporten står forfatteren likevel for alene.

Oslo, desember 2006

Hilde Lorentzen

Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	4
Sammendrag	6
Summary	22
1 Brukeres medvirkning og deltakelse i psykisk helsearbeid	32
1.1 Innledning	32
1.2 Opptrappingsplanens målsettinger om brukeres medvirkning	33
1.3 Evalueringens operasjonalisering av brukeres medvirkning og deltakelse	33
1.3.1 Spørsmål som skal besvares i evalueringen	34
1.4 Leseveiledning	35
2 Teori og metode	36
2.1 Innledning	36
2.2 Borgere og brukere	36
2.3 Brukeres deltakelse på systemnivå	38
2.4 Brukermedvirkning på individnivå	39
2.5 Antakelser om innholdet i brukeres deltakelse og medvirkning	40
2.5.1 Innhold i kollektiv deltakelse på systemnivå	41
2.5.2 Innhold i brukeres medvirkning på individnivå	44
2.5.3 Empowermentbegrepet	49
2.6 Valg av kommuner og informanter	51
2.7 Spørreundersøkelse	55
3 Vertikale og horisontale relasjoner	56
3.1 Innledning	56
3.2 Vertikale samarbeidsrelasjoner	56
3.3 Horisontale samarbeidsrelasjoner	59
3.4 Kommunal organisering	67
3.4.1 Forvaltningsenhet	69
3.5 Oppsummering	70

4	Profesjonelle yrkesutøveres arbeidsoppgaver og brukeres medvirkning på individnivå	73
4.1	Innledning	73
4.2	Beslutning om inntak av brukere i kommunalt psykisk helsearbeid	74
4.3	Datainnsamling	76
4.4	Analyse.....	78
4.5	Beslutning om tiltak	80
4.5.1	Individuelle samtaler.....	81
4.5.2	Dagsenter	84
4.5.3	Bolig.....	91
4.5.4	Individuell plan	92
4.5.5	Støttekontakt og fritidstiltak.....	96
4.6	Evaluerings	96
4.7	Oppsummering.....	98
5	Lokale lag og talspersoner	100
5.1	Innledning	100
5.2	Kommunestørrelse og lokale lag av organisasjoner på mental helsefeltet.....	100
5.3	Lag og talspersoners oppfatninger av tilgang til kommunal psykisk helsetjeneste	103
5.4	Oppsummering.....	109
6	Kollektiv deltakelse på kommunalt nivå.....	111
6.1	Innledning	111
6.2	Lokale lag og talspersoners oppfatning av samarbeidet med kommunene.....	112
6.3	Oppsummering.....	120
7	Brukeres deltakelse i tilknytning til spesialist-helsetjenesten ...	123
7.1	Innledning	123
7.2	Brukerutvalg.....	123
7.3	Kontrollkommisjoner	125
7.4	Oppsummering.....	129
8	Oppsummering og presentasjon av utfordringer kommunene står overfor	131
8.1	Oppsummering.....	131
8.2	Utfordringer knyttet til brukeres medvirkning og deltakelse i det psykiske helsearbeidet.....	136
	Litteratur	143
	Vedlegg 1 Intervjuguide	147
	Vedlegg 2 Spørreskjema.....	150

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Deltakelse og medvirkning på to nivå.....	41
Tabell 2.2	Innhold i kollektiv deltakelse, nivå	43
Tabell 2.3	Innhold i medvirkning og deltakelse, samt nivå	48
Tabell 2.4	Oversikt over kommunene	52
Tabell 2.5	Yrkesgrupper og utdannelse i materialet	54
Tabell 5.1	Organisasjoner og kommunestørrelse. Prosent av antall kommuner i kategorien. Hele tall i parentes	101
Tabell 5.2	Lokale lag og talspersoners oppfatninger om kontakt med psykisk helsetjeneste, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer lett og mindre lett. Hele tall i parentes.	104
Tabell 5.3	Lokale lag og talspersoners oppfatninger om tilgang til deltjenesten primærkontakt, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer svært god eller god. Hele tall i parentes.....	105
Tabell 5.4	Lokal lag og talspersoners oppfatning om tilgang til deltjenesten støttekontakt, relatert til kommunestørrelse. Prosent. Hele tall i parentes	106
Tabell 5.5	Lokale lag og talspersoners oppfatning om tilgang til deltjenesten individuelle samtaler, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer svært god eller god. Hele tall i parentes.....	107
Tabell 5.6	Lokal lag og talspersoners oppfatning om tilgang til deltjenesten individuell plan, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer svært god eller god. Hele tall i parentes.....	108
Tabell 5.7	Lokale lag og talspersoners oppfatninger om individuell plan er innarbeidet i kommunenes praksis eller ikke, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer at IP er godt innarbeidet. Hele tall i parentes.....	109
Tabell 6.1	Lag og talspersoner oppfatning av økonomisk støtte. Prosent. Hele tall i parentes.....	113

Tabell 6.2	Antallet kommuner som samarbeider med organisasjoner på feltet og type tiltak årene 2002 og 2005. Prosent. Hele tall i parentes. N=279/274.....	114
Tabell 6.3	Organisasjoner og arbeidsoppgaver lokalt. Prosent av organisasjoner som har svart. Hele tall i parentes. ...	115
Tabell 6.4	Oppgaver respondenter fra MH oppgir at de arbeider mest med innenfor helse- og sosialpolitikk. Prosent. Hele tall i parentes.....	116
Tabell 6.5	Lag og talspersoners oppfatning av hvordan kommunene arbeider for å involvere brukerorganisasjoner. Prosent av lag som har svart. Hele tall i parentes.....	117
Tabell 7.1	Lagens oppfatning av brukerutvalgenes oppgaver. Prosent. Hele tall i parentes.....	124
Tabell 7.2	Lagens vurdering av kommisjonenes oppgaver. Prosent. Hele tall i parentes.....	126
Tabell 7.3	Lagens oppfatning av kontrollkommisjonene som arena for brukermedvirkning. Prosent. Hele tall i parentes.....	127

Figuroversikt

Figur 2.1	Borgerdeltakelse og det politiske system	37
-----------	--	----

Sammendrag

Marit K. Helgesen

Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe.

Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene.

NIBR-rapport: 2006:21

Målsettinger for brukeres medvirkning og deltakelse

Målsettingene opptrappingsplanen spesifiserer for brukeres deltakelse og medvirkning omfatter både individnivå, samt kollektiv deltakelse på systemnivå. Den kollektive deltakelsen innebærer at brukere skal gis mulighet til å delta i kvalitetsutvalg og kontrollkommisjoner i spesialisthelsetjenesten, samt i råd og utvalg på kommunalt nivå. Innenfor denne målsettingen har opptrappingsplanen lagt til rette for at brukeres organisasjoner kan styrkes økonomisk. Deltakelse på individnivå innebærer at det legges til rette for brukeres medvirkning i relasjon med profesjonelle yrkesutøvere. St.meld. nr. 25 1996-97 uttrykte forventninger til at dette ble nedfelt i den kommende pasientrettighetsloven.

Evalueringen har sitt hovedfokus på brukeres individuelle medvirkning og kollektive deltakelse på kommunalt nivå.

Spørsmålene som skal besvares i rapporten er:

- *Hvordan legges det til rette for brukeres individuelle medvirkning på kommunalt nivå?*
- *Hvordan arbeider tjenesteytere for å styrke brukeres individuelle medvirkning?*
- *Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse på kommunalt nivå?*
- *Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse overfor spesialisthelsetjenesten?*

- *Hva er suksesskriteriene for brukeres deltakelse og medvirkning på kommunalt nivå?*

Teori og metode

Deltakelse deles i borger- og brukerdeltakelse. Brukeres deltakelse er motsatsen til borgerdeltakelse som er deltakelse på det politiske systemets inputside. Det vil si at deltakelsen foregår før det fattes politiske beslutninger om fordelingen av goder og byrder i fellesskapet. Brukerdeltakelse er deltakelse på det politiske systemets outputsiden, altså deltakelse i tilknytning til fordelingen av spesifikke tjenester. Deltakelse både på input- og outputsiden kan skje individuelt og kollektivt.

Den kollektive deltakelsen på inputsiden i kommunene er deltakelse i kommunale råd og utvalg. Eksempler på kollektiv deltakelse er deltakelse i råd for funksjonshemmede, deltakelse i prosjektgrupper eller i høringsprosesser. Kollektiv deltakelse på outputsiden er deltakelse i råd og utvalg knyttet direkte til kommunal tjenesteyting. På regionalt nivå er kollektiv deltakelse på outputsiden deltakelse i råd og utvalg knyttet til helseforetakene. Kollektiv deltakelse krever at brukere er medlemmer i organisasjoner. Dermed representerer deltakere flere enn seg selv og de er ansvarlige overfor en gruppe av brukere. Slik deltakelse står i fare for å bli symbolpolitikk, men avhengig av arbeidsoppgavene brukere kan delta med, kan deltakelse også anta karakter av å være overføring av makt og myndighet til brukere.

Individuell medvirkning på inputsiden er deltakelse via de forskjellige mekanismene det legges til rette for i tilknytning til valgkanalen. Det behandles ikke i rapporten. Individuell medvirkning på outputsiden foregår direkte i relasjonen mellom brukere og tjenesteytere angående beslutninger om behandling og utmåling av tjenester. Slik medvirkning kan stå i fare for å bli terapeutisk medvirkning, der brukere skal bidra til egen tilfriskning. Terapeutisk medvirkning vil i liten grad innebære at det foregår overføring av myndighet til brukere. Brukeres mulighet til å medvirke i slike beslutninger er avhengig av hvordan den kommunale organisasjonen legger til rette for profesjonelt arbeid, og hvilke arbeidsoppgaver den kommunale organisasjonen lar profesjonelle yrkesutøvere ha myndighet over. Yrkesutøvelsen vil dermed utsettes for påtrykk både top-down og bottom-up. Disse spørsmålene behandles mer utfyllende i avsnitt 2.2.

I denne evalueringen er det brukt både dokumentstudier, intervjuer og surveyundersøkelse. Intervjuer med profesjonelle yrkesutøvere i sju

kommuner er den viktigste datakilden, og er gjennomført to ganger. Første gang i årsskiftet 2003/2004, andre gang i 2006. Dette gjør det mulig å se trender i utviklingen. Det er intervjuet ansatte i administrasjon og psykisk helsetjeneste i de sju kommunene. Det er gitt en oversikt over intervjupersonene i avsnitt 2.4. Kommunene er valgt ut med hensyn på størrelse og avstand til DPS/helseforetak, samt deres geografiske plassering. Det er gjennomført en surveyundersøkelse til lokale lag av Mental Helse og Landsforeningen for pårørende i psykiatrien, samt til lokale talspersoner for organisasjonen Voksne for Barn. Det er også analysert tallmateriale fra NIBR/SINTEFs undersøkelse som ble sendt til kommunene i 2005.

Vertikale og horisontale relasjoner som enhet for psykisk helsearbeid inngår i

Objektive trekk ved de profesjonelles yrkesutøvelse er trekk ved arbeidsoppgavene de profesjonelle yrkesutøverne ikke kontrollerer. Rammene for disse arbeidsoppgavene legges av både vertikale og horisontale relasjoner mellom det kommunale psykiske helsearbeidet og andre enheter på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Innholdet i og utformingen av vertikale og horisontale relasjoner påvirker mulighetene for brukeres medvirkning.

Vertikale relasjoner

I 2003/2004 opplevde de fleste kommunene i materialet at de vertikale relasjonene var upredikerbare. Det vil si at de sjelden visste når spesialisthelsetjenesten ville ta kontakt for å overføre brukere samme dag eller neste dag. Helse- og omsorgsdepartementets styringsdokumenter for 2005 har bestemmelser om at det skal inngås samarbeid mellom DPS og kommunene om inn- og utskrivninger av pasienter. Alle kommunene i materialet oppfatter at deres relasjon med DPS er blitt bedre i årene fram til 2006. De er invitert til samarbeid, men samarbeidet ser ut til å variere både når det gjelder utforming og innhold.

Profesjonelle medarbeidere i alle kommunene oppfatter at samarbeidet er en form for avtale og at det dreier seg om utforming av spesialisthelsetjenestens rutiner. I kommunene ble samarbeidet oppfattet som standardisering eller etablering av kjøreregler der kommunene fikk en oppskrift på hvordan de skulle arbeide med inn- og utskrivninger. Likevel varierer det om profesjonelle yrkesutøvere i kommunene oppfatter at de får legge betingelser for samarbeidet. Det varierer også om samarbeidet faktisk resulterte i at de fikk den informasjonen om brukere de mener er nødvendig for at de selv kan yte brukere gode og effektive tjenester. Det er bare i én kommune det uttrykkes tilfredshet med informasjonsnivået fra spesialisthelsetjenesten. I denne kommu-

nen har de selv etablert henvisningsrutiner med skjema som må fylles ut.

Usikkerheten som profesjonelle medarbeidere i kommunene fortsatt opplever er til stede i den vertikale relasjonen, kan slå både positivt og negativt ut for brukeres medvirkning på kommunalt nivå. Det kan slå positivt ut fordi lite informasjon fra spesialisthelsetjenesten gir profesjonelle yrkesutøvere i kommunen mer kontroll over de arbeidsoppgavene de skal gjennomføre. Kommunalt ansatte må gjennomføre det meste av kartleggingsarbeidet angående tjenestene kommunene skal yte, samt at de må fatte de nødvendige beslutninger om tiltak som skal iverksettes.

Usikkerheten i den vertikale relasjonen kan slå negativt ut fordi beslutningene fattes uten den støtten informasjonen fra spesialisthelsetjenesten representerer. Informasjon som dreier seg om medisinske aspekter ved det individuelle sykdomsbildet er mest etterspurt. Når slik informasjon mangler må brukere gå ekstra runder i det kommunale systemet. Dette knytter kommunalt ansattes oppmerksomhet opp mot arbeidsoppgaver som allerede er gjennomført i spesialisthelsetjenesten.

Horisontale relasjoner

Horisontale relasjoner er de relasjonene det psykiske helsearbeidet inngår i med andre enheter på kommunalt nivå, eventuelt med statlig administrasjon i kommunene som NAV (a-etat og trygd). De horisontale relasjonene formes av den kommunale organiseringen, samt av endringer i denne. I 2004 gjennomførte de fleste kommunene administrative reorganiseringer. Det ble observert at disse også omfattet psykisk helse. I 2004 hadde seks kommuner flat struktur. Flat struktur innebærer at det er to ledernivåer; rådmannsnivå og leder for utøvende enhet. I 2006 har alle kommunene i materialet flat struktur på sin organisasjon. To kommuner har en modifisert form med et ekstra ledernivå. For én dreier det seg om at helse- og sosialsjef er reetablert, for den andre at psykisk helsearbeid på nytt fikk egen leder.

Flat struktur i kommunal organisasjon ser ut til å ha to konsekvenser for psykisk helsearbeid. Den første er at koordinering blir vanskelig. Rommet for koordinering, som en kommunal helse- og sosialavdeling eller sektor etablerer fordi det er en felles ledelse, faller bort. Den andre er at det utvikler seg det som kalles enhetsegoisme, det vil si at de utøvende enhetene lukker seg tett om sine brukere og sitt budsjett. Dette medfører at andre utøvende enheter i kommunene kaster av seg oppgaver som psykisk helsetjeneste må ta over. Eksempler er fordeling av støttekontakt til egne brukere, samt alle former for

hjemmetjenester. Profesjonelle yrkesutøvere i psykisk helsearbeid mener dette forringer kvaliteten på de tjenestene de har mulighet til å tilby sine brukere.

I de tilfellene flat struktur medfører enhetsegoisme får profesjonelle yrkesutøvere i det psykiske helsearbeidet også kontroll med flere arbeidsoppgaver som angår enhetens brukere. Enhetsegoisme kan innebære at brukere kan medvirke mer fordi profesjonelle yrkesutøvere de får en relasjon til, kan gjennomføre mer kartlegging og fatte flere beslutninger angående tjenester som skal utmåles for brukere. Den negative siden ved dette er at samarbeid mellom kommunale utøvende enheter blir vanskelig.

Flere informanter pekte også på at forholdet til sosialkontoret var vanskelig samtidig som sosialkontoret er deres brukeres link ut i verden. Forholdet til sosialkontoret ble oppfattet som vanskelig fordi brukere av psykisk helsetjeneste ble nedprioritert. Enhetsegoismen er en form for domenekonflikt som understøttes av kommunenes valgte organisasjonsform. I disse tilfellene den flate strukturen. I de kommunene der det også er innført betalingsprosedyrer for å regulere forholdet mellom utøvende enheter er disse konfliktene tydeligere enn i andre.

I 2006 har to kommuner etablert forvaltningsenhet, det vil si at psykisk helsearbeid inngår i en bestiller- utførerorganisasjon. I 2004 var det en av kommunene i dette materialet som hadde slik modell. To trekk ved kommunenes bestiller- utførerorganisasjoner ser ut til å legge betingelser for psykisk helsearbeid. Den første er at enhet for psykisk helsearbeid lettere aksepterer bestillerenhetens beslutninger hvis den har psykiatrisk kompetanse. Den andre er at etablering av betalingsprosedyrer for å regulere forholdet mellom kommunale enheter gjør samarbeid vanskelig.

Ved siden av de organisatoriske begrunnelsene for domenekonflikter var det mulig å finne faglige begrunnelser for opplevde konflikter mellom utøvende enheter i kommunene. Det er konflikter mellom enhet for psykisk helsearbeid og enhet for somatisk hjemmetjeneste om spørsmålet om hvem som skal ha hovedansvaret både for eldre brukere med psykiatriske og somatiske bidiagnoser, og for brukere med rusdiagnoser. I noen kommuner mente profesjonelle yrkesutøvere i enhet for psykisk helsearbeid at de fikk alle brukere med psykiatri i diagnosen, også om dette kun utgjorde en liten del. En siste utfordring enheter for psykisk helsearbeid i noen kommuner står overfor, er at barn med psykiske lidelser og psykisk utviklingshemmede skal inkluderes i deres brukergrupper.

Samarbeidet med fastlegene ser ut til å oppfattes som bedre i 2006 enn det ble i 2004. Noen profesjonelle yrkesutøvere i kommunalt psykisk helsearbeid oppfatter likevel at fastlegenes interesse for psykiske problemstillinger varierer. Det ble i ett tilfelle bemerket at brukere burde følges til legen for at psykiske problemstillinger skulle tas i betraktning. Samarbeidet med NAV, spesifisert som a-etat og trygd, oppfattes som bedre enn tidligere. A-etat oppfattes som mer interessert, mens hele NAV oppfattes som å ha mer kompetanse på psykiatriske problemstillinger enn de har hatt tidligere.

Vanskelige forhold for koordinering og samarbeid reduserer brukeres mulighet til medvirkning. Profesjonelle yrkesutøvere knytter sin ressursbruk opp mot organisering og tilrettelegging for samarbeid heller enn mot et fokus på relasjonen med brukerne. Mangel på samarbeid rammer arbeidet med individuell plan. Det kommenteres videre nedenfor.

Brukeres individuelle medvirkning på kommunalt nivå

Kapittelet presenterer og diskuterer innholdet i brukeres individuelle medvirkning i relasjonen med profesjonelle yrkesutøvere i kommunene. Brukere kan medvirke i forhold til fire grupper av arbeidsoppgaver de profesjonelle yrkesutøverne har. Arbeidsoppgavene er datainnsamling, analyse, beslutning om tiltak og evaluering av tiltak.

Datainnsamling

Datainnsamling er kartleggingen av brukeres problemer og hvilke muligheter som finnes for å imøtekomme dem innenfor rammen av det kommunale tjenestetilbudet. Denne kartleggingen foregår i stor grad på samme måte i 2006 som i 2004. Den består av samtaler og metodisk varierer den lite mellom kommuner. Som avsnittet over viste kan den likevel variere avhengig av hvilken informasjon kommunene får fra spesialisthelsetjenesten og legene. Medvirkning består i at profesjonelle yrkesutøvere er avhengig av at brukere involveres for å gi uttrykk for ønsker og behov, og karakteriseres som å ligge i yrkesutøvelsen. Medvirkningen er terapeutisk medvirkning i egen tilfriskning.

Analyse

Analysen er de profesjonelle yrkesutøvers vurdering av hvilke tjenester som skal utmåles for brukere i henhold til den gjennomførte kartleggingen. Brukeres medvirkning i denne fasen har heller ikke endret seg markant siden 2004, men profesjonelle yrkesutøvere karakteriserer den i større grad som tvetydig. Profesjonelle yrkesutøvere oppfatter at brukermidvirkning på den ene siden innebærer at

brukere har rett til selv å bestemme hvilke tiltak de skal ha tilgang til, samtidig som de har en oppfatning av at mange brukere må motiveres til å ta i mot tiltak. Mange brukeres selvbestemmelse vil med andre ord innebære at de ikke tar i mot tiltak og brukeres medvirkning i analysefasen kjennetegnes derfor ofte av at de inngår i motiveringsprosesser. Denne formen for medvirkning kan derfor anta terapeutiske trekk, der brukere skal medvirke i egen tilfriskning.

Beslutning om tiltak

Beslutning om tiltak er beslutninger om hvilke tiltak som faktisk utmåles for brukere fra menyen av tjenester kommunene har etablert. I denne rapporten behandles selve vedtaket, samt beslutninger om å utmåle tiltak som individuelle samtaler, dagsenter, bolig, individuell plan og støttekontakter og fritidstiltak.

Vedtak

Profesjonelle yrkesutøvere oppfatter i stor grad at kommunene er ”grenseløse”. Det vil si at de oppfatter at de må ta i mot alle brukere som henvises til enhet for psykisk helsearbeid. I kommunene problematiseres grenseløsheten på ulike måter. I kommuner med bestiller- eller forvaltningsenhet er intensjonen at beslutninger om inntak av brukere skal løftes vekk fra de utøvende enhetene og de profesjonelle yrkesutøvere som arbeider der. Som det ble vist til over skapte dette konflikter i en av de to kommunene som har bestiller-utfører-modell, fordi grunnlaget det ble fattet beslutninger på basis av ikke ble oppfattet på samme måte i bestillerenhet og utøvende enhet.

Én kommune arbeidet på grunnlag av henvisningsskjema som var utviklet i kommunen, mens andre arbeidet med lovgrunnlaget for å finne begrunnelser for sine prioriteringer. Som en felles basis for arbeidet med vedtak ligger kommunehelseslovens formulering om at det skal gis nødvendig helsehjelp. Det ser ut til at grunnlaget for å henvise brukere til kommunalt psykisk helsearbeid ble oppfattet og fortolket ulikt i ulike kommunale enheter. Det ser også ut til at det er forskjeller med hensyn på kommuner og spesialisthelsetjenesten. Små kommuner ser ut til å fatte sine vedtak i tettere samarbeid med legene enn de store kommunene. I den grad brukere tas inn kun på bakgrunn av henvisningspapirer, epikriser og lignende, foregår det lite bruker-medvirkning på kommunalt nivå i vedtaksfasen, det vil si når vilkår for tildeling av tiltak vurderes. Medvirkning kan skje i utmålingen av tiltakene.

Støttesamtaler

Det ser ut til at vedtak i stor grad er å fatte beslutninger om at det skal utmåles tiltak i form av støttesamtaler. Det ser også ut til at profesjonelle yrkesutøvere i kommunene tenker om dette tiltaket på samme måte i 2006 som i 2004; de skal by på seg selv og samtale med brukere om deres problemer. Samtidig ser det ut til å være en trend at nettverksarbeid betones noe sterkere i 2006 enn hva som var tilfelle i 2004. Det tematiseres oftere at det spilles på brukeres nettverk og at profesjonelles arbeid med brukere ikke bare dreier seg om å vedlikeholde et funksjonsnivå, men at brukere skal videre. Brukeres medvirkning i gjennomføringen av støttesamtaler vil anta terapeutiske trekk fordi den er medvirkning i egen tilfriskning.

Dagsentra

Dagsentra inngår fortsatt som en integrert del av tilbudet kommunene gir innenfor psykisk helsearbeid. Videre er dagsentra redskaper for å aktivisere brukere. 6 av 7 kommuner har dagsenter, men den 6. kommunen tilbyr dette kun en dag i uken. Tilbudet i denne kommunen er forskjellige typer kreative aktiviteter og en kafé. Det har vært noen endringer i kommunenes dagsentertilbud i årene mellom 2003/2004 og 2006. Fire dagsentra tilbød måltider i 2003/2004. I 2006 er dette redusert til tre. Ved det siste dagsenteret var tilbudet redusert grunnet uvilje mot å ta betaling fra brukere. Dette omfattet både måltider, tilbud om aktiviteter og om å delta i diskusjoner. Dagsenteret har vært vertskap for et debattforum som var midlertidig nedlagt. Et annet dagsenter hadde lagt ned noen av sine aktiviseringstiltak fordi det var muligheter til å benytte tiltak tilbudt av andre enheter i kommunen.

Ved andre dagsentra var aktivitetsnivået høyere i 2006 enn i 2004. Tilbudet om måltider var øket ved dagsentra som hadde slike tilbud, samt at tiltak for aktivisering av brukere var øket i bredde. Tiltakene for å involvere brukere i styring av sentrene var øket i intensitet og hyppighet. Tiltak for aktivisering kan deles i kreative aktiviteter og fysisk aktivitet. Kreative aktiviteter er diverse kurs i håndarbeids-teknikker, data, skriving eller bridge. Fysisk aktivitet er volleyball, fotball, sykling, svømming, skogsgruppe, grønn omsorg og tur-grupper. Begge disse formene for aktiviteter tilbød flere tiltak. Brukeres medvirkning i slike aktiviteter er terapeutisk fordi de innebærer at brukere medvirker i egen tilfriskning.

Tiltak for å involvere brukere i styring av sentra antar på den annen side karakter av å være medvirkning som gir innflytelse, eventuelt at det foregår noe overføring av myndighet fra dagsentras personale til brukere. Denne medvirkningen tar form av allmøter og husmøter. Ved

sin deltakelse i slike møter kan brukere påvirke innholdet i de tiltakene de tilbys i dagsenteret. I 2006 var det flere eksempler på at brukere var hørt angående aktiviteter enn det var i 2003/2004.

Bolig

To kommuner påpekte at de hadde etablert prosedyrer for at brukere skulle kunne delta i utvikling av boligprosjekter. Ingen kommuner oppga at det eksisterte slike prosedyrer i 2003/2004. Tilgang til egen bolig øker brukeres mulighet til å mestre sitt dagligliv, og kan i den forstand være terapeutisk medvirkning. I den grad brukere deltar i prosjektgrupper for å utvikle boliger overføres det myndighet til brukere. Det er da snakk om kollektiv deltakelse der brukere representerer en organisasjon.

Individuell plan

Det viktigste redskapet for brukeres individuelle medvirkning er individuell plan. Siden 2004 har alle kommunene, med unntak av en, bedret sine rutiner for arbeidet med individuell plan. Denne kommunens forklaring på manglende rutiner er todelt. Den første er at det ikke er avklart hvilket nivå planarbeidets skal forankres på. Den andre er kommunens egen utilstrekkelighet i spørsmålet om koordinering mellom utøvende enheter. I de andre kommunene er det å få brukeres samtykke til utforming av individuell plan en årsak til at det er få brukere som har plan. Å få brukeres samtykke til å utarbeide plan inngår som en viktig del av analysens motiveringsprosess.

Utarbeidelse av individuelle planer ligger i skjæringsflaten mellom terapeutisk medvirkning og overføring av myndighet til brukere. Det avgjørende for at det foregår overføring av myndighet er at tiltakene settes i verk. Dette garanterer planarbeidet ikke. Hvis det ikke skjer er medvirkning i slike prosesser knapt av terapeutisk karakter.

Støttekontakt og fritidstiltak

I 2003/2004 ble det arbeidet med støttekontakter kun i tre av de fire store kommunene. Dette er situasjonen også 2006. Som det er vist til over har to kommuner overført ansvaret for å tildele støttekontakter til enheten for psykisk helsearbeid. Det betyr at profesjonelle yrkesutøvere i enheten har større kontroll over arbeidet de gjør for brukere enn hvis ansvaret for tildelingen ligger hos enhet for sosial. Trolig har det likevel lite å si for hvor mange som tildeles støttekontakt. En kommune oppgir at den bevisst ikke arbeider med støttekontakter, de minste kommunene oppfatter at dette ikke er veldig relevant for deres tjenestetilbud. Det er kun en kommune som tenker bredere enn at brukere kan tildeles individuelle støttekontakter. I denne kommunen

tildeles fritidstiltak, som regel i gruppe. Tiltakene fordeles av kultur-etaten, og under rubrikken integrering fordeles de til barn og unge, voksne og mennesker med innvandrerbakgrunn. Fritidstiltakene varierer fra kreative aktiviteter som fotokurs til fysiske aktiviteter som klatring og snowboard. Tiltakene har den samme funksjonen for brukeres medvirkning som aktiviseringstiltakene ved dagsentra og er terapeutiske.

Evaluering

Evaluering er en vurdering av hvor tjenlige de utmålte tiltakene er for brukere. I kommuner med forvaltningsenhet skal evalueringen ideelt foretas av forvaltningsenheten. Empirisk viser det seg at profesjonelle yrkesutøvere fra utøvende enheter deltar i evalueringsarbeidet fordi de har den nødvendige kunnskapen om brukernes behov. Metodikken for evaluering varierer lite mellom kommuner. Også i denne fasen dreier det seg om å samtale med brukere om ønsker og behov. Brukeres medvirkning er terapeutisk.

Lokale lag og talspersoner

Dette behandles i kapittel fem. Det ble sendt ut spørreskjema til 404 lokale lag og talspersoner av Mental Helse, Voksne for Barn og Landsforeningen for pårørende i psykiatrien. Det kom inn til sammen 146 svar, en svarprosent på 45,5. Svarene fordelte seg med 103 på Mental Helse, 18 fra landsforeningen for pårørende i psykiatrien og 24 fra Voksne for barn.

Utbredelsen av lokal lag og talspersoner varierer med kommunestørrelse. Sannsynligheten for at det er et lokalt lag eller en talsperson i kommunen stiger med kommunestørrelse. De fleste lagene er etablert etter 1995. De fleste større lag, som ikke er fylkeslag, er etablert etter 1998. Det er også de lagene som er størst med hensyn på antallet medlemmer. Mange lag er store nok til å ha demokratiske interne prosesser, og det diskuteres blant annet hvem som skal representere lagene i prosesser der de bes om å delta. Få lag har imidlertid rutiner på å rapportere fra slik deltakelse til andre medlemmer.

Oppfattningen av kontakt varierer ikke systematisk med kommunestørrelse. Tilgangen til tjenester oppfattes av de fleste respondentene som svært god eller god og varierer med kommunestørrelse. Det vil si at tilgangen oppfattes som vanskeligere desto større kommunen er. På spørsmålet om de oppfatter at individuell plan er innarbeidet i kommunenes tjenestetilbud er det overraskende mange som svarer at

planer ikke er innarbeidet, 45 % mot 55 % som mener at planer er innarbeidet.

Kollektiv deltakelse på kommunalt nivå

Kollektiv deltakelse dreier seg altså om at brukeres organisasjoner er representert i råd og utvalg. Denne typen deltakelse finner vi for det første på politikken inputside, som i kommunale råd for funksjonshemmede. For det andre på politikken outputsiden, som i tilknytning til helseforetakenes brukerutvalg og kontrollkommisjoner.

I følge lov av 15.06.05. nr. 58 må kommunene etablere et råd eller en annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Fram til 2004 var råd for funksjonshemmede etablert i 59 % av norske kommuner. Det kan altså forventes at respondentene fra lokale lag og organisasjoner selv oppfatter det slik at det er gode muligheter for samarbeid med kommunene.

Kun i underkant av 14 % av lokale lag og talspersoner oppfatter at helse- og sosialpolitisk arbeid er det viktigste arbeidet de driver. De bedømmer selvhjelpsarbeid som viktigst, og 70 % oppga det. Det gjelder alle tre organisasjonene. Selv om selvhjelpsarbeidet er viktigst er det likevel mange som svarer at de driver helse- og sosialpolitisk arbeid. De deltar minst med å skrive høringer og mest på møter i råd og utvalg, og det er gjennom et råd for representasjon eller et brukerråd de deltar mest. De deltar også i arbeidsgrupper og de deltar ved å ta initiativ til å diskutere saker med kommunene.

NIBR/SINTEFs undersøkelse til kommunene rapporterer at 185 kommuner gir økonomisk støtte til organisasjonene. Av lokale lag og talspersoner oppgir 57 % at de får økonomisk støtte og 35 % at de får støtte til kontor og utstyr. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

Det kvalitative materialet viser at det kan være uoverensstemmelser mellom kommuner og lokale lag og talspersoner om hva brukeres deltakelse er og hva den skal resultere i. Spørsmålet som stilles er om brukeres deltakelse er noe mer enn en ekstra sløyfe i høringsrunden. Å begrense brukeres deltakelse til høringer, eventuelt til saksavhengige og tilfeldige møter, vil også plassere deltakelsen i kategorien symbolpolitikk. Det vil da si at det ikke foregår overføring av myndighet til brukerne. Lokale lag og talspersoner oppfatter ikke at å skrive høringsuttalelser er en stor del av deres arbeid, men de oppfatter sin deltakelse som saksavhengig og tilfeldig. De oppfatter også at de inviteres inn i arbeidsgrupper som er en deltakelsesform som er i stand til å overføre myndighet. Kommunene oppgir også at de samarbeider

med organisasjonene på feltet om dagsentra og andre former for aktivitet.

Brukeres deltakelse i tilknytning til spesialisthelsetjenesten

Spørreundersøkelsen til lokale lag og talspersoner omfattet også deres deltakelse i brukerutvalg og kontrollkommisjoner.

Brukerutvalg

Brukerutvalg er hjemlet i Helseforetaksloven som sier at brukere skal høres ved utarbeidelse av planer. Helseforetakene er ansvarlige for at det utarbeides systemer for innhenting av brukeres erfaring og synspunkter. Det er etablert brukerutvalg ved helseforetakene for å ivareta disse kravene. Av de 146 svarene som kom inn på spørreundersøkelsen til lokale lag og talspersoner har 50, eller 39 %, svart at de har representanter i slike utvalg. Lokal lag og talspersoner oppfatter at deltakelsen som foregår i utvalgene er å delta på møter, samt å gi innspill i høringer og planprosesser. Utvalgene har også medlemmer i arbeidsgrupper og de gir råd til institusjonene i spesialisthelsetjenesten.

Det er spurt spesielt om deltakelse i planlegging av behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten. 38 lokale lag og talspersoner oppgir at de har hatt representanter i slike prosesser. Deltakelsen kan dermed utgjøre en arena for medvirkning der det overføres myndighet til brukere.

Kontrollkommisjoner

Det er 23 % av de lokale lagene, alle fra Mental Helse, som har svart at de har representanter i kontrollkommisjoner. Respondentene oppfatter at kommisjonene arbeider mest med å behandle klager. Dernest oppfatter de at det arbeides med enkeltsaker og høringer. Få oppfatter at kommisjonene snakker med alle tvangsinnlagte. Det er også forholdsvis få som oppfatter at kommisjonene samarbeider med institusjonsledelsen. Kommisjonene gir kun i liten grad råd til helseforetakene.

Det ser ut til at det er et rom for argumentasjon i kommisjonene. Det er noen flere respondenter som svarer positivt på at kommisjonene er et redskap for brukeres medvirkning og at de er et sted brukere kan gi fra sin erfaring, enn som mener motsatt. Det er også flere som mener at kommisjonene er et organ der brukere kan få andre representanter til å endre mening, enn det er blant de som svarer motsatt. Brukerrepresentanter oppfatter også at de har en del å si i kommisjonene. Kommisjonene oppfattes likevel ikke som et sted brukere høres.

Intervjuer med brukere i det kvalitative materialet støtter observasjonen om at brukere ikke høres i kontrollkommisjonene.

Behandling av klager og diskusjon av enkeltsaker utgjør en stor del av kontrollkommisjonenes arbeid. Derfor kan det se ut til at rollen som brukerrepresentant i kommisjonene legger seg tett opp til det som kalles advocacy, altså rollen som talsperson. Brukerrepresentanter oppfatter at de snakker for pasienten. Dette plasserer brukeres deltakelse i slike kommisjoner i grenseflaten mellom kollektiv deltakelse og individuell medvirkning, og det blir noe uavklart i hvilken grad slik deltakelse overfører myndighet til brukere.

Oppsummering

Det kan ikke observeres at profesjonelle yrkesutøvers metodikk for å gjennomføre datainnsamling, analyse, fatte beslutning om tiltak og evaluere tiltakenes tjenlighet endres mellom 2003/2004 og 2006. Profesjonelle yrkesutøvere oppfatter ved begge tidspunkter at de legger til rette for at brukere skal kunne medvirke i relasjonen. Det gjør de ved å trekke seg tilbake og vise interesse for brukeres ønsker og behov.

Betingelsene for å gjennomføre datainnsamling og utmåle tjenester har imidlertid endret seg i perioden. De har endret seg til det positive i den vertikale relasjonen mellom kommunene og spesialisthelse-tjenesten. De ser ut til å ha endret seg til det negative i den horisontale relasjonen mellom enheter på kommunalt nivå. Endringen observeres som negativ fordi flere kommuner etablerer flat struktur og resultatenheter, forvaltningenheter, og betalingsprosedyrer som styrende for den horisontale samordningen. Organisasjonsendringene griper direkte inn i de profesjonelles yrkesutøvelse og flere arbeidsoppgaver i flere kommuner er plassert utenfor de profesjonelles kontroll i 2006 enn hva som var tilfellet i 2003/2004. Profesjonelle yrkesutøvere har dermed ikke myndighet til å fatte beslutninger i samarbeid med eller nært til brukere. Brukeres relasjoner med profesjonelle yrkesutøvere antar derfor terapeutisk karakter.

Kommunene utmåler individuelle samtaler, dagsenter, individuell plan og støttekontakt/fritidskontakt som tjenester til sine brukere. Det kan se ut til at det utmåles flere tiltak for brukere i 2006 enn i 2003/2004. Dette ser ut til å være særlig markant angående individuell plan og dagsenter. Dagsentra tilbyr også brukere bedre muligheter for å delta i styring i 2006 enn i 2003/2004.

Alle kommuner må etablere en representasjonsordning for mennesker med funksjonsnedsettelse. Det innebærer at det er bedre muligheter

for brukere til å delta kollektivt på systemnivå i kommunene i 2006 enn det var i 2003/2004. Det varierer hvor langt kommunene er kommet i sitt arbeid med å etablere representasjonsordninger. Det ser også ut til å variere i hvilken grad det legges til rette for at brukeres deltakelse skal være kontinuerlig. I det kvalitative materialet observeres det deltakelse med kontinuitet i én kommune.

Deltakelsen på systemnivå i tilknytning til spesialisthelsetjenesten foregår som deltakelse i brukerutvalg og kontrollkommisjoner. Brukerutvalgene er nye og har ikke funnet sin form, men fordi brukere oppfatter at de deltar i arbeidsgrupper kan det foregå overføring av myndighet til brukere i slike utvalg. Deltakelsen i kontrollkommisjoner oppfattes ikke like entydig som en arena der det kan foregå overføring av myndighet til brukere. Deltakelsens karakter, at brukerrepresentanter taler enkeltbrukeres sak, legger den også tett opp til rollen som talsperson og brukeres individuelle medvirkning.

Utfordringer for kommunene

Anbefalingene som gis knyttes til den underliggende ideen om at brukeres medvirkning og deltakelse styrker og myndiggjør dem, men at begrepene bør ha et modifisert innhold som tar høyde for at brukere er i en prosess der de skal lære hva som er egne behov og ønsker.

Hvordan legges det til rette for brukeres individuelle medvirkning på kommunalt nivå?

Styrking og myndiggjøring av brukere forutsetter myndiggjorte profesjonelle medarbeidere. Det observeres i den kvalitative undersøkelsen at to faktorer legger betingelser for i hvilken grad profesjonelle medarbeidere er myndiggjorte. Den første er kommunal organisering, den andre er medarbeidere med tilstrekkelig kompetanse. Analysen viser at kommuner med flat struktur tenderer mot å organisere seg på en slik måte at samarbeidet mellom ulike utøvende enheter i kommunene kommer i faresonen. Manglende kompetanse i de tjenestene som samarbeider med psykisk helsearbeid hindrer også koordinering og samarbeid om brukere. Det pekes derfor på at kommunene har en utfordring med å:

Organisere seg på en måte som ikke hindrer samarbeid. Flat struktur på den kommunale organisasjonen ser ut til å hindre samarbeid, mens modifisert flat struktur legger bedre til rette for samarbeid.

Kommunene, samt NAV, bør oppfordres til å øke kompetansen om psykisk helsearbeid i tilgresende tiltak.

- *Hvordan arbeider tjenesteytere for å styrke brukeres individuelle medvirkning?*

Det gjøres observasjoner av at profesjonelle yrkesutøvere søker å skaffe seg oversikt og kontroll over de arbeidsoppgavene som styres av de vertikale og horisontale relasjoner enhet for psykisk helsearbeid inngår i. Oversikt og kontroll skaffer de seg blant annet ved å arbeide med de kriterier enheten for psykisk helsearbeids skal ta i bruk for å prioritere brukere. Det gjennomføres også ved å samarbeide med andre utøvende enheter på kommunalt nivå, med spesialisthelse-tjenesten og med statlig virksomhet på kommunalt nivå (NAV). Ansvarsgrupper og individuelle planer observeres å være de viktigste arbeidsredskapene som tas i bruk.

Profesjonelle yrkesutøvere driver også et utstrakt motivasjonsarbeid for at brukere skal ta i mot tiltak og tjenester. Å motivere brukere kan ta tid og kan komme i konflikt med kravet om effektivitet.

Antallet tiltak som dagsentra har ansvaret for observeres å ha økt siden 2004. Dagsentra er en arena for brukeres medvirkning. Det påpekes at:

- *Kommunene har en utfordring i å gi profesjonelle yrkesutøvere tilstrekkelig myndighet til å fatte de nødvendige beslutninger i samråd med brukere.*
- *Kommunene har en utfordring i å styrke sin dagsentervirksomhet, eventuelt styrke eller etablere gruppeaktiviteter for brukere. Andre enheter i kommunene bør gis informasjon om dagsentervirksomheten.*

Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse på kommunalt nivå?

Kommunene må etablere råd eller annen representasjonsordning for mennesker med funksjonsnedsettelse. Det etableres også brukerråd tilknyttet psykisk helsearbeid i en del kommuner. Lokale lag av organisasjonene på feltet gis økonomisk støtte i mange kommuner. Det tilfører brukere ressurser og de kan komme i forhandlingsposisjon over for myndigheter. Representanter for lokale lag oppfatter i noen grad at de inviteres inn i pågående prosesser og arbeidsgrupper i kommunene. Det gjøres likevel observasjoner av at kommunene tenker tradisjonelt i sitt arbeid for å involvere brukere. Det kan se ut til at det er sprikende oppfatninger av hva brukeres deltakelse og medvirkning er og hva den skal resultere i. Det er derfor en utfordring for kommunene å:

- *Involvere brukere i arbeidsgrupper i tilknytning til planprosesser og andre spørsmål som angår dem.*
- *Tenke og handle alternativt med hensyn på brukeres deltakelse. Flere grupper kan inviteres inn i kommunale prosesser, samt at det er mulig å invitere nabokommunens lokale lag av organisasjon på feltet, eventuelt et fylkeslag.*
- *Skolere brukere som er medlemmer i representasjonsordninger, samt til å ta initiativet til å etablere en samforståelse med organisasjonene om hva brukeres deltakelse skal være og hva det kan forventes at den skal lede til.*

Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse overfor spesialisthelsetjenesten?

Brukeres deltakelse overfor spesialisthelsetjenesten er organisert som deltakelse i brukerutvalg og kontrollkommisjoner. Brukerutvalgene ser ikke ut til å ha funnet sin endelige form, men oppfattes av brukere som har deltatt i surveyundersøkelsen som en arena for deltakelse. Brukere inviteres til å delta i planprosesser og arbeidsgrupper. Deltakelse i slike arbeidsoppgaver kan gi brukere en posisjon der de får tilført myndighet.

Kontrollkommisjonene oppfattes også som en arena for brukeres deltakelse. Brukere kan gi av sin erfaring og de kan få andre medlemmer til å skifte mening. Brukeres rolle i kommisjonene kan sammenlignes med rollen som talsperson og medvirkningen plasserer seg i grenseflaten mellom kollektiv deltakelse og individuell medvirkning. Det anbefales at:

- *Brukeres skolering for deltakelse i både brukerutvalg og kontrollkommisjoner systematiseres og at ansvaret plasseres utenfor brukeres organisasjoner.*
- *Det utarbeides en mal for brukeres deltakelse i tilknytning til spesialisthelsetjenesten.*

Hva er suksesskriteriene for brukeres medvirkning på kommunalt nivå?

Barrierene for brukeres deltakelse og medvirkning på kommunalt nivå er flere. Kommuner der brukermedvirkning og brukerdeltakelse ser ut til å lykkes kjennetegnes av at de ikke har domenekonflikter. De har profesjonelle yrkesutøvere med et høgt bevissthetsnivå på hvordan brukere involveres i utmålingen av egne tiltak, og på hvordan andre enheter, både horisontalt og vertikalt, involveres i arbeidet med brukerne. Det siste kjennetegnet som skal framheves er en delaktig og interessert ledelse for psykisk helsearbeid i kommunen.

Summary

Marit K. Helgesen

Many want everything they're offered, others don't want anything at all

On user involvement in mental health care services in the municipalities

NIBR Report 2006:21

The purpose of user involvement and participation

The goals set out in the government's Mental Health Action Plan sees user participation and involvement at the individual level and collective, systemic level. Collective participation requires user organisations to be strengthened, and users taught how to participate on quality assurance commissions and mental health control commissions, and participate at the municipal level both collectively and as individuals in relations with professionals. The evaluation looks at individual involvement and collective participation at the municipal level.

Theory and methodology

User participation and involvement are seen as the flip side of civic engagement. Civic engagement means that citizens are involved in decision making processes affecting the distribution of benefits and liabilities in the community. User participation is participation on the output side of the political system, and is facilitated in two ways. First as collective participation on committees and commissions. Second, as individual participation linked to individual involvement in the relationship with professional service providers. Collective participation on the input side in the municipalities means participation on local authority councils and committees such as councils for the disabled, participation in project groups or in consultation processes. Collective participation on the output side includes representation on committees and commissions under municipal institutions, at the

regional level, on committees and commissions under the health enterprises (*helseforetak*). This form of participation requires users to be members of an organisation. Users therefore represent others in addition to themselves, and are answerable to a group of users.

Individual involvement on the outside can occur directly in the relationship between the user and service provider concerning treatment-related decision making or it can take the form of therapeutic involvement. Therapeutic involvement does not involve substantial transfer of powers to users. On the other hand, it does mean involvement in decision making on matters relating to the user's personal treatment etc. How far users will be able to affect such decision making will depend on how the municipal organisation facilitates professional work and over which tasks the municipal organisation gives professionals authority.

The data for this evaluation derive from a study of relevant documents, from interviews and a survey. Interviews – conducted twice – with professional workers in seven local authority areas represent the most important source of information. The first interview round happened in late 2003, early 2004, the second in 2006. On the basis of this information we can trace changes in terms of direction and impact. We interviewed administrative and mental health service workers. A list of interviewees is presented under section 2.4 of the report. The survey targeted local branches and spokespeople of organisations in the mental health sector.

Objective features of professional practice

By 'objective features of professional practice' we mean tasks which professionals themselves do not control. The responsibilities of a professional, and in consequence the users' involvement as individuals, are shaped by the structure and substance of the vertical and horizontal relations that inform municipal mental health care provision.

Vertical relations

Policy documents prepared by the Ministry of Health and Care Services for the year 2005 require local psychiatric centres (*distriktpsikiatrisk senter – DPS*) and local authorities to work together on patient admissions and discharges. All local authorities, according to our data, see relations with the DPS improving from 2004 to 2006. The centres have been invited to enter into working relationships, but both the structure and substance of these relations appear to vary. All parties saw the relationship as a type of contract

and that it concerns procedures in the specialist health service (*spesialisthelsetjenesten*).

The lack of clarity in relations between local authorities and the psychiatric centres can be both a benefit and a drawback regarding user involvement at the local government level. The former because scant information from the specialist health service gives professionals employed by local authorities a greater level of control with the way their duties are carried out. Such professionals have to do most the fact-finding work concerning the services municipalities are required to deliver, and determine which interventions are appropriate to the case at hand. The latter because decisions are made without recourse to the information known to the specialist health service. The absence of such information means further rounds in municipal system for users.

Horizontal relations

Horizontal relations are an aspect of the mental health service's involvement with other bodies and the municipal level, including central government agencies such as the Norwegian Public Employment Service (*Aetat*) and National Insurance Service (*Trygdeetaten*). Horizontal relations derive from the manner in which local government is organised at any one time. All local governments included in this study had adopted a flat organisational structure by 2006, while in 2004 just four of them had done so. The flat organisational structure affects mental health care in two ways.

First, it makes coordination harder. It brings to an end the coordinating system set up by the local health and social department or sector because of its joint management. Second, there is a tendency for what is known as 'departmental egoism' to gain a foothold, which means that the implementing departments erect a wall around themselves, their users and their budgets. Departments discard responsibilities which the mental health care sector then has to pick up. Examples are support persons, domiciliary services and medication.

In those instances where flat structure leads to departmental egoism, professionals involved in mental health care provision acquire more duties of importance to the unit's users. As with vertical collaboration, opportunities for user involvement increase because the professionals with whom they develop a relationship have a freer hand in their fact-finding assessments and in decisions about the services to offer the user. The downside, however, is that inter-agency collaboration suffers. Departmental egoism is a form of domain conflict fuelled by

the flat structure of local government administration. In municipalities where payment procedures are introduced to regulate relations between implementing units, such conflicts tend to be aggravated.

Two municipalities have set up an administrative unit. Mental health care, in other words, is part of a procurement and implementing organisation. In 2004, one of the study's municipalities practised this model. Besides the organisational explanations for domain conflicts, it was possible to find technical explanations of perceived conflicts between unit in the municipalities. In some municipalities, professionals in the mental health care unit admitted all users with a psychiatric diagnosis, even when they comprised only a small percentage. This was also the case with issues relating to geriatrics and alcohol/drugs.

Difficult relations with social welfare office were mentioned by several informants, even though welfare offices provide the interface for their users with the wider world on the outside.

Relations with GPs seem better by all accounts in 2006, compared with 2004. Nonetheless, some GPs show less interest in the mental health of their patients than necessary, according to our informants. Relations with the Norwegian Public Employment Service and National Insurance Service appear to have improved.

Difficulties affecting coordination and collaboration mean fewer opportunities for user involvement. Professionals spend resources on organising and facilitating collaboration rather than focusing on their users. This collaborative deficit detracts moreover from personal plan-related work (*individuell plan*).

Users' individual involvement at the municipal level

This chapter presents and discusses users' individual involvement in the relationship with professionals in the municipalities. Users can be involved in data collection, analysis, intervention decision making and evaluation of interventions depending on the municipalities' form of organisation.

Data collection

Data collection means identifying the user's problems and opportunities *vis-à-vis* the spread of municipal services. This diagnostic process has changed little between 2004 and 2006. It is based on user conversations and varies, in terms of methodology, little from municipality to municipality. As the section above showed, it is affected by the information fed into the municipal system by the

specialist health services and GPs. Involvement means that professionals have to depend on users' ability to articulate wishes and needs, and is considered as one of the position's responsibilities.

Analysis

Analysis means the work done by the professionals to establish the appropriate services for the user, on the basis of an assessment. The involvement of users at this stage has not changed noticeably since 2004, but professionals are more likely to use adjectives like 'ambiguous' in their descriptions. Professionals perceive user involvement, on the one hand, as a right enjoyed by users to choose which services and interventions shall apply in their case, while, on the other hand, they also feel that users often need encouragement to accept interventions. In other words, autonomy for many users translates as an opportunity to refuse interventions, and user involvement in the analysis stage often means taking part in motivation-building processes. This form of involvement can therefore be therapeutic, with users are involved in their own recovery.

Intervention in decision making

Intervention in decision making means to identify from a menu of programmes, made available by the local authorities which service to offer the user. In this report we explore the actual decision process, and decisions to offer individual consultations, day centre placement, housing, personal plan, personal support and recreational schemes.

Decisions

Local authorities see themselves largely "without borders", insofar as they are required to accept all referrals of users, with documented mental health care needs. There were two main criticisms. In municipalities with a procurement agency or administrative unit, decision making on user admissions is supposed to be removed from the implementing units and the professionals they employ. As we noted above, this has created problems in one of the two municipalities with this organisational set-up because the information on which decisions are based was interpreted differently by the procurement and implementing units.

As a common foundation for decision making there is a perception that the grounds for referring users to the municipal mental health sector, to use the phraseology of the Municipal Health Services Act (*Kommunehelseloven*), are perceived and interpreted differently by the

various municipal bodies and levels of the health service. Decision making in small municipalities appears to take place in closer consultation with GPs than in the larger municipalities. Insofar as users are admitted only on the basis of the referral document, case history etc., there is little user involvement at the municipal level in the decision making stage, that is, when the criteria for intervention provision are under consideration. Involvement can occur when practical assistance is being decided.

Consultation

It would seem that decision making and type of intervention chosen tend to cluster around consultations with professionals (*støttesamtaler*). There is little apparent change in the way professionals view this form of assistance, 2004–06. At the same time, networking is emphasised more in 2006. It is discussed more often in connection with user networks, and the duty of professionals involves more than simply maintaining functional status quo. It means helping users to get on.

Day centres

Day centres, which aim at activating users, are integral to local authorities' mental health care provision. Table 2.3 shows that six out of seven municipalities have day centres, but that in the sixth it is open only once per week. There are various forms of creative activity, and one café. This is the same as in 2004. The centres have catering facilities – apart from one, where reluctance to ask users to pay for services led to cuts in catering, in the range of activities on offer and participation in debates. The centre hosted a 'debating club' which, they hope, is only temporarily in abatement. Another centre had withdrawn certain activities because they were being sponsored by local council elsewhere.

Other centres expanded between 2004 and 2006, offering a wider range of activation schemes, better catering facilities, and higher frequency and intensity of schemes to encourage user involvement in centre management. Activation schemes can be divided into two groups, creative activities and physical activities. Creative activities include courses in needlework, computer technology, writing and bridge. Physical activities include volley ball, cycling, swimming, woodland walks, green care and excursion parties. Users' involvement in such activities is therapeutic.

Schemes to involve users in the management of the centres seem, on the other hand, in practice to be involvement which gives users a real

say, sometimes with the delegation of actual powers. Such involvement comes in the form of open meetings and house meetings. By joining in, users have an opportunity to affect centre activities. Users were more likely to be consulted on activity design in 2006 than in 2004.

Housing

Having a home of one's own gives users a chance to develop coping skills, and in that sense is a form of therapeutic involvement. Insofar as users join project groups to organise accommodation, users are empowered. In which case, we are talking about collective participation where users also represent an organisation, or where it is acknowledged that users represent others as well as themselves.

Personal plan

The personal plan is now the prime instrument of user involvement at the individual level. All of the municipalities have been striving to improve procedures connected with the personal plan. When work on a personal plan is held up, it is generally because the user has withheld consent. Obtaining the user's consent is an important part of the analysis motivation process. Devising a personal plan requires both therapeutic involvement and user empowerment. And for the powers to be transferred, the interventions need to be actualised in practice. This is something a personal plan does not guarantee.

Support persons and recreational programmes

As mentioned above, two municipalities have delegated responsibility for assigning support persons, to the mental health care unit. While it gives professionals in the section more control over this facility, it probably has little numerical impact on support person allocation frequency. One municipality has chosen not to work with support persons, and the smallest municipalities do not consider support persons as particularly relevant to their service provision. One municipality assigns recreational programmes to groups. The programmes are assigned by the agency for cultural affairs to children, adolescents, adults and ethnic minorities as 'social integration' measures. Recreational programmes vary from creative activities such as photography to physical activities such as rock climbing and snowboarding. Like user involvement in activation schemes at day centres, the recreational programmes are therapeutic.

Assessment

Assessment means an evaluation of a programme's performance, relative to the individual user. In municipalities with an administrative unit, assessments shall ideally be performed by that unit. In practice, professionals attached to other implementing units tend to take part in assessments insofar as they are familiar with the needs of the users. Assessment methodology differs little from municipality to municipality, and at this stage too, it is about consulting users about their wishes and needs. User involvement is therapeutic.

Local associations and spokespeople

Questionnaires were distributed to 404 local associations and spokespeople for *Mental Helse*, *Voksne for Barn* and *Landsforeningen for pårørende i psykiatrien*. 39 % returned the questionnaire – a very poor response rate in other words.

Branch and spokesperson response rates appear to co-vary with municipality population size. Response rates rise with municipality size. Most of the branches came into being after 1995. Many of them are of sufficient size to permit internal democracy, as in the selection of spokespersons when representatives are required to speak on the association's behalf. Few associations have procedures in place to inform the wider membership of developments and meetings etc.

Branches and spokespeople opinions on how the local authorities organise mental health care, and they also have an opinion about how easy or difficult it is to establish contact with the municipal mental health service. A large majority find it to be easy. This does not vary systematically with size of municipalities. Access to services is considered good or very good by most of the respondents. Here size makes a difference; access is most difficult in the biggest municipalities. A surprising number – 45 % as against 55 % – reported that the personal plan scheme is not an integral feature of municipal health care delivery.

Collective participation at the municipal level

Collective participation means that users are represented on municipal-level committees and councils. This type of participation occurs on the input side of politics, as in the municipalities, and on the output side of politics, as in connection with the health enterprises. Municipalities are required to organise a representation system and one would therefore expect respondents in the local branches and organisations to appreciate opportunities to work with the local authorities.

For the local branches and spokespeople, self-help is paramount. All three organisations agree on this point. Nevertheless, a large number is involved in health and social policy-related work. They are least involved in responding to consultation papers and most involved in meetings of committees and councils, the latter mostly a committee for representation or user council. They are also involved in working groups and initiate discussions with local authorities on matters of concern.

185 municipalities report in a study conducted by NIBR/SINTEF that they help the organisations in some manner. Of local branches 57 % are provided financial support, while 35 % are provided office space and equipment. The two forms of help are not mutually exclusive.

The qualitative data reveal inconsistencies between municipalities, local branches of the organisations and spokespeople about what user participation and its purpose actually mean. Respondents were asked whether user participation is more than just another loop in the consultation round. It would categorise participation as symbolic politics and there would be no actual empowerment of users. Users feel that they are invited to join working groups, a form of participation which does permit the transfer of authority. Municipalities say that they work with relevant organisations in relation to day centres and other types of activity.

User participation in user councils and health enterprises

User councils are provided for by the Health Enterprise Act, which requires consultation of users, in the preparation of plans. Health enterprises are responsible for ensuring the systematic retrieval of users' views and opinions. Health enterprises have set up user councils precisely with a view to these requirements. Fifty local branches and spokespeople report that they are represented on such councils. Participation means above all attending meetings. Next in order of importance is consultations, and participation in planning. Councils are represented on working groups and advise institutions in the specialist health care sector. We asked in particular whether branches and spokespeople were represented in the planning of therapeutic programmes in the specialist health care sector. 38 responded in the affirmative. Participation could therefore provide a platform for involvement where powers and authority are transferred to the users.

User participation on control commissions

23 % of local branches of *Mental Helse* said that they had representatives in control commissions. It turned out, in fact, that more respondents without such representation chose to answer the ensuing questions about the type of work users are involved in on the commissions. Handling complaints and appeals came out on top, followed by other business and consultations.

Representatives have an opportunity to present their cases to the commissions. Respondents are more likely to see the commissions as a means of user involvement, where users can put their experiences to use. They are also more likely to agree that users have a real chance to change the views of other members of the commission. User representatives believe they have a contribution to make on the commissions. But commissions are not a forum where users are consulted. Interviews with users confirm the observation that users are not listened to by the control commissions.

Complaints and appeals and other business take up a lot of the commissions' time. The role of the user representative would therefore appear to correspond to what is called advocacy, i.e., a spokesperson for a particular cause. User representatives see themselves as speaking on behalf of the patient. User participation on such commissions therefore takes place at the junction between collective participation and individual involvement. The degree to which such participation empowers users remains unclear, however.

1 Brukeres medvirkning og deltakelse i psykisk helsearbeid

1.1 Innledning

Tittelen på rapporten er et sitat fra en sosionom som arbeider i psykisk helsetjeneste i en kommune i Norge. Det henviser i stor grad til det som er brukermedvirkningens dilemma i psykisk helsearbeid; når skal brukere selv bestemme, og når må eller bør hjelpeapparatet gripe inn og styre brukeres valg? Dette er et dilemma som oppstår i tilknytning til utmåling av ulike tjenester kommunene ønsker å tilby brukere, for eksempel individuell plan, støttekontakt, om det skal skrives en søknad eller bestilles en time hos lege. Noen brukere vil alt, men andre vil ingenting. Brukermedvirkning handler derfor i vel så stor grad om dem som ikke vil, som om dem som vil. Brukermedvirkning handler også om hvordan profesjonelle yrkesutøvere realitetsorienterer dem som vil og motiverer dem som ikke vil.

Brukermedvirkning har vært et stadig tilbakevendende tema for tiltak innenfor Sosial- og helsedirektoratets arbeidsområder de siste årene. Slik medvirkning er nedfelt i ulike lover som Pasientrettighetsloven og Lov om sosial omsorg. Brukermedvirkning innebærer for det første at brukeres perspektiver skal bygges inn i utformingen av tjenestene kommunene tilbyr. For det andre innebærer brukermedvirkning at brukere skal kunne medvirke individuelt i utmålingen av egne tjenester. Det kalles også deltakelse på individnivå. For å sikre medvirkning for alle brukere på individnivå er det utarbeidet standardiserte redskaper som individuelle planer, og skjemaer som tas i bruk ved innleggelse og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. For det tredje at brukere skal delta kollektivt som representanter i råd og

utvalg på systemnivå. Der skal de representere andre som er i tilsvarende situasjon.

1.2 Opptrappingsplanens målsettinger om brukeres medvirkning

Opptrappingsplanen har målsettinger om å styrke brukeres medvirkning individuelt så vel som kollektivt. Disse er nedfelt i Stortingsmelding nr. 25 1996-97 som viser til at kommunale tjenester må planlegges og organiseres med sikte på å legge til rette for brukeres deltakelse og medvirkning. Den viser videre til at det er en målsetting å styrke brukeres organisasjoner for å sette dem i stand til å delta lokalt, regionalt og sentralt. Planen vurderte videre å lovfeste brukeres medvirkning i kontrollkommisjoner og kvalitetsutvalg i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke gjennomført, men lov om helseforetak hjemler brukeres deltakelse i brukerutvalg ved helseforetak.

Opptrappingsplanen har også vært utgangspunkt for utarbeidelse av arbeidsredskapet individuell plan som skal sikre brukeres medvirkning, og som også skal sikre at tjenester koordineres (St.meld. nr 25 1996-97). Både disse målsettingene, men også målsettinger om støttekontakter, bolig og veksten i antallet tjenesteytere på kommunalt nivå, peker på at opptrappingsplanen er utarbeidet og iverksatt innenfor rammene av perspektivet om styrking og myndiggjøring av brukere, det såkalte mestringsperspektivet. Dette perspektivet kan også ses i den måten brukeres medvirkning senere er nedfelt i lover som regulerer fordelingen av tjenester både til mennesker med psykiske lidelser og andre.

1.3 Evalueringens operasjonalisering av brukeres medvirkning og deltakelse

På bakgrunn av målsettingene for brukermedvirkning som Stortingsmelding nr. 25 1996-97 spesifiserer, har dette prosjektet blant annet definert to målsettinger for en evaluering:

- *Kartlegge brukerdeltakelsen ved å se på hvilke organer brukere deltar i og hvilke oppgaver de deltar med.*

- *Studerer innholdet i brukerdeltakelsen ved å se på hvordan prosedyrene for brukerdeltakelse og relasjonene mellom ulike aktører der brukere deltar er utformet.*

Disse målsettingene begrunnes i at brukeres deltakelse og deres medvirkning er et viktig premiss for utforming av tjenester for mennesker med psykiske lidelser både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Evalueringen operasjonaliserer dette nærmere som spørsmål om hvordan deltakelsen utformes og hvordan brukere eventuelt involveres både på individ- og systemnivå, og om deltakelsen fører til medvirkning eller overføring av myndighet til brukere. Spørsmålene er altså konsentrert rundt hva brukeres deltakelse faktisk innebærer for institusjoner, yrkesutøvere og brukere.

På begge nivåer i tjenestesystemet nedfelles brukeres deltakelse både som individuell medvirkning og kollektiv deltakelse. Den individuelle medvirkningen, brukeres deltakelse på individnivå, utformes i relasjonen mellom bruker og profesjonell tjenesteyter. Den kollektive deltakelsen, brukeres deltakelse på systemnivå, utformes som brukeres deltakelse i råd og utvalg. Kollektiv deltakelse forutsetter at brukere representerer andre ved organisasjonsmedlemsskap.

Evalueringen har fokus på kommunalt nivå. Denne rapporten skal derfor arbeide med spørsmålet om hvordan premisset om brukeres deltakelse og medvirkning faktisk omsettes til praksis i den enkelte kommune og blant tjenesteytere. Det er også reist en problemstilling om brukeres kollektive deltakelse på systemnivå i tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Denne belyses ved hjelp av en spørreskjemaundersøkelse til lokale lag av organisasjoner og talspersoner på mental helsesfeltet. Videre spørres det om kommunene arbeider med å skape en felles forståelse for hva brukeres deltakelse og medvirkning skal være og hva den skal resultere i, samt hvordan det eventuelt arbeides med å skape en slik felles forståelse.

Evalueringen er gjennomført i flere steg. Første runde av intervjuer ble gjort i 2003/2004, og andre runde i løpet av 2006. I 2006 er også spørreundersøkelsen til brukeres organisasjoner på feltet gjennomført.

1.3.1 Spørsmål som skal besvares i evalueringen

Følgende spørsmål skal besvares i denne evalueringen:

- *Hvordan legges det til rette for brukeres individuelle medvirkning på kommunalt nivå?*

- *Hvordan arbeider tjenesteytere for å styrke brukeres individuelle medvirkning?*
- *Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse på kommunalt nivå?*
- *Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse overfor spesialisthelsetjenesten?*
- *Hva er suksesskriteriene for brukeres deltakelse og medvirkning på kommunalt nivå?*

1.4 Leseveiledning

Evalueringen er basert i et teoretisk inntak som spesifiserer oppgaver for tjenesteytere som arbeider direkte med brukere. Dette vil bli presentert i kapittel to. Kapittel to presenterer også det metodiske inntaket i evalueringen. Kapittel tre presenterer og diskuterer det vertikale samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, samt det horisontale samarbeidet mellom utøvende enheter på kommunalt nivå. Kapittel fire presenterer observasjoner i kommunene på tidspunkt en og to. Observasjoner på tidspunkt en er nærmere presentert i NIBR-notat 2004:136. Her vil det rettes oppmerksomhet mot endringer i både hvordan kommuner og enkelte tjenesteytere arbeider med brukermedvirkning. Oppmerksomheten rettes mot mulige utviklingstrender i kommuner og hos profesjonelle tjenesteytere. Kapittel fem vil presentere lokale lag og talspersoner av brukeres organisasjoner på feltet. Det vil fokuseres på utbredelsen av organisasjonene, samt på deler av den kunnskapen de har om psykisk helsearbeid i sine respektive kommuner. Kapittel seks vil ta for seg kollektiv medvirkning på kommunalt nivå. Det er først og fremst brukeres deltakelse på systemnivå i råd og utvalg, men også andre former for deltakelse. Kapittel sju vil behandle organisasjonenes oppfatninger av hvordan brukerutvalg og kontrollkommissjoner ved helseforetak fungerer som medvirkningsarenaer. Kapittel åtte oppsummerer og konkretiserer noen av observasjonene som er gjort, samt presenterer utfordringer/anbefalinger for videre arbeid.

2 Teori og metode

2.1 Innledning

Evalueringen har som målsetting å finne ut hvordan det legges til rette for brukeres deltakelse både på individ- og systemnivå i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette operasjonaliseres som et spørsmål om hvilke oppgaver brukere deltar i, i relasjonen som etableres med tjenesteytere, kommuner og helseforetak. Det teoretiske inntaket fokuserer i hovedsak de profesjonelle tjenesteyternes arbeid og oppgaver, og hvordan de, innenfor sine gitte rammer i kommunene, kan legge til rette for at brukere kan medvirke og delta. Det teoretiske rammeverket behandles i avsnittene 2.2 og 2.3.

Denne rapporten baserer seg på tre typer datakilder. Den første, og mest sentrale, er intervjuer av ansatte i sju kommuner.¹ Den andre er en spørreundersøkelse som er sendt til lokale lag og talspersoner for tre organisasjoner av brukere innfor mental helse. Organisasjonene er Mental Helse, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien og Voksne for barn. Den tredje er dokumentstudier. I all hovedsak dreier det seg om studier av ordninger for brukeres kollektive medvirkning på systemnivå. Det metodiske rammeverket behandles i avsnitt 2.4.

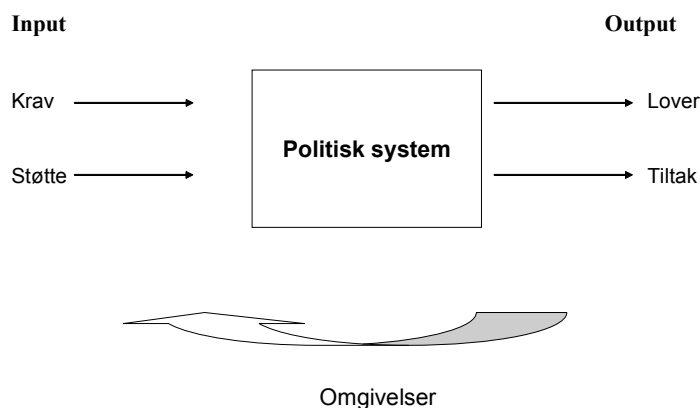
2.2 Borgere og brukere

Brukeres deltakelse og medvirkning er til dels motsatsen til den rett til deltakelse innbyggerne har i kraft av sin rolle som borgere. Borgerdeltakelsen foregår på politikken inputside, det vil si før det fattes beslutninger som angår fordeling av goder og byrder i fellesskapet. Dette er deltakelse som foregår i det representative systemet, den er indirekte og basert på at politiske partier representerer

¹ Dette inkluderer intervjuer med medlemmer i kontrollkommisjoner.

sine velgere. Borgerne har rett til å avgi stemme, og det er en sterk norm at denne retten skal fordeles likt mellom innbyggerne: En mann en stemme. Dette kan illustreres som i figur en.

Figur 2.1 *Borgerdeltakelse og det politiske system*



Kilde: Easton 1967

Figuren viser at innbyggerne, som borgere, kan vise sin støtte eller stille sine krav overfor det politiske systemet ved å avgi sin stemme. Borgerne avgir, med utgangspunkt i sine preferanser, stemme for det politiske partiet, eventuelt de representantene, som anses å ha meninger som i størst grad overensstemmer med egne interesser og meninger. Borgerne deltar på inputsiden av det politiske system. Viser de sin støtte avgir de stemme for det sittende politiske alternativet, stiller de krav stemmer de det sittende politiske alternativet ut av posisjon. Dette kan også omtales som loyalty og exit, som Hirschmann gjør i sin bok fra 1970. Denne formen for politisk deltakelse er basert på at de politiske partiene konkurrerer om borgernes oppmerksomhet, og kalles derfor også konkurransedemokratiet. Modellen viser videre at ut fra de lover og tiltak som vedtas, gjør borgerne seg opp en mening som de deretter benytter som grunnlag når de skal avgi stemme eller gi sin input ved neste valg. Folkelig deltakelse legitimerer altså lover og tiltak på det politiske systems inputside.

Borgerdeltakelsen, utformet på denne måten, ble etter hvert utsatt for kritikk som gikk ut på at den ikke var i stand til å fange opp alle preferanser i samfunnet. Noen grupper ble holdt utenfor, enten fordi kandidatene som deres preferanser tilsa at de skulle stemme på ikke

nådde opp, eller fordi de kunne betegnes som svake og fattige på politisk makt (Rokkan 1987, Arnstein 1969, Jacobsen 1970).

Alternativet Rokkan henviste til var deltakelse via den korporative kanal. Dette er deltakelse som fortsatt foregår på politikken inputside som deltakelse i råd og utvalg, eventuelt deltakelse i høringer. Alternativet Arnstein og Jacobsen viste til var deltakelse knyttet til det politiske systemets outputsiden. Det vil si til at innbyggerne kan delta som brukere i tilknytning til tiltak det politiske systemet allerede har fattet beslutning om at skal settes i verk. Mens Arnstein var opptatt av innbyggernes representative deltakelse i planprosesser i tilknytning til vedtatte bolig- og byfornyelsesprosjekter, var Jacobsen opptatt av brukeres individuelle deltakelse i relasjonen med profesjonelle tjenesteytere.

Offentlig politikk kan legitimeres både fra inputsiden, ved at borgerne deltar i valg, og fra outputsiden, ved at systemet produserer kvalitativt gode tjenester effektivt (Scharpf 1999). Ut fra dette har bidrag i debatten om demokrati og deltakelse argumentert for at deltakelse knyttet til politikken outputsiden bør institusjonaliseres. Argumentet er at deltakelse på outputsiden, i brukerstyre, råd eller utvalg, er deltakelse i politikkkutforming. Institusjonalisering vil kunne gi både brukere og politikere nye roller i politikkkutformingsprosesser (Hansen 2005). Brukeres deltakelse knyttet til politikken outputsiden er å sikre brukerne tilgang til å delta i utformingen av tjenester. Det vil dreie seg om tjenester de enten selv er mottaker av eller de kan delta i rollen som pårørende til tjenestemottaker. Dette kan de gjøre individuelt, direkte i relasjon med profesjonell tjenesteyter. Deltakelsen kan også foregå kollektivt i form av at brukeres organisasjoner velger representanter til styrer, råd og utvalg som er etablert på systemnivå.

2.3 Brukeres deltakelse på systemnivå

På systemnivå deltar brukere kollektivt. Kollektiv deltakelse fra brukere er deltakelse brukere får tilgang til ved å være medlem i en organisasjon. Slik deltakelse foregår på systemnivå i helseforetakenes brukerutvalg og kontrollkommisjoner, samt i kommunenes råd for funksjonshemmede, eventuelt brukerråd. Det er etablert prosedyrer for utvelgelse av brukerrepresentanter til utvalg og råd, og det er som regel Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, der Mental Helse er medlem, eller Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) som har representanter i råd og utvalg. Det er også disse organisasjonene, eller deres medlemsorganisasjoner, som får

saker til høring hvis det er aktuelt, og som blir bedt om å stille med representanter til prosjekt- og arbeidsgrupper. Deltakelse via kommunale råd for funksjonshemmede er deltakelse på politikken inputside. Deltakelse via utvalg ved helseforetak, eventuelt ved andre institusjoner, er deltakelse på politikken outputsiden.

2.4 Brukermedvirkning på individnivå

Det legges til rette for brukermedvirkning på individnivå på flere måter. Det skjer ved at det gis signaler om at institusjoner i velferdsstaten, profesjonelle, men også politikere og medlemmer av administrasjonen på kommunalt nivå, skal innta det som kalles en brukerorientert innstilling eller at det skal tas brukerhensyn (Ot.prp.nr. 12 1998-99). Dette kalles også brukerretting. På den måten kan brukere delta ved at de som planlegger, produserer og yter tjenestene antesiperer deres vilje og innretter seg etter det (Dahlberg og Vedung, 2001). Det kan også føre til at det gjøres enklere for individuelle brukere av en tjeneste å medvirke direkte i relasjonen med profesjonelle, eller å ta kontakt med ansatte i tjenesteytende institusjoner. Slik medvirkning er nedfelt i flere lover som regulerer offentlig tjenesteyting innenfor psykisk helsefeltet.² Opphavet til begrepet om brukerretting er uklart. Det kan tenkes at formuleringer om at det skal tas hensyn til brukere nedfelles i lover og andre retningslinjer som et resultat av at det er øvet ytre press fra brukeres organisasjoner eller andre. Presset ytes i så tilfelle mot det politiske system på politikken inputsiden. Der kan også brukere delta, i likhet med andre borgere i landet, med å avgi stemme ved valg.

Den andre formen brukermedvirkning kan anta er ”ansikt til ansikt-relasjoner” mellom profesjonelle medarbeidere og brukere. I helsevesenet er dette en vanlig samhandlingsform som må tas i bruk for at den profesjonelle yrkesutøver skal kunne gjennomføre en god datainnsamling, gi diagnose, foreskrive den rette behandlingen, samt

² De viktigste lovene er Pasientrettighetsloven, Lov om helsetjenester i kommunene og Lov om sosiale tjenester. Bestemmelsene i pasientrettighetsloven sier for eksempel at brukere har rett til medvirkning i samhandlingen med profesjonelle tjenesteytere og rett til informasjon. Medvirkning i denne forstand er medvirkning i gjennomføring av helsehjelp og medvirkning i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

evaluere behandlingstiltaket. At brukere skal medvirke i denne samhandlingen er nedfelt i pasientrettighetsloven.

Brukermedvirkning refererer også til at det gjennomføres *brukerundersøkelser*. Brukerundersøkelser aggregerer individuelle preferanser. Det er dermed en privatisert deltakelsesmekanisme, men deltakelsen retter seg mot et systemnivå fordi både beslutningen om å gjennomføre den, samt bruk av resultatene må skje på et nivå i det politiske systemet som har beslutningsmyndighet. Det er altså et individuelt valg for brukere om de vil delta, men resultatene av undersøkelsen, kunnskapen om brukernes preferanser, tas i bruk på et av nivåene i systemet for tjenestefordeling. Kommun nivået vil være relevant for slik deltakelse.

”Fritt brukervalg” av tjenester er også en form for brukerinvolvering. Det vil si at mottakerne av en tjeneste har flere tilbydere å velge mellom, og at mottakerne kan ta i bruk sin kunnskap om tiltak og tjenester, når det skal velges mellom tilbydere.

Alle disse formene for medvirkning foregår på politikken outputsiden, det vil si i relasjon til enkelte tiltak og profesjonelle tjenesteytere. Medvirkningen foregår etter at det er fattet beslutning om at enkeltbrukere skal tildeles tjenester og den har utgangspunkt i den individuelle tjenesten som ytes.

2.5 Antakelser om innholdet i brukeres deltakelse og medvirkning

Ut fra det som er sagt over er det mulig å oppsummere deltakelsesformene i en firefeltstabell. Kategoriene i tabellen er for det første nivåene deltakelsen foregår på, som individuell eller kollektiv deltakelse. For det andre er det om deltakelsen foregår på input- eller outputsiden i politikken. Det er gjort et valg om å kalle den individuelle deltakelsen for medvirkning. Det framstilles i tabell 2.1.

Tabell 2.1 *Deltakelse og medvirkning på to nivå*

• Nivå\ medvirkning og deltakelse	• Individuell medvirkning	• Kollektiv deltakelse
• Medvirkning og deltakelse på inputsiden	<ul style="list-style-type: none"> • Stemmegivning • Brukerorientering- og hensyn (brukerretting) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale råd for funksjonshemmede • Prosjekt- og arbeidsgrupper • Høring
• Medvirkning og deltakelse på outputsiden	<ul style="list-style-type: none"> • I direkte relasjoner med profesjonelle • Brukerundersøkelser • Fritt brukervalg 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerråd-og utvalg knyttet til institusjoner • Brukerstyre

Denne tabellen sier noe om hvordan medvirkning og deltakelse legitimeres; på input- eller outputsiden av politikken. Tabellen sier også noe om hvordan brukeres deltakelse og medvirkning er utformet, den sier imidlertid mindre om hva som er innholdet i deltakelsen og medvirkningen.

2.5.1 Innhold i kollektiv deltakelse på systemnivå

Arnstein (1969) er opptatt av hva som er innholdet i forskjellige former for deltakelse på politikken outputsiden. Hun opererer med 8 steg på en stige for deltakelse, der deltakelse defineres som overføring av makt fra myndigheter til grupper av borgere eller brukere. Det nederste trinnet på stigen er manipulasjon deretter kommer terapi, informasjon, konsultasjon, representasjon i styrer, råd og utvalg, partnerskap, delegert myndighet og borger- brukerkontroll.

Ut fra empirien hun presenterer slår hun sammen terapi og manipulasjon og klassifiserer dem som ikke-deltakelse. Deltakelse i rådgivende komiteer er et av hennes praktiske eksempler på at deltakelse ikke nødvendigvis fører til medvirkning. Informasjon, konsultasjon og deltakelse i styrer, råd og utvalg klassifiseres som symbolpolitikk. I styrer, råd og utvalg oppstår alltid muligheten for kooptering og deltakere får så mye myndighet som de med makt, som har etablert styret, rådet eller utvalget, er villig til å gi dem. ”Placation” er begrepet hun bruker, makt blir placated hos brukergruppene. Denne deltakelsesformen rangeres likevel høyere angående overføring av makt enn informasjon og konsultasjon.

Informasjon til brukere om deres rettigheter og plikter er et første steg mot medvirkning, men tenderer for ofte til å bli enveiskommunikasjon uten at det legges til rette for at brukere kan gi tilbakemelding eller forhandle. Konsultasjon er brukerundersøkelser, møter for boområder og offentlige høringer, som hun mener tenderer mot å være uten innhold for deltakerne.

De tre siste formene overfører makt fra myndigheter til brukere. I partnerskapet deltar brukere som utgår fra en form for organisasjon som de er ansvarlige overfor. Partnerskapet bør imidlertid også besitte ressurser som muliggjør forhandlinger med myndighetene, samt betaling til lederskap og nødvendig ekspertise. Delegert myndighet er overføring av beslutningsmyndighet til grupper av brukere. Når brukere har full kontroll er det etablert enheter, corporations, som både produserer og fordeler varer eller tjenester til brukerne. Det vektlegges at det ikke i noen av de tre siste tilfellene empirisk er observert at brukere har fått overført makt fra myndighetene, de har selv tatt den makt de etter hvert har opplevd at de har hatt (Arnstein 1969).

Full kontroll kan være brukerstyre slik det framstår i det vi kaller brukerstyrte hus av typen Amalie Skram. Delegert myndighet finner vi i skolesektorens driftsstyrer, mens det er vanskelig å finne empiriske eksempler på partnerskap slik hun beskriver det, særlig innenfor psykisk helse. Det kan være mulig å benevne brukeres organisasjoner som partnere, men disse skal ikke fatte beslutninger direkte om hvilke tjenester som skal produseres eller ytes. De yter påtrykk på myndighetene ut fra en rolle som interessegrupper. Den kollektive medvirkningen på outputsiden av politikken, slik den er skissert over som deltakelse i utvalg ved helseforetak, kan i Arnsteins terminologi best sammenlignes med de tiltakene som er klassifisert under headingen symbolpolitikk. Det kan også deltakelse på inputsiden, i høringsrunder, i råd for funksjonshemmede, eventuelt prosjekt- og arbeidsgrupper, på kommunalt nivå. Antakelsene om innholdet i den kollektive deltakelsen på systemnivå vises i tabell 2.2 under.

Tabell 2.2 *Innhold i kollektiv deltakelse, nivå*

• Nivå\ Deltakelse og medvirkning	• Individuell medvirkning	• Kollektiv deltakelse
• Medvirkning og deltakelse på inputsiden	<ul style="list-style-type: none"> • Stemmegivning • Brukerorientering- og hensyn (brukerretting) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale råd for funksjonshemmede, Høring • <i>Deltakelse er symbolpolitikk</i> • Prosjekt- og arbeidsgrupper • <i>Deltakelse kan innebære medvirkning i form av overføring av myndighet til brukere</i>
• Medvirkning og deltakelse på outputsiden	<ul style="list-style-type: none"> • I direkte relasjoner med profesjonelle • Brukerundersøkelser, Fritt brukervalg 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerråd-og utvalg knyttet til institusjoner, • <i>Deltakelse er symbolpolitikk</i> • Brukerstyre • <i>Deltakelse kan innebære overføring av myndighet til brukere, eventuelt full kontroll over et tiltak</i>

Antakelsen er altså at brukeres deltakelse, slik den er lagt til rette for på inputsiden i kommunene og på outputsiden ved helseforetakene, kan stå i fare for kun å bli symbolpolitikk. Hvis den er symbolpolitikk deltar brukere kun fordi de er gitt slike rettigheter i lovgivning og andre retningslinjer. Brukeres deltakelse vurderes instrumentelt hos de myndigheter som organiserer deltakelsen, og den gis trolig lite innhold. Deltakelse kan også innebære medvirkning i form av overføring av myndighet til brukere. Det krever at brukere inviteres til

å delta i forskjellige typer prosesser som skal lede fram til beslutninger. Det er en forutsetning at brukere inviteres inn i prosessene fordi de anses å besitte ressurser som er nødvendige for å fatte beslutninger. Dette er spørsmål det skal arbeides videre med i kapitlene seks og syv.

2.5.2 Innhold i brukeres medvirkning på individnivå

Argumentet for at brukere skal kunne medvirke på individnivå er at myndigheten de profesjonelle yrkesutøverne besitter må brytes opp. Denne myndigheten kan brytes opp ved at det fokuseres på samhandlingssituasjonen, altså det som er kalt "ansikt til ansikt-relasjonen" mellom profesjonelle yrkesutøvere og brukere.

Profesjonelt arbeid foregår innenfor organisatoriske rammer. De organisatoriske rammene som behandles her er vertikale relasjoner kommunenes enhet for psykisk helsearbeid inngår i til spesialisthelsetjenesten og horisontale relasjoner enheten inngår i på kommunalt nivå. Organisatoriske rammer legger betingelser for allokering av oppgaver til ulike utøvende enheter på kommunalt nivå, for informasjon, og for samarbeid og koordinering vertikalt mellom nivåer i tiltakskjeden, samt horisontalt på kommunalt nivå.

Samarbeidet, og betingelsene som legges for det, utgjør de objektive kjennetegnene ved profesjonelles arbeidsoppgaver. Objektive fordi de styres av andre enheter i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og de profesjonelle yrkesutøvere som arbeider der. Dermed ligger det utenfor den kontrollen de profesjonelle yrkesutøverne i psykisk helsearbeid har over sine oppgaver. Også statlige, vertikalt iverksatte tiltak er objektive for yrkesutøvelsen. Iverksettingen av Opptrappingsplanen kan i seg selv være et slikt tiltak, individbasert pleie- og omsorgsregistrering (IPLOS)³ og individuell plan er andre eksempler. Disse tiltakene er vertikale, statlige styringslinjer som profesjonelle tjenesteytere på kommunalt nivå må forholde seg til.

Den vertikale arbeidsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vil altså forme det psykiske helsearbeidet i kommunene fordi den legger betingelser for typen og mengden informasjon utøvende enheter og profesjonelle tjenesteytere på kommunalt nivå har om brukere de skal yte tjenester til (Helgesen 2006). Den horisontale arbeidsdelingen på kommunalt nivå former innholdet i

³ IPLOS er et dataprogram der profesjonelle tjenesteytere i kommunene skal registrere brukere på en skala fra en til fem på 17 ulike funksjonsvariable (St.meld. nr. 25 (2005-2006), Rønning 2006).

psykisk helsearbeid først og fremst fordi den kommunale organiseringen endres. Organisasjonsendringer legger betingelser for koordineringen og samarbeidet mellom kommunale enheter og mellom kommunale enheter og spesialisthelsetjenesten. Den legger også betingelsene for hvordan myndighet delegeres til utøvende enheter og profesjonelle. Dermed former kommunal organisasjon det psykiske helsearbeidet ved å styrke eller bryte den profesjonelle autonomien eller myndigheten. Innføring av bestiller-utførermodeller er et eksempel på at den profesjonelle autonomien brytes (Hansen og Ramsdal 2005, Helgesen et al 2005). Dette er de organisatoriske rammene som omgir yrkesutøvelsen. Rammene gir profesjonelle yrkesutøvere deres myndighet, eller makt som er et mye sterkere ord, og dette kalles andre steder strukturmakt (Solheim og Øvreli 2001).

Vertikal og horisontal samordning er altså trekk ved yrkesutøvelsen som ligger utenfor de profesjonelle yrkesutøvernes kontroll. Trekkene er objektive i forhold til profesjonelles arbeidsoppgaver. Ved sitt valg av organisasjonsmodell, og dermed sine rutiner for å delegerer myndighet til utøvende enheter og profesjonelle yrkesutøvere, legger altså kommunene rammene for at yrkesutøverne skal kunne involvere brukere på individnivå.

Ved siden av de objektive kjennetegnene har profesjonelt arbeid subjektive kjennetegn. Disse er deres arbeidsoppgaver og de deles i fire kategorier: datainnsamling, analyse, tiltak og evaluering av effekter. De fire arbeidsoppgavene inngår i den profesjonelle autonomien. Profesjonell autonomi innebærer nettopp at oppgavene som tilhører en yrkesgruppe kan kontrolleres av en og samme yrkesutøver (Abbott 1988). Datainnsamling er kartlegging av brukeres problemer og muligheter. Ut fra kartleggingen gjennomføres den analyse eller saksbehandling som leder fram til beslutning om behandling. På kommunalt nivå vil det si de tiltak som er tildelt og som skal utmåles for forskjellige brukere. Etter en tid evalueres tiltakene, enten fordi vedtakene går ut eller fordi brukerne har kommet med innspill til endringer.

Arbeidsdelingen på kommunalt nivå har vært av en slik karakter at disse fire oppgavene utgjorde et hele og hang sammen. En yrkesutøver kunne ha oversikt over hele behandlingsprosessen; det vil si kartlegge brukeres situasjon, diagnostisere, fatte beslutning om behandling og evaluere effektene av behandlingstiltakene. Det vil si at profesjonelle yrkesutøvere var autonome og hadde myndighet fordi de kunne fatte et bredt spekter av beslutninger som angikk brukere. Arbeidsdelingen på kommunalt nivå, som inkluderer psykisk helsearbeid, er nå i en prosess av endring. Endringen i arbeidsdeling er dels et resultat av

endringer i den vertikale relasjonen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, der kommunene får ansvar for tiltak og brukere de tidligere ikke hadde ansvaret for (Kalseth 2004). Den er også dels et resultat av organisasjonsendringer horisontalt på kommunalt nivå. Også det faktum at kommunene har, eller er i ferd med å bygge ut, brede og dekkende tjenester for mennesker med psykiske lidelser er en årsak til endringene i arbeidsdelingen. Fordi beslutninger om tiltak og tjenester for brukere nå er splittet på flere utøvende enheter, og på flere nivåer i tiltakskjeden, får koordinering og samarbeid mer oppmerksomhet.

Brukermedvirkning skal innlemmes i praksis og i fagligheten yrkesutøvere utvikler. Å involvere brukerne er en del av profesjonelles utdanning. Det er denne som gir yrkesgruppene deres etiske og faglige grunnlag for å fatte beslutninger. I sammenheng med myndigheten organisasjonen delegerer til sine profesjonelle yrkesutøvere, kan yrkesutøverne opptre som aktører med myndighet overfor brukere. Hos Solheim og Øvrelid (2001) kalles denne myndigheten aktørmakt. Også her er makt et sterkt ord, men makten, eller myndigheten, kan vise til den plass profesjonelle yrkesutøvere gir til brukeres medvirkning i sin yrkesutøvelse.

Brukeres medvirkning skal altså nedfelles som rutiner både i den kommunale saksbehandlingen og i de profesjonelles yrkesutøvelse. Det forutsetter at profesjonelle yrkesutøvere har myndighet i kraft av sitt faglige ståsted og posisjon i organisasjonen. I tillegg til denne myndigheten har profesjonelle yrkesutøvere myndighet i kraft av at de gjennomfører datainnsamling, analyserer og fatter beslutninger om behandling. Denne myndigheten beskrives hos Solheim og Øvrelid (2001) som definisjonsmakt.

Fatter profesjonelle yrkesutøvere sine beslutninger kun ut fra sitt faglige skjønn, eller samhandler de med brukere for å komme fram til hva problemet består i? Får brukere delta i å definere sitt eget problem og løsningene på det? Disse spørsmålene er sentrale for muligheten brukere har til å medvirke på individnivå. Myndigheten profesjonelle yrkesutøvere har i kraft av sitt faglige ståsted og posisjon i organisasjonen er avgjørende for om brukere får delta i å fatte beslutningene. Men det er også den informasjonen profesjonelle yrkesutøvere har om brukere og mulighetene som finnes for samarbeid og samordning med andre enheter vertikalt og horisontalt.

Her kan det identifiseres et skjæringspunkt mellom typer av beslutninger profesjonelle yrkesutøvere skal fatte sammen med eller for brukere. Tiltak på kommunalt nivå er tiltak som styrker og

myndiggjør brukere. Det er tildeling av bolig, individuelle samtaler, tilgang til dagsenteret eller støttekontakter. Noen av disse beslutningene har større grad av behandling over seg enn andre. For eksempel individuelle samtaler og tilgang til dagsenteret som aktiviserer brukere.

Behandling har terapeutiske siktemål, brukere skal bli friske eller de skal nå et høyere funksjonsnivå. Terapeutiske elementer vil være viktige i sykepleieres utdanning, og trolig i videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Slike elementer inngår også som en del av deres faglighet (Carson 2005). Når medvirkning har et terapeutisk siktemål skal brukere aktiviseres i egen behandling og tilfriskning. Brukeren er i denne situasjonen en person som i andre tilfeller kunne blitt kalt pasient eller klient. Aktiviteten brukeren skal involveres i vil ha en behandlingsmålsetting, og den tar utgangspunkt i at profesjonelle tjenesteytere mener pasienten eller klienten bør aktiviseres i sin egen tilfriskning. Aktiviseringen skjer ut fra en tanke om at vedkommende besitter ressurser som kan letes fram og tas i bruk. Ressursen skal lede til at brukere overfører handling fra behandlingssituasjonen til sin bredere livssituasjon. Dette er aktivisering som ikke nødvendigvis har kvittet seg med paternalistiske og kontrollerende behandlingssideologi, men som likevel kan plasseres under paraplyen medvirkning (Dahlberg og Vedung, 2001; Ørstavik, 1996; Folkestad, 2000).

Brukermedvirkning på individnivå kan beskrives som at profesjonelle yrkesutøvere tar i bruk sin autonomi eller myndighet til å trekke seg tilbake i både datainnsamling, analyse, beslutning om tiltak og i evalueringen, altså når problemene skal defineres. Profesjonelle yrkesutøvere må trekke seg tilbake fordi det skal skapes rom for brukeres synspunkter innenfor alle elementer av prosessen. I denne prosessen avgir profesjonelle yrkesutøvere myndighet til brukerne.

Helt sentralt er det at hvis profesjonelle yrkesutøvere skal være i stand til å avgi myndighet, så må de i første omgang selv ha myndighet (Andersen et al 2000). Organisasjonsendringene som gjennomføres horisontalt i kommunene kan være medvirkende årsak til at profesjonelle yrkesutøvere ikke har myndighet de kan trekke tilbake. Det samme kan mangelen på informasjon og samarbeid med enheter i den vertikale relasjonen. Det innebærer at brukermedvirkning også krever at de profesjonelle yrkesutøverne bruker sin autonomi og sin faglighet til å komme i inngrep med de prosessene som er objektive for deres yrkesutøvelse. De skal inkludere samarbeid med andre enheter, horisontalt og vertikalt, i sitt arbeid med brukere, samt ofte ekstra informasjonsinnhenting. Som innledningen til rapporten viste inne-

bærer brukeres medvirkning også at profesjonelle yrkesutøvere motiverer brukere til å ta i mot tiltak og til å være aktive.

Innholdet i både den individuelle medvirkningen og den kollektive deltakelsen kan oppsummeres som i tabell 2.3.

Tabell 2.3 *Innhold i medvirkning og deltakelse, samt nivå*

• Nivå\ Deltakelse og medvirkning	• Individuell medvirkning	• Kollektiv deltakelse
• Medvirkning og deltakelse på inputsiden	<ul style="list-style-type: none"> • Stemmegivning • Brukerorientering- og hensyn (brukerretting) • Overføring av myndighet 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale råd for funksjonshemmede, Høring • <i>Deltakelse er symbolpolitikk</i> • Prosjekt- og arbeidsgrupper • <i>Deltakelse kan innebære overføring av myndighet til brukere</i>
• Medvirkning og deltakelse på outputsiden	<ul style="list-style-type: none"> • I direkte relasjoner med profesjonelle • Terapeutisk medvirkning, men også overføring av myndighet • Brukerundersøkelser, Fritt brukervalg 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerråd-og utvalg knyttet til institusjoner, • <i>Deltakelse er symbolpolitikk</i> • Brukerstyre • <i>Deltakelse kan innebære medvirkning som overføring av myndighet til brukere eventuelt full kontroll over et tiltak</i>

Antakelsene er skrevet i kursiv, og det knyttes ikke antakelser til stemmegivning eller til brukerundersøkelser og fritt valg.

I den grad brukerhensyn er nedfelt i lovgivningen er det overført myndighet til brukere. Det vil si at brukere potensielt har myndighet i relasjonen de inngår i med profesjonelle. Likevel er ikke innholdet deltakelsen og medvirkningen får helt entydig. Direkte relasjoner mellom profesjonelle yrkesutøvere og brukere kan resultere i at det

overføres myndighet fra profesjonelle yrkesutøvere til brukere i utmåling av tjenester. I hvilken grad overføring av myndighet foregår vil være avhengig av betingelser som legges i de vertikale og horisontale relasjonene enhet for psykisk helsearbeid inngår i. Det er også avhengig av individuelle trekk ved brukere som kan begrense den individuelle relasjonen mellom brukere og profesjonelle yrkesutøvere til å være av terapeutisk karakter. Også profesjonelle yrkesutøvers faglige skjønn, deres myndighet til å definere hva brukeres problem består i, kan begrense overføringen av myndighet fra yrkesutøvere til brukere. Hvis det fattes beslutninger om tiltak som grenser opp mot behandling blir brukeres medvirkning å være aktive i egen tilfriskning. Medvirkningen antar da en terapeutisk karakter. All deltakelse i brukeres relasjon med yrkesutøvere betegnes likevel, ut fra det ideologiske grunnlaget som ligger i ideene om mestring, samt brukeres styrking og myndiggjøring, som medvirkning. Hvordan profesjonelle yrkesutøvere arbeider med brukeres medvirkning i denne relasjonen diskuteres i kapittel fire.

2.5.3 Empowermentbegrepet

Perspektivet som er valgt på brukeres deltakelse innenfor psykisk helsearbeid i Norge er det såkalte mestringsperspektivet (St.prp. nr. 1 2006-2007). Begrepet om mestring er en del av en internasjonal trend spredd via WHO, men er i WHO's egne skrifter kalt empowerment, og det grenser til begrepene likhet og inkludering (WHO 2006). I Sosial- og helsedirektoratets veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene er mestring operasjonalisert som behandling og oppfølging, nærmere bestemt som tilgang til bolig, arbeid og utdanning, samt å kunne inngå i sosiale fellesskap og ha meningsfulle aktiviteter (IS-1332).

Mestring er altså et begrep som betegner det arbeidet som i stor grad foregår i kommunene innenfor rammene av opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid. Det peker i mindre grad mot forskjellige medvirkningsstrategier, selv om slike strategier er bygget inn i empowermentbegrepet som mestring utledes av. Empowerment er et begrep som kan anvendes både på individ- og kollektivt nivå, samt at det kan benyttes for å betegne den deltakelse som foregår i relasjon til systemnivået både i kommuner og helseforetak.

Empowerment er et begrep som argumenterer for at brukere skal styrkes og myndiggjøres. Det innebærer et syn på mennesket som et subjekt som har evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv, og som vet hva som er bra, nyttig og viktig for det. På

individnivå skal begrepet fokusere på prosesser som medvirker til at enkeltindividet kan øke kontrollen over eget liv. Individet skal utstyres med større selvtillit, bedre selvbylde, økte kunnskaper og ferdigheter. Med disse forbedrede egenskapene skal individet lettere kunne identifisere barrierer mot selvrealisering som begrenser muligheter til egenkontroll. Her er det altså snakk om å styrke individuelle rettigheter ved å tilføre ressurser på individnivå. På samfunnsnivå skal bruk av begrepet kunne identifisere barrierer, strukturer og maktforhold som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende mulighet til å ha kontroll over eget liv (Askheim 2003:104).

I denne tapningen møter empowermentbegrepet en del kritikk. For det første kan det kritiseres for ikke å overskride individperspektivet; det blir sagt å referere til en form for individuell psykologisk bevisstgjøringsprosess hos brukere og behandlere. For det andre fungerer empowerment både som mål og virkemiddel i behandlingen, dvs. at det ikke er mulig å skille de ideologiske komponentene ved begrepet fra de metodiske. For det tredje inneholder begrepet uklare referanser til profesjonelle grupper. På den ene siden peker det på at profesjonelle yrkesutøvere er sentrale for at brukere skal kunne oppnå styrking og myndiggjøring. På den andre at begrepet raskt kan bli en form for retorikk for profesjonelle grupper som vil opprettholde sin legitimitet i en situasjon av endring i tjenestefordelingen. Endringen består i et sterkere fokus på individuelle velferdsrettigheter der retten til arbeid står i en særstilling.

Empowerment har heller ikke vært gjenstand for mange empiriske undersøkelser, og det finnes lite kunnskap om hvorvidt brukere selv mener at de har fått tilført flere ressurser og eventuelt hvilke ressurser dette er. Empowermentbegrepet ble også introdusert i helsetjenestene av sterke brukergrupper, og det er fortsatt et ubesvart spørsmål om det har overføringsverdi til de svakere brukergruppene (Askheim 2003, Fawcett 2000, WHO 2006).

Brukergruppene som behandles i empowermentlitteraturen er sosialhjelpsmottakere, arbeidsledige eller fysisk funksjonshemmede. Dette er forholdsvis sterke brukergrupper som kan få tilført ressurser i form av beslutningsmyndighet og økonomiske midler. Spørsmålet som behandles er utviklingen av tillit mellom profesjonelle yrkesutøvere og brukerne, og når tilliten er god nok kan overføring av ressurser skje. Når andre grupper av brukere er tema, for eksempel psykisk utviklingshemmede, er det pårørende som får brukerrollen (Andersen 2000, Askheim 2003), og det etableres en uklar relasjon mellom den faktiske brukeren og profesjonelle yrkesutøvere. Psykisk syke behandles ikke i den norske litteraturen om empowerment.

Heller ikke WHO kan vise til litteratur som påviser at psykisk syke er blitt styrket og myndiggjort ved bruk av empowermentstrategier. De kan derimot vise til at brukergruppen har nytte av såkalt advocacy, som er å ha talspersoner. Ellers viser de til at psykisk sykes omgivelser, for eksempel familiene til syke barn, kan styrkes via empowermentstrategier (WHO 2006). I Storbritannia er det gjennomført evalueringer der det påvises at det ikke kan legges for stort ansvar på psykisk syke brukere, og at de i liten grad evner å være talsperson for egne interesser. De er i behov av sterke talspersoner som tar ansvar, det vil si ansvar for enkeltindivider ikke for grupper av brukere (Platzer 2005).

Fordi begrepet er for romslig, alt er empowerment, samtidig som det er for lite nyansert, det evner ikke å peke på at brukere er en meget uensartet gruppe, er empowerment kanskje ikke så anvendelig som ledesnor for politikk rettet mot de brukere som får psykiske helsetjenester. Det kan være anvendelig som ledesnor for politikk rettet mot brukergrupper som har fått tjenester og som står noe på utsiden av selve tjenesteapparatet, for eksempel som medlemmer i bruker- eller pårørendeorganisasjoner. Evalueringen har et sideblikk på dette spørsmålet fordi empowerment omtaler medvirkning.

2.6 Valg av kommuner og informanter

Kommunene som er inkludert i casestudien er valgt ut fra ulike hensyn. Først og fremst har de ulik størrelse. Langt de fleste norske kommuner har under 5000 innbyggere og så mange som en tredjedel har 3000 innbyggere eller færre. Små kommuner har lavere systemkapasitet enn store kommuner, men uavhengig av størrelse forutsettes kommunene å kunne ivareta ansvaret for og implementere offentlig politikk innenfor en ramme der likhet mellom kommuner legger sterke føringer på hvordan politikken kan utformes. Dette gjelder også for tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet. Systemkapasiteten, som er avhengig av innbyggertall fordi det legger betingelser for kommunal inntekt og størrelsen på, eventuelt antallet tjenestesteder og andre operative enheter i kommunene, vil altså variere sterkt. Den kan ses i sammenheng med en kommunes evne og mulighet til å etablere, utvikle og implementere velferdspolitiske og andre tiltak, samt deres evne til å vedlikeholde gode fagmiljøer. Det er derfor inkludert tre forholdsvis små kommuner i materialet. De aller minste kommunene er likevel ikke representert.

Kommunene er også delvis valgt ut med hensyn på avstand til helseforetakenes behandlingstiltak som distriktpsikiatriske sentra (DPS), barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (BUP) og sykehus. Avstanden til slike sentra kan ha betydning for hvordan kommunene legger opp sitt arbeid, ikke minst fordi nærhet kan innebære at kommunen, og den enkelte innbygger, i større grad kan trekke veksler på spesialistkompetansen i DPS/BUP (Myrvold og Helgesen 2005:22). Også kommunenes geografiske plassering, sentralt eller perifert, kan være av betydning i spørsmålet om å iverksette statlige planer, og når det gjelder muligheten til å rekruttere fagpersonell til kommunene. Sentralitet i denne betydningen kan forstås på to måter: plassering i forhold til "staten", altså hovedstaden, og plassering i forhold til regionale sentra eller større byer (ibid, Myrvold 2001). Kommunene er også til dels valgt ut med hensyn på vellykkethet i å involvere brukere. Viktige kjennetegn ved kommunene i materialet gis i tabell 2.4.

Tabell 2.4 *Oversikt over kommunene*

Kommune	Innb.	Pol.org.	Adm.org.	Psyk. org.	Friv. org?	Dagsenter
A ⁴	28000	Parl.	Resultat-enheter	Egen enhet	Ja	Ja
B	23000	Hovedutv.	Virksomheter	Tjeneste i Plo	Ja	Ja
C	23000	Komite-modell	Resultat-enheter	Egen enhet	Ja	Ja
D	15000	Fagkomiteer	Virksomheter	Tjeneste i Helse- og sosial	Ja	Ja
E	3800	Hovedutvalg	Resultat-enheter	Tjeneste i Rehab enhet	Nei	Ja
F	2900	Utvalg	Virksomheter	Integrert i bokollektiv	Nei	Nei
G	2300	Utvalg	Sektor	Egen enhet	Nei	Ja, en dag i uken

En tilsvarende oversikt er gitt i Helgesen 2004:136, med data fra 2003-2004. De viktigste endringene er at de store kommunene,

⁴ For denne kommunen dekker casestudien en bydel. Kilder: Kommunenøkkelen 2006-2007, intervjuer i kommunene

spesielt kommune A, har økt sitt folketall, og de små kommunene har redusert det. Det er unntak for den aller minste kommunen som har økt sitt folketall med om lag 20 innbyggere. Endringer i organisasjon er at alle kommunene, det vil si også kommune A, har innført flat struktur og resultatenheter. Psykisk helsearbeid er dermed blitt egen enhet med eget resultatansvar i alle kommunene unntagen kommune F. I denne kommunen er psykisk helsetjeneste en del av resultatansvaret i et bokollektiv, og lederen for bokollektivet er også leder for psykisk helsearbeid. Det er også gjort en del mindre organisasjonsendringer i noen av kommunene, som påvirker psykisk helsearbeid, dem redegjøres det for i kapittel tre.

I kommunene er det intervjuet ansatte i administrasjon og psykisk helsetjeneste, samt i noen tilfeller ved andre tjenestesteder. Intervjuene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det vil si at det er utarbeidet intervjuguide som utgjør et minimum av spørsmål som skal stilles til alle i alle kommuner. Innenfor denne er det rom for å tilpasse spørsmålene til de enkelte kommuner og tjenesteytere. Intervjuene er også gjennomført som ekspertintervjuer. Det vil si at ansatte i administrasjon og tjenesteteyting er intervjuet i kraft av deres posisjon i kommunene, og i kraft av deres kunnskap om kommunal organisering, psykisk helsearbeid og brukermedvirkning. Intervjuene har vart mellom en til en og en halv time, og det er tatt notater som siden er renskrevet.

Det er gjennomført to runder med intervjuer og så langt som mulig er de samme ansatte intervjuet i begge runder. Det har likevel ikke vært mulig å få tak i alle, og i noen tilfeller er det dermed gjort intervjuer med andre ansatte. Det dreier seg om at noen er sluttet, andre er sykemeldte og et par hadde ikke tid til å la seg intervjuer i andre runde. I en kommune er det, blant annet grunnet tid, gjennomført et gruppeintervju med ansatte i psykisk helsetjeneste. I noen kommuner har det vært gjennomført store endringer og det har av den grunn vært nødvendig å intervjuer ansatte som ikke var med i første runde. Det er ikke intervjuet noen leger i andre runde. Oversikten nedenfor, i tabell 2.5, over intervjuerpersoner, har med intervjuerpersoner både fra første og andre runde. I første runde ble det snakket med medisinerer og barnevernspedagog, henholdsvis tre og en. Ingen av dem er med i andre runde og er derfor tatt ut av tabellen.

Tabell 2.5 *Yrkesgrupper og utdannelser i materialet*

Yrkesgr. Utdannelse	Sykepleie		Sosionom		Ergoterapi\ miljøterapi		Verne- Hjelpepleie	
	2003/ 2004	2006	2003/ 2004	2006	2003/ 2004	2006	2003/ 2004	2006
Allmenn\ til sammen	25	24	4	3	5 ⁵	5	3	3
Psykiatrisk sykepleie	16	11						
Tverrf. videreut.	1	5	1	2		1	3	3
SEPREP⁶	5		1		1			
Klinisk spes.	1							
Kognitiv spes.	2		1					
Helsesøster	5	2						
Annet			1					

Tallene for videreutdanninger summeres ikke til det samlede tallet for intervjupersoner for de enkelte utdanningskategorier, fordi en ansatt kan ha flere typer videreutdanninger.

Til sammen er det gjennomført 85 intervjuer i disse to rundene. Det inkluderer intervjuer med ansatte som er i administrative posisjoner og fire intervjuer i institusjon fra første runde. Egen rubrikk i tabellen er bare gitt til dem som er i direkte arbeid med brukere. Tabell 2.5 spesifiserer de ulike typene allmenn-, videre- og etterutdanninger intervjupersoner og profesjonsutøvere i casekommunene har og hvordan dette har variert i de to rundene. Videre- og etterutdanningene er ujevnt plassert, og i noen kommuner er det ansatte, særlig sykepleiere, som har flere typer videre- og etterutdanning.

Antallet sykepleiere som er intervjuet er redusert med 4. Men mens det i første runde kun er en som har tverrfaglig videreutdanning og 16 som har videreutdanning som psykiatrisk sykepleier, er det i andre runde 5 som har tverrfaglig videreutdanning og 11 som har videreutdanning som psykiatrisk sykepleier. I første runde ble det intervjuet fem helsesøstere, dette er i andre runde redusert til 2. Blant de intervjuede sosionomene er det to med videreutdanning i psykisk helsearbeid, i forrige runde var det tre. Blant miljøarbeiderne finner vi

⁵ I begge rundene dreier dette seg om to intervjuer. I første var det til stede to representanter i det andre tre.

⁶ SEPREP er en forkortelse for Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser. Dette senteret organiserer en etterutdanning som har fått navnet SEPREP Tverrfaglig utdanningsprogram.

ansatte med både helsefaglige og andre yrkesbakgrunner. De helsefaglige er hjelpepleiere, ergoterapeuter og vernepleiere, mens det er en pedagog, aktivitør og annet blant de ikke-helsefaglige yrkene. Det er også gjennomført intervjuer med ansatte med kulturfaglig bakgrunn.

De to minste kommunene har psykiatrisk sykepleier/ sykepleier med videreutdanning i 1,5 stilling, den minste kommunen har gjort om en hjelpepleierstilling i 50 % til en sykepleiestilling. Den tredje minste kommunen har to psykiatriske sykepleiere og miljøarbeidere. Det kan se ut til at det går et kompetanseskille ved kommuner som har dagsenter. I kommuner som er store nok til at det er etablert et dagsenter, rekrutteres det bredere enn i kommuner som ikke har dagsenter. Den minste kommunen er et unntak, der ledes dagsenteret av psykiatrisk sykepleier, men det er åpent kun en dag i uken. Ingen av de seks andre kommunene har en psykiatrisk sykepleier som leder av dagsenteret, det ledes av sosionom eller annen yrkesgruppe med videreutdanning i psykisk helsearbeid. De største kommunene rekrutterer også bredt og ansetter sosionomer, vernepleiere og andre yrkesgrupper med tverrfaglig videreutdanning, for å arbeide individuelt med brukere.

2.7 Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en survey til brukerorganisasjoner på mental helsefeltet i tilknytning til andre runde av intervjuene. Organisasjonene er Mental Helse, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien og Voksne for barn. Spørreskjema ble sendt til hele populasjonen av lokale lag og talspersoner. Det ble brukt medlemslister som organisasjonene stilte til rådighet.⁷ Mental Helse har 225 lokale lag i kommuner og 19 fylkeslag, det kom inn 103 besvarte skjema. Voksne for Barn har, etter sitt prosjekt om å etablere lokale talspersoner, også fått en stor utbredelse, det er sendt spørreskjema til 127 talspersoner. Det kom tilbake 24 utfylte skjema. For Landsforeningen for pårørende i psykiatrien er det sendt spørreskjema til 32 lokale lag. Fra denne organisasjonen kom det tilbake 18 utfylte skjema. 28 skjema kom i retur grunnet ukjent mottaker. De var sendt til lokale lag av Mental Helse. Svarprosenten er på 36. Det kom inn 146 besvarte skjema av 404 utsendte, etter at det ble gjennomført en purrerunde. NIBR har erfaring med at svarprosenten ofte er lav blant brukeres organisasjoner innenfor helse- og sosialfeltet.

⁷ LPP ga tillatelse til å bruke adresser til lokale lag som er lagt ut på organisasjonens hjemmeside.

3 Vertikale og horisontale relasjoner

3.1 Innledning

I dette kapitlet er det de profesjonelles holdning til og oppfatninger om vertikal og horisontal arbeidsdeling, samt kommunal organisasjon, som presenteres. Utformingen av den horisontale og vertikale arbeidsdelingen vil legge betingelser for hvordan profesjonelle yrkesutøvere kan arbeide med brukeres medvirkning. Betingelsene utgjør objektive trekk ved yrkesutøvelsen fordi de ligger utenfor profesjonelle yrkesutøveres kontroll. I dette prosjektet er arbeidsdelingen definert som samarbeidsrelasjoner profesjonelle yrkesutøvere inngår i med enheter utenfor psykisk helsearbeid. Tre faktorer ved arbeidsdelingen diskuteres i dette kapitlet:

- *Vertikal arbeidsdeling mellom nivåene i psykisk helsetjeneste*
- *Horisontal arbeidsdeling mellom kommunalt psykisk helsearbeid og andre enheter på kommunalt nivå*
- *Betingelser den kommunale organiseringen legger for de profesjonelles yrkesutøvelse i psykisk helsearbeid.*
- *Valget av kommunale organisasjon er utenfor profesjonelle yrkesutøveres kontroll. I avsnitt 2.6 er den kommunale organisasjonen i de sju casekommunene for tidspunkt en (2003/2004) og tidspunkt to (2006) presentert. Oppfatningene vil være sosialt konstruert og dermed forandre seg over tid.*

3.2 Vertikale samarbeidsrelasjoner

I 2004 kan kommunene vise til dårlige erfaringer med de vertikale relasjonene de inngår i til spesialisthelsetjeneten. Det lages ikke epikriser eller gis annen informasjon om brukere som skal overføres

fra spesialisthelsetjeneste til kommuner. Profesjonelle yrkesutøvere i kommunene oppfatter det også slik at deres relasjon med spesialisthelsetjenesten er upredikerbar og at de sjelden kan planlegge inntak av nye brukere fra spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet som er nødvendig i et behandlingsløp oppfattes også som vanskelig å planlegge. Begrunnelsen knyttes til manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten (Helgesen 2004).

I tiden mellom datainnsamlingsrundene er det lagt inn i styringsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom DPS og kommuner. Det gir grunn til å forvente at profesjonelle yrkesutøvere i kommunene vil ha en mer positiv oppfatning av hvordan samarbeidet i den vertikale relasjonen fungerer. Hovedobservasjonen som gjøres i 2006 er at det varierer hvordan kommunene i materialet oppfatter samarbeidet som nå er satt i gang (Helgesen 2006).

Kommune A har hatt avtale med spesialisthelsetjenesten lenge uten at det nødvendigvis har lagt retningslinjer for hvordan kommunikasjonen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen har foregått, og det har vært en del overraskelser som kommunen har måttet forholde seg til på dagen:

Det er ikke vond vilje at de kaller oss inn på en dags varsel. De har også sitt trykk. Samarbeidet med DPS er godt. Jeg kjenner folk på DPS, jeg ser dem og vi samarbeider om individuell plan. Det er de samme personene som jeg snakker i telefonen med. På sykehuset er det mange utskiftninger. Et eksempel er en lege som ringte hit. Det var en dansk vikar. For det første var det feil bydel, for det andre husket han ikke hvor han ringte fra (07.04.06. sykepleier).

Kommune G forholder seg til det samme helseforetaksområdet og mener at de har inngått avtale med DPS, uansett er kommentaren der at samarbeidet fungerer, men at informasjonen kunne vært bedre:

Vi har utarbeidet avtale. Det er en forpliktende avtale mellom helseforetaket og kommunen. Hovedsaken i den avtalen er at vi har noen plikter før brukeren blir innlagt, mens sykehuset har noen plikter før pasienten blir utskrevet fra sykehuset. Det dreier seg om deres rutiner. Informasjonen fra andrelinjen kunne vært bedre (24.05.06. sykepleier).

Kommune E oppfattet at andrelinjen ville lære dem hvordan de skulle arbeide med inn- og utskrivelser, og oppfattet ikke at det dreide seg verken om samarbeid eller om avtaler.

Det har vært noen møter angående standardisering av inn- og utskrivinger, hvilke vurderinger etc. vi gjør. Vi får en oppskrift på det. De vurderer brukere ulikt.... Resultatet er at DPS oppleves som vanskelig. Men det er verre også. Det sendes ikke over epikrise, brukere skrives ut uten medisiner og diagnose. Vi får ikke vite noe. Vi får skrevet ut brukere til oss uten at vi får vite noe om dem (02.06.06. sykepleier).

Kommunene B og D hadde nylig påbegynt samarbeid om inn- og utskrivelser når intervjuene pågår:

... fikk en henvendelse sent i 2005, om å inngå samarbeid om utskrivning av pasienter. Samarbeidet kom i stand fordi DPS oppdaget at det i følge forskriftene måtte være etablert et slikt samarbeid for å komme i betraktning for bevilgninger i 2006 (06.01.06. konsulent).

Det er innledet samarbeid med DPS. Det var på slutten av fjoråret. Det var DPS som tok initiativ, det er i gang. ... de ser ikke alle kommuner på samme måten. Det er bra for vi er ikke like. Vi får gi innspill, men vi leter litt etter samarbeidsform. Det burde være noen retningslinjer for hva samarbeidet skal inneholde. Noen mål eller overskrifter. Vi ser at henvisningsskjemaet vårt er nyttig. Da får vi andrelinjen og fastlegen til å si noe om diagnose og hvorfor det er behov for psykiatri. Det utfordrer henvisende instans (27.09.06. leder).

Kommunene C og F var usikre på hvordan relasjonene med spesialisthelsetjenesten kom til å se ut. Det hadde vært avholdt møter om samarbeid, men avtaler var ikke på plass:

Samarbeidet med DPS har bedret seg. Det har vært møter om å etablere kjøreregler for hvordan vi skal samhandle. ... Det er møter før innleggelse, mens pasienten er innlagt og møter ved utskrivning. Det er viktig at vi skal vite når brukerne skrives ut (06.12.06. sykepleier).

Samarbeidsrutinene mellom kommunen og DPS er det psykiatriteamet som tar seg av. Det ledes av legen. Det dreier seg om at rutiner skal være skriftlige og at det skal

klarlegges hva som skal skje når brukere kommer ut eller blir innlagt. Med rutinene er det legen som arbeider, eller vi arbeider med det i teamet. Det ble slik fordi dette spørsmålet først kom opp i et kommunelegeforum (12.10.06. sykepleier).

Kommunene får de fleste av sine brukere fra spesialisthelsetjenesten og lett tilgang for brukere til spesialisthelsetjenesten oppfattes som et sentralt virkemiddel i kommunenes tilbud til brukere. Hvordan samarbeidet mellom nivåene fungerer har betydning for hvordan brukere kan involveres og for kontinuiteten i det kommunale arbeidet.

3.3 Horisontale samarbeidsrelasjoner

De horisontale samarbeidsrelasjonene er altså samarbeid med andre enheter på kommunalt nivå. Det tilhører de arbeidsoppgavene de profesjonelle yrkesutøvere i psykisk helsearbeid ikke kontrollerer, men som det forventes at de bruker ressurser på. I 2004 ble samarbeidet med legene ikke oppfattet som videre godt. Det ble observert konflikter i relasjonen mellom enheter for psykisk helsearbeid og enheter for hjemmetjenester i to kommuner. Samarbeidet med a-etat og trygd ble tematisert, men ikke gått inn på i særlig grad. Det er derfor fortolket som å ha vært bra. Samarbeidet med sosialkontoret ble oppfattet som dårlig i noen kommuner.

Oppfatninger om samarbeidet med leger

Hovedobservasjonen om samarbeidet mellom enhet for psykisk helsearbeid og legene er at det oppfattes som å ha bedret seg siden 2004. I noen kommuner ble det derfor ikke videre tematisert. I andre, som i kommune C, var oppfatningen av samarbeidet blandet:

Med legesentrene har vi god dialog etter hvert. De ser nytten av oss. Deres terskel for å sende brukere til oss er blitt lavere. Noen ganger er det alt for mye, men samtidig er det positivt at vi ses (06.12.06. sykepleier).

Det er jo også slik at noen fastleger ikke har psykiatriske pasienter, mens andre fastleger ofte tar kontakt. Vedkommende gikk til lege som ikke så sykdommen. Vedkommende fikk beskjed om å ta seg sammen. Brukeren hadde en alvorlig depresjon og legen tok det alvorlig først når jeg var med brukeren til legen. Noen leger lar seg provosere når de ser at pasienten har følge.

De forstår jo at de (brukerne) har bedt om støtte (06.12.06. sosionom).

Legenes og spesialisthelsetjenestens informasjon til kommunene om brukere, i form av epikriser, diagnoser og andre henvisningsokumenter, er avgjørende for og brukes aktivt i kommunenes begrunnelser av hvorfor de velger å yte bestemte tjenester til brukere. I kommune D oppfattes derfor samarbeidet med legene som viktig:

De (legene) gir oss et bilde av sykehistorien, og de gir oss en bestilling. Vi skal ikke ha ansvaret for å si at noen ikke får denne tjenesten. Ut fra dette har vi et godt samarbeid med legene. Vi har faste møter hver 18. måned. Da går vi gjennom brukerne (27.09.06. leder).

I kommune B vurderes samarbeidet med legene som avgjørende for virksomheten i enhet for psykisk helsearbeid:

...fastlegene er viktige. Psykiatritjenesten er avhengig av fastlegen. Legene kommenterer gjerne at de kontaktes kun ved problemer, fastlegen trenger også vanlig informasjon om brukerne (13.12.05. ansatt i forvaltningsenhet).

I kommune G viser det seg at legen også kan trekke veksler på den kunnskapen psykiatrisk sykepleier har om brukere:

Vi kjenner brukerne og pasientene våre godt etter hvert. Vi ser på dem om de begynner å bli dårlige. Det ser vi fra dag til dag. Det er erfaringskunnskap. Et eksempel er at legen kontaktet meg i går. Det gjaldt en dame som ikke er frisk. Legen kontaktet meg, jeg kjente igjen det vi så hos denne damen. Så, samarbeidet med legen går bra (24.05.06. sykepleier).

Oppfatninger om samarbeidet med enhet for hjemmetjenester

I 2004 ble det altså observert konflikter mellom enhet for psykisk helsearbeid og enhet for hjemmetjenester i kommunene C og F. I 2006 observeres slike konflikter i to nye kommuner, A og E. Det var en forventning foran andre runde av intervjuene at disse konfliktene var forsvunnet i kommunene C og F. Det er de ikke, men de er noe redusert. I kommunene A og E pågikk de for full styrke og alle konfliktene kan til dels tilskrives organisasjonsendringer som har gjort det mulig for enheter å kreve nye eller kaste av seg gamle arbeidsoppgaver.

I kommune C hadde konfliktene i 2004 sitt utspring i at ressursene for psykisk helsearbeid var løftet ut av hjemmetjenesten og gitt status som egen enhet. Dette ble gjort samtidig som det ble gjennomført reorganisering til flat struktur og resultatenheter. Andre enheter i kommunen, det dreier seg om ført og fremst om somatisk hjemmetjeneste og sosialkontor, kastet i denne prosessen av seg arbeidsoppgaver de mente psykisk helsearbeid burde ha ansvaret for innenfor sine budsjettammer. Enhet for hjemmetjenester trakk seg altså ut av samarbeid om potensielt felles brukere. Enhet for psykisk helsearbeid måtte da ta alt av medisinerings og hjemmetjenester for sine brukere. For sosialkontoret dreide det seg om at fordeling av støttekontakter ble overført til enhet for psykisk helsearbeid. I kommune C ble konflikten omtalt på denne måten i 2006:

Det er blitt bedre med somatisk hjemmetjeneste. De forstår våre problemstillinger bedre nå, Det dreier seg om de av våre brukere som blir pleietrengende, de bør over i somatikken. Det er også tilrådingen fra Sosial- og helsedirektoratet og vi vil følge det opp. Men vi har fått lite gehør for det, og saken har vært i klientutvalget. Det medvirket til at vi har sett noen endringer og vi har fått et par brukere tilbake til distriktene (i hjemmetjenesten) (06.12.06. sykepleier).

I 2006 er det fortsatt ikke mye samarbeid mellom disse to enhetene i kommune C. I kommune A har enhet for psykisk helsearbeid opplevd det samme angående samarbeidet mellom disse enhetene. Kommunen har også, på tidspunktet intervjuene blir gjennomført, fått ansvar for å fordele støttekontakter til sine brukere. Videre er enhet for psykisk helsearbeid i forhandlinger med PU-tjenesten om å ta brukere derfra og de er i forhandlinger om å ta barn og unge med psykiske lidelser. Observasjonen er at både leder og profesjonelle yrkesutøvere i enhet for psykisk helsearbeid oppfatter endringen og den nye situasjonen som vanskelig:

Vi hadde en modell den gangen alle var en del av pleie og omsorg. Nå er alle skiftet ut og vi må begynne på nytt. Vi er tilbake til spørsmålet om medisinerings. Eksempelvis spørsmålet om hvem som skal levere ut dosettene. Vi inviterte soneledere til møte De mente de hadde så mange brukere vi burde hatt. Det vil nok gå seg til igjen, men vi må mer inn i hjemmesykepleien enn vi har vært (06.04.06. leder).

01.03.05 ble hjemmehjelpen eget kommunalt foretak. Vi har måttet ansette to hjemmehjelpere i 50 % stilling, vi kaller dem muligens miljøarbeidere. Alle enhetene må finne seg selv, alle skal ha hver sin organisasjon. Før var vi en del av noe (06.04.06, leder).

Det er også gamle konflikter som har gjenoppstått i den nye organisasjonen. Nå er det dem som mener at vi skal ha alt av psykiatriske problemstillinger. Det er et press hos andre. Hjemmesykepleien vil ikke ta angstproblematikk, men vi skal ikke gå i turnus. Vi må stoppe den prosessen vi ser nå, mot særomsorg. Det tenkes bare penger akkurat nå, det er det viktig at vi ikke gjør og at vi i større grad kan bytte tjenester (07.04.06, sykepleier).

De kom til oss som 30-årige, nå er de 70-75+. De får også diabetes og andre alderssykdommer. Hvis en slik bruker har brukket lårhalsen er det vi som anses å ha den rette kompetansen. Nei, det har jo ikke vi, vi har kompetanse på psykiske sykdommer, ikke på alle tilleggslidelsene de eldre får. Konflikten består i at forvaltningsenheten fordeler brukerne” (23.05.06, sykepleier).

Kommune A har altså ikke samarbeid mellom enhet for psykisk helsearbeid og enhet for hjemmetjenester. Samarbeidet med sosialkontoret er redusert og det er planlagt at samarbeidet med PU-tjenestene og barnevernet skal reduseres.

Kommune E har også konflikt i relasjonen mellom psykisk helsearbeid og enhet for hjemmetjenester. På rådmannsnivå i kommunen ble begge enhetene oppfattet som å initiere disse konfliktene i forholdet med hverandre. Enhet for psykisk helsearbeid mener at samarbeidet er tungt:

Samarbeidet med hjemmesykepleien er tungrodd. Det gjelder alt fra etablerte rutiner, hvordan vi gir beskjeder, hvilke vurderinger vi gjør og hvordan vi gjør dem. Vi merker press. Eldre får psykiske lidelser for eksempel, da er det vi som skal fikse det. Vi mener hjemmesykepleien bør heve sin kompetanse, vi gjør det bedre der de er (01.06.06, sykepleier).

Hjemmesykepleien er ikke med. Vi samarbeider mest med de andre. Vi samarbeider også med legen. Vi ser at hvor kontoret ligger er viktig. Avstand vanskeliggjør de

uformelle møtene. Hjemmesykepleien er distriktsorganisert i bo- og omsorgssentre. Det hjelper ikke akkurat på (02.06.06. sykepleier).

I fire kommuner fungerer samarbeidet godt og det er fokus på at brukernes beste er utgangspunktet for samarbeidet. Kommune D er tydelig på at samarbeid skal finne sted:

(Samarbeid) går bra. Vi har et godt fokus på at samarbeidet skal fungere. Vi har felles arenaer både sosialt og faglig. Det senker terskelen for samarbeid. Vi har faste samarbeidsmøter med hjemmetjenesten. Vi er blitt enig om at det skal samarbeides, det er nedfelt i alt fra rutiner til uformelle henvendelser. Vi har felles brukere. Hjemmetjenesten tar medisiner, i bofellesskapet og ellers. Vi har arbeidet mye med den forståelsen for hverandre (27.09.06. leder).

I kommune F er det samarbeid, men det kan tyde på at samarbeidet er på et minimum:

De har det også travelt, men med hjemmesykepleien er det i alle fall slik at hvis jeg er på ferie, så kan de følge opp mine brukere. Da har de tilsyn, men ikke samtaler. Jeg gir også mine brukere en kontaktperson i hjemmesykepleien (12.10.06. sykepleier).

Også i de to siste kommunene, kommune B og G oppfattes samarbeidet med hjemmesykepleien som å være godt.

Oppfatninger av samarbeid med sosialkontor, trygd og a-etat

Sosialkontoret forvalter tjenester som er viktige for brukere av psykisk helsearbeid. Det dreier seg både om å få hjelp til livsopphold og støttekontakter. Støttekontakter fordeles i to kommuner fra enheten for psykisk helsearbeid, det er kommunene A og C, i kommune B er kulturkontoret inne i bildet og fordeler fritidskontakt. Hjelp til livsopphold anses som meget sentralt for brukerne. I kommune C ble det gitt uttrykk for erfaringer som dem som presenteres under:

Pasientene mine må ha hjelp fra sosialkontor, ofte for å få gjeldsrådgivning. Dette er viktige problemstillinger fordi folk med økonomiproblemer ikke er behandlingsklare. Hvis økonomien ikke er i orden fokuserer de sin overlevelse kun på det. Noen gir også opp. Da bestiller vi time på sosialkontoret for å rydde. Når vi kommer sammen med brukerne til kontoret får de en

annen behandling enn hvis de kommer dit alene. Vi kjenner rettighetene, vi kan etterspørre rettigheter. Når brukere kommer alene får de ikke vite hvilke rettigheter de har (06.12.06. sosionom).

I kommune F hadde psykiatrisk sykepleier nokså nylig erfart at sosialkontoret prioriterte ned et møte som av mange andre aktører, også av spesialisthelsetjenesten, ble vurdert som viktig for en bruker:

Alle har så dårlig tid og jeg er redd psykiatri blir nedprioritert. Et eksempel er at jeg hadde organisert en ansvarsgruppe. Et viktig møte for en bruker med to representanter fra sykehus og en fra DPS, samt lege. Men sosialkontoret måtte på et møte hos fylkesmannen og de møtte ikke på ansvarsgruppemøtet. For mine brukere er det sosialkontoret som er linken ut, til a-etat og arbeidslivet for eksempel, og det er derfor viktig at de møter representanter derfra. Vi får også tilbakemeldinger om at andre etater kan lite. Vi må motivere de andre etatene til å jobbe med våre brukere, for at de skal høre våre brukere. Sosialkontoret har jo både støttekontakter, bolig og økonomi for mange av våre brukere. Tidligere stoppet alt opp i sosialkontoret (12.10.06. sykepleier).

Kommune G hadde positive erfaringer med samarbeid, det gjelder også for sosialkontoret:

Samarbeidet med andre etater er også bra. Åpen omsorg (hjemmetjenesten) samarbeider vi med om brukere. Det gjør vi også med sosialkontoret. Det er en del med dobbeldiagnosene psykiatri og rus. De trenger hjelp med økonomi og bolig fra sosialkontoret. Nå skal det ansettes en som skal kombinere stillingen sin mellom oss og sosialkontoret. 60 % her og 40 % der. Vedkommende skal også ha ansvaret for støttekontaktene for våre brukere (24.05.06. sykepleier).

Kommune E hadde dårlig klima for samarbeid mellom enhet for psykisk helsearbeid og enhet for hjemmetjenester. Derimot har kommunen gode erfaringer med samarbeid med andre enheter, deriblant enhet for helse og enhet for sosialtjenester:

Vi må sette opp tid til å diskutere felles brukere. Det får vi ikke til. Vi oppfatter det slik at somatikken trekker seg unna. Det kan være snakk om syv brukere, det vil ta en

halvtime. Med helse- og sosial har vi møte en gang i måneden. Da treffer vi saksbehandlere og diskuterer pasienter. Vi oppdaterer oss, for eksempel på om de holder avtaler. Der er det ikke problemer med tid (02.06.06. sykepleier).

Kommune A opplevde at sosialkontoret kastet av seg arbeidsoppgaver som enhet for psykisk helsetjeneste så måtte ta på seg å fordele til brukere med psykiske lidelser:

01.06.05 ble støttekontaktene overført fra sosialkontoret til oss. De kom på rot. ... Det ble avholdt samlinger for å finne ut av forskjellige ting og vi aksepterte det (06.04.06. leder).

Kommune C har også et forholdsvis dårlig samarbeid med enhet for hjemmetjenester, men et godt samarbeid med andre enheter. Samarbeidet med NAV (arbeid og trygd) trekkes fram som gode eksempler:

Vi samarbeider mye med trygd og a-etat, vi har ansvarsgrupper og vi utarbeider individuell plan. Det har vært en holdningsendring i disse etatene. Nå har de stor forståelse for ustabiliteten. De stiller på møter og holder avtalene. De har kunnskap og innsikt og saksbehandlerne er oppmerksomme. Våre brukere har vært litt uhåndterlige for dem. De har tenkt at det var bare å ta seg sammen. Den holdningen er borte nå. De skjønner at folk vil, men ikke makter (06.12.06. sosionom).

Trygdeetaten viser for eksempel en annen interesse. De har et lengre perspektiv på vedtakene. Hvis vedtak er for korte blir folk stresset. Det er bedre at det gjøres lengre vedtak. De ber noen ganger om hjelp til å begrunne vedtakene sine. Her har t-etaten en saksbehandler som arbeide bare med psykiatriske diagnoser. Det øker kompetansen på området" (06.12.06. sosionom).

Også kommune G opplever at andre enheter, inkludert NAV, ønsker å ha gode samarbeidsforhold:

Med andre etater har vi har vi møter om ting vi trenger å snakke om. Trygd og arbeid er også involvert noen ganger. De ligger i nabokommunen og har kontor her en gang i uken. Noen av våre brukere har kontakt med a-etat (24.05.06. sykepleier).

Ut over samarbeid med disse etatene samarbeider psykisk helse med enheter innenfor de etatene som kalles barne- og familieetat og oppvekstetat. I 2004 var det lite oppmerksomhet om slikt samarbeid, i 2006 er enhetene for psykisk helsearbeid i de fleste kommunene i materialet oppmerksomme på at de har oppgaver som går ut over voksenpsykiatrien.

Kommunene B, E og G, samt F og C har valgt å betjene barn og unge fra skolehelsetjeneste, barnevern og kulturavdeling. I kommune C har det vært noen saker der barnevernet burde kobles inn, og det pekes på at det er ventetid og at det oppfattes som problematisk for brukerne (06.12.06. sosionom). Kommune A har erfaring med at barn og unge med psykiske lidelser skal ha tjenester fra enheten for psykisk helsearbeid, dette var de ikke positivt innstilt til (Helgesen 2006). Kommune B tenker nytt angående barn og psykisk lidelser og hadde etablert et tett samarbeid med kulturavdelingen som arbeidet med støttekontakter og fritidstiltak for både barn og unge, samt voksne:

Tiltakene vi tilbyr er støttekontaktjenester og tjenester for barn og unge. Første steget er at de som ønsker tiltak søker, og det fattes vedtak. ... Vi arbeider på alle tre nivåene, individ, gruppe og samfunn. På samfunnsnivå støtter vi arrangementer på alminnelige kulturarenaer. Arenaene fronter dette selv, vi er litt i bakgrunnen. Det gjelder alle typer tiltak som kulturkvelder, utstillinger, foredrag, og det å drive reklame for tilstelningene (27.01.06. ansatt kulturavdelingen).

Kommune E oppfatter det slik at helseenheten, ved helsesøster, har ansvaret for barn og unge med psykiske lidelser, og at enheten for psykisk helsearbeid skal samarbeide med barnevernet om barn av psykisk syke. Samarbeidet er vanskelig:

Vi samarbeider lite med barnevern. Vi sender saker til dem, det er saker vi er i. Uten å få opplysninger tilbake. Vedtakene som gjøres berører jo foreldre, vi bør vite hva som vedtas. Det samarbeidet kunne vært bedre, det mangler faktisk (01.06.06. sykepleier).

Barnevern er organisert sammen med PPT. Vi får signaler om at det er lite samarbeid. Enhet for psykisk helsearbeid og sosialtjenesten mener begge at meldinger (til barnevernet) oppfattes negativt (01.06.06. konsulent).

Det horisontale samarbeidet oppleves altså ulikt av profesjonelle medarbeidere i enhet for psykisk helsearbeid i de forskjellige

kommunene. En trend det kan pekes på er at noen kommuner mener samarbeidet bedres over tid. Som neste avsnitt skal vise kan samarbeid, også etablerte samarbeidsrelasjoner, rives ned av endringer i den kommunale organisasjonen.

3.4 Kommunal organisering

Hovedobservasjonen fra 2003/2004 er at organisasjonsendringene som pågår i kommunene også legger betingelser for det arbeidet de gjennomfører med Opptrappingsplanen. Utvikling av den kommunale organisasjonen gjennomføres altså uavhengig av at det psykiske helsearbeidet i kommunen skal styrkes. Dette er også en sentral observasjon fra 2006.

Kommunene har fortsatt å endre sin organisasjon. I materialet var det per 2003/2004 seks av sju kommuner som hadde flat struktur på sin kommunale organisasjon. I 2006 har alle kommunene flat struktur. Fem av sju har valgt å ha kun ett nivå under rådmannsnivået, det er lederne av de utøvende enhetene. To kommuner som hadde flat struktur i 2003/2004 har i mellomtiden innført ett nivå mellom enhet for psykisk helsearbeid og rådmannsnivået, det er kommunene B og D. For den ene kommunen dreier det seg om at stillingen for helse- og sosialsjef igjen er etablert. Dette skjedde på slutten av andre runde av datainnsamlingen som er gjennomført i denne kommunen og omfattes derfor ikke av rapporteringen. I den andre kommunen handler det om at psykisk helsearbeid igjen har fått egen leder. Trenden mot flat struktur og resultatenheter, som organisasjonsløsningen i kommunene, er likevel tydelig i materialet.

I prosessene der organisasjonene endres fra etats- eller sektormodell til flat struktur og resultatenheter skal altså en enhet bli flere. Budsjett, brukere og oppgaver knyttet til brukerne skal fordeles mellom enhetene på nye måter og det observeres at det er konfliktfylt. Organisatoriske rammer endres og samtidig endres grensene rundt ulike yrkesgruppers arbeidsoppgaver. Dette benyttes av enheter og yrkesgrupper til enten å kaste av seg arbeidsoppgaver eller til å kreve nye arbeidsoppgaver. Det oppstår altså domenekonflikter som en konsekvens av organisasjonsendringene.

Slike konflikter framstår på forskjellige måter. Et felles kjennetegn ved de fire konfliktene i dette materialet er at tjenesten for psykisk helsearbeid mener de ikke får gehør for sine problemstillinger i enhet for hjemmetjenester og at samarbeid mellom enhetene dermed blir vanskelig. Problemstillinger rundt fordeling av brukere var felles for

kommunene med domenekonflikter. Psykisk helsetjeneste oppfatter det slik at de får alle brukere som har psykiatrisk problemstillinger involvert i sin diagnose, også om dette ikke er hoveddiagnosen. Problemstillinger rundt eldre brukere var her sentrale, og psykisk helsetjeneste ville ha mulighet til å overføre eldre brukere med pleiebehov til enhet for hjemmetjenester. Dette var begrunnet i at psykisk sykdom avtar med årene, og at når pleiebehovet er det viktigste behovet som utløser en tjeneste, bør ansvaret for å yte tjenester ligge hos enhet for hjemmetjenester (23.05.06. sykepleier, 06.12.06. sykepleier).

Denne oppfatningen retter seg også mot problemstillinger som reises angående brukere med rusproblemer. I psykisk helsetjeneste i to kommuner oppfattet de profesjonelle medarbeiderne at alt som dreide seg om rus kom til dem, også hvis psykiatri ikke var hovedproblemet. Det ble påpekt at enhet for psykisk helsearbeid stod i fare for å bli en "sekkeenheter" som skulle ta alt (23.01.06. leder, 06.12.06 sykepleier).

I prosessen med å etablere flat struktur og resultatenheter benytter enkelte andre enheter sjansen til å kaste av seg arbeidsoppgaver. Det dreier seg om at alle aspekter ved tjenestene overføres til enheten for psykisk helsearbeid. Enheten for psykisk helsearbeid skal gi hjemmetjenester, de skal yte omsorg og de skal fordele støttekontakter i tillegg til de arbeidsoppgavene de oppfatter som sine egentlige oppgaver. Dermed skaper flat struktur og resultatenheter det som kalles enhetsegoisme (Opedal og Stigen 2002). I praksis innebærer enhetsegoismen at enhetene, ikke bare enhetene for psykisk helsearbeid, men også de enhetene det er aktuelt å samarbeide med, lukker seg omkring budsjett, personell og fag, som er det ansvaret som desentraliseres til utøvende enheter.

Mens det tidligere var mulig for en helse- og sosialsjef å se budsjett, personal og fag helhetlig for flere typer tjenester, ofte dreide det seg om somatisk og psykiatrisk hjemmetjeneste, tjenester for psykisk utviklingshemmede (PU) og sosialtjenester, er dette et ansvar som nå er delegert til fire forskjellige enheter. Tjenestene ses som isolerte enheter og det er ingen leder med helhetlig overblikk som har mulighet til å instruere eller lede enhetene til samarbeid. Det fører trolig til at spørsmålet om å bytte tjenester mellom enheter settes til side til fordel for hensyn av økonomisk karakter. Det samme gjør den tradisjonelle formen for koordinering. De mer eller mindre formelle møteplassene som eksisterte når ansatte i enheter snakket sammen for å finne løsninger for brukere, erstattes av administrative prosedyrer for finansieringsløsninger. I to kommuner er det etablert interne betalingsrutiner for deler av tjenesten. Trenden over tid er at mangelen

på møteplasser for koordinering blir framtrødende selv i de kommunene der enhetene for psykisk helsearbeid er etablert med egne ledere, og selv i små kommuner.

I store kommuner synes det i tillegg å vøre en trend at den interne vertikale koordineringen og oppfølgingen i kommunen får fokus. Det legges vekt på budsjettoppfølging, muligens noe personal, samtidig som det fortsatt ser ut til at de faglige spørsmålene overlates de enkelte enhetenes profesjonelle yrkesutøvere.

3.4.1 Forvaltningsenhet

Forvaltningsenhet i kommunal omsorg er diskutert bredt i Helgesen et al 2005, og i Helgesen 2006. Noen av poengene der skal likevel gjentas her og avsnittet bygger, der ikke annet sies, på disse framstillingene. Tilgang til å klage på både tildeling og utmåling av tjenestene har satt søkelys på at like tilfeller ikke ble behandlet likt i kommunene. Forvaltningsenheten er dermed en standardisering for å sikre at brukerne i kommunen blir likebehandlet, og den kan ses som en måte å styrke det arbeidet som ble påbegynt når kommuner etablerer tildelings- eller inntaksteam (Kalseth m. flere 2004). Det er også en systematisering, det vil si en måte å legge fast visse kriterier og funksjoner i forhold til datainnsamlingen, analyse og tiltak på systemnivå i kommunene. Likebehandling krever at den analysen som gjennomføres med hensyn på visse data om brukere leder fram til de samme vurderingene av hvilke tiltak som skal settes i verk.

Innføringen av forvaltningsenhet har konsekvenser for yrkesutøvelsen fordi det organisatorisk etableres grenser mellom profesjonelle arbeidsoppgaver som tidligere ble sett helhetlig. Datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak, dvs. vurdering av hvilken behandling som er den mest adekvate, er lagt til forvaltningsenheten, mens profesjonelle yrkesutøvere som utfører tiltakene, eventuelt vurderer effekten av dem, arbeider i utøvende enheter. Modellen innfører altså et nytt element i den horisontale samordningen mellom kommunale somatiske og psykiske hjemmetjenester. Den innfører også et kunstig skille mellom teori og praksis i yrkesutøvelsen, og vil således kunne ha konsekvenser for den enkelte profesjonelles faglighet.

I to av kommunene i dette materialet er det altså etablert forvaltningsenhet, mens to andre vurderer det. Enhet for psykisk helsearbeid i kommune A oppfatter ikke at eksistensen av en forvaltningsenhet fungerer godt for deres brukere. I enheten for psykisk helsearbeid var de usikre på vurderingene om hvor ansvaret for å gi tjenester skulle ligge som ble gjort i forvaltningsenheten. De mente de fikk brukere

som egentlig burde gått til enhet for hjemmetjenester, og gikk derfor i tett dialog med forvaltningsenheten om utmåling av tjenesten. I kommune B hadde de lang erfaring med bruk av forvaltningstjeneste, og med unntak av at den på intervjutidspunktet skapte kø av brukere som var på vei inn i det kommunale systemet, ble enheten oppfattet som positiv. Forskjellen på disse to kommunenes enheter er at kommune A har en vernepleier og en sykepleier i forvaltningsenheten, mens kommune B i tillegg har en psykiatrisk sykepleier. Psykisk helsetjeneste kan dermed oppfatte seg som bedre ivaretatt av forvaltningsenheten i kommune B. De har tillit til vurderingene som gjøres av hvilken enhet som bør yte tjenesten, samt at grensene mellom profesjonelle arbeidsoppgaver kan oppfattes som mindre markante.

3.5 Oppsummering

Alle kommunene oppfatter at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har endret seg til det bedre siden 2003/2004. Kommunene er invitert til samarbeid og det oppfattes som positivt. Hva som er innholdet i samarbeidet viser seg å variere, det gjør også oppfatningen de profesjonelle yrkesutøvere i kommunenes enhet for psykisk helsearbeid har om innholdet. Samarbeidet garanterer fortsatt ikke at profesjonelle yrkesutøvere i kommunene får informasjon de anser som tilstrekkelig for å utmåle kommunale tiltak for brukere.

Usikkerheten i relasjonen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan slå både positivt og negativt ut for brukeres medvirkning på kommunalt nivå. Det kan slå positivt ut fordi lite informasjon fra spesialisthelsetjenesten gir kommunalt ansatte profesjonelle yrkesutøvere mer kontroll over de arbeidsoppgavene de skal gjennomføre for brukerne. De må gjennomføre det meste av kartleggingsarbeidet angående tjenestene kommunene skal yte, samt at de må gjennomføre analysen og fatte de nødvendige beslutninger om tiltak som skal iverksettes. Det kan slå negativt ut fordi beslutningene fattes uten den støtten informasjonen fra spesialisthelsetjenesten representerer. Informasjon som dreier seg om medisinske aspekter ved det individuelle sykdomsbildet er mest etterspurt fordi den brukes som input i kommunale beslutninger. Når slik informasjon mangler, må brukere gå ekstra runder i det kommunale systemet. Dette knytter kommunalt ansatte profesjonelles oppmerksomhet opp mot arbeidsoppgaver som allerede er gjennomført i spesialisthelsetjenesten. De vertikale relasjonene kommunenes enheter for psykisk helsearbeid inngår i oppfattes altså ikke som optimale.

Oppfatninger om det horisontale samarbeidet med andre kommunale enheter ser også ut til å ha endret seg til det bedre i årene mellom 2003/2004 og 2006. Oppfatningene ser likevel ut til å variere med type enhet det samarbeides med, og enhet for hjemmetjenester får dårligst skussmål fra ansatte i psykisk helsearbeid. Samarbeidet med de legene som engasjerer seg oppfattes som bra. Profesjonelle medarbeidere i psykisk helsearbeid oppfatter at det varierer om leger er interessert. Det kommer fram at det kan være vanskelig å samarbeide med sosialkontoret som har en viktig rolle for helheten i brukeres tjenester. Både leger og sosialkontoret oppfattes av en informant som ikke å ta brukere alvorlig uten at brukerne har med en representant fra psykisk helsearbeid til sine avtaler. På samme måte som for trygd og a-etat kan dette være avhengig av den kompetansen samarbeidende enechter har om psykiske lidelser.

Intervjuene som ble gjennomført i 2003/2004 viste altså at kommunene reorganiserte i stor grad. Også i 2006 er mange av de sju kommunene midt i, eller har nettopp gjennomført, organisasjonsendringer. Det observeres både endringer fra en hierarkisk sektor- eller etatsmodell til flat struktur, og endringer som modifiserer den flate strukturen og gjeninnfører elementer fra sektormodellen. Trekkene ved endringen mot flat struktur er at fagenhetene får delegert ansvaret for budsjett, personal og fag der dette tidligere lå til større avdelinger av typen helse- og sosialavdeling. Delegering av ansvar til enhetene har konsekvenser for samordning og samarbeid fordi fora der dette ble ivaretatt forsvinner uten at det etableres nye. Det har konsekvenser også fordi omorganiseringen i seg selv fokuserer økonomistyring i en vertikal relasjon mellom de ulike enhetene og kommunens sentralnivå. NOU 2005:3 påpeker at kommunene selv har ansvar for å organisere seg hensiktsmessig for å løse sine lovpålagte oppgaver (NOU 2005:3:81). Samtidig ser vi at særlovene som regulerer de kommunale tjenestene pålegger kommunen og tjenestene å legge til rette for at samordning og koordinering kan finne sted, og personellet til å samarbeide.

Det er nettopp koordinering og samarbeid som blir vanskelig i kommuner med flat struktur, og vanskene kan se ut til å øke hvis det etableres forvaltningsenhet. Rommet for koordinering, som en kommunal helse- og sosialavdeling eller sektor etablerer fordi det er en felles ledelse, faller bort. Samtidig utvikler det seg enhetsegoisme. Det vil si at de utøvende enhetene lukker seg tett om sine brukere og sitt budsjett, og det kan se ut til at både organisatoriske og økonomiske insentiver til å samarbeide er falt bort. Dette medfører også at enheter kaster av seg oppgaver som psykisk helsetjeneste må ta over. Eksempler er fordeling av støttekontakt til egne brukere, samt

alt av hjemmetjenester, også de som kunne vært en del av den somatiske hjemmetjenesten. Profesjonelle yrkesutøvere i psykisk helsearbeid mener dette forringer kvaliteten på de tjenestene de tilbyr sine brukere.

I de tilfellene flat struktur medfører enhetsegoisme får profesjonelle yrkesutøvere i det psykiske helsearbeidet også kontroll med flere arbeidsoppgaver som angår enhetens brukere. Som for det vertikale samarbeidet kan det innebære at brukere kan medvirke mer fordi profesjonelle yrkesutøvere de får en relasjon til, kan gjennomføre mer kartlegging og analyse, samt fatte flere beslutninger angående tjenester brukere skal ha tilgang til. Den negative siden ved dette er at samarbeid mellom etater vanskeliggjøres. Profesjonelle yrkesutøvere knytter sin ressursbruk opp mot organisering og tilrettelegging for samarbeid heller enn mot relasjonen med brukere.

4 Profesjonelle yrkesutøveres arbeidsoppgaver og brukeres medvirkning på individnivå

4.1 Innledning

Dette kapittelet skal presentere og diskutere innholdet i den individuelle brukermedvirkningen, den som foregår i relasjonen mellom enkelte brukere og yrkesutøvere på kommunalt nivå. Observasjoner som gjøres av medvirkningen på individnivå er at den gjennomføres på tilsvarende måte i 2006 som den ble gjennomført i 2003/2004. Det vil si at hvordan den gjennomføres og i hvilke oppgaver brukere involveres er de samme som for to år siden. Observerte endringer er det imidlertid i intensitet og hyppighet, særlig angående dagsentervirksomheten.

Kommunene får i stor grad sine brukere fra spesialisthelsetjenesten, som er sykehus og DPS, og fra leger. Dette er brukere der det, i en del tilfeller, er fattet beslutning om vilkår for og tildeling av tjenester før de kommer til den kommunale tjenesten. Individuell medvirkning på kommunalt nivå skal derfor ideelt ikke dreie seg om medvirkning i beslutning om vilkår for og tildeling av tjenester. Samtidig ser vi at brukere overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene uten at kommunene får den informasjonen de oppfatter er nødvendig for å utmåle tiltak. Brukere må derfor ofte gå ekstra runder i det kommunale systemet.

I kommunene skal det altså ideelt fattes beslutning om utmåling av tjenestene, altså hvilke kommunale tiltak brukere skal få tilgang til, samt hvor mye de skal få tilgang til, og når de skal få det. Også for å fatte denne typen beslutninger må det gjennomføres datainnsamling, analyse, fattes beslutning og evaluere virkningene av tjenestene. Profesjonelt ansatte i kommunene kan altså potensielt ha kontroll over

de subjektive kjennetegnene ved yrkesutøvelsen og brukere kan derfor medvirke i utmålingen av den kommunale tjenesten.

Formuleringene som er valgt i helsepersonelloven gir fag og profesjonalitet stor betydning, fordi hva som er faglig forsvarlig knyttes sterkt til den enkelte tjenesteyter og yrkesgruppens etiske retningslinjer. Samtidig vektlegges det som kalles situasjonen for øvrig som blant annet henviser til organisatoriske og økonomiske rammebetingelsene som kommuner og foretak utøver sitt arbeid innenfor. Omorganisering innebærer, som vist i kapittel tre, at situasjonen for øvrig er i stadig endring og krever at profesjonelle yrkesutøvere tilpasser seg til stadig nye organisatoriske og økonomiske betingelser.

4.2 Beslutning om inntak av brukere i kommunalt psykisk helsearbeid

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og legene medfører at enhetene for kommunalt psykisk helsearbeid oppfatter seg som grenseløse. Vike (2004) peker på at kommunene har få muligheter til å avgrense seg mot ansvar og oppgaver på samme måte som andre administrative nivåer. Kommunene må ta inn alle brukere som henvises, de kan ikke sette noe tak på antallet brukere de skal ta inn. Derfor arbeider mange kommuner med hvordan de skal ordne prosedyrer for vedtak. Dette observeres å være mer markant i 2006 enn det var i 2004. Enhetene for psykisk helsearbeid har fått flere brukere, og både profesjonelle medarbeidere og ledere av enheter for psykisk helsearbeid oppfatter i større grad at de må prioritere mellom brukere i 2006 enn de gjorde i 2004.

Kommune D, som vi har sett over, etablerte en henvisningsordning. Det medfører at både spesialisthelsetjenesten og leger i kommunen må begrunne hvorfor brukere skal ha tjenester fra psykisk helsearbeid:

Brukere kommer som regel fra andrelinjen eller primærlegen. De kommer hit til min enhet og vi har inntaksmøte hver andre uke. Da vurderer vi om vi skal ta inn brukere, om henvisningen er god nok. I inntaksgruppen sitter det en representant fra ambulerende team, de vil si en psykiatrisk sykepleier eller en sosionom (27.09.06. leder).

I kommune B omtales henvisningene fra spesialisthelsetjenesten som bestillinger og de blir oppfattet som utgangspunkt for det arbeidet

kommunene skal gjøre for brukere. Bestillingene spesialisthelse-tjenesten gjør til kommunen sendes koordineringsavdelingen som gjennomfører den første kartleggingen av brukeres behov. Derfra går sakene til bestillerenheten.

I kommunen er det bare en adresse, alle ringer hit (til koordineringsenheten) angående brukere herfra. Aktuelle enheter blir invitert hit for å fatte vedtak. Men det er egentlig slik at vi fatter ikke vedtak, men vi samordner slik at enhetene kan fatte vedtak. Informasjon fra møtene sendes enhetene, som kjenner brukerne og kartlegger en del selv” (17.02.06. ansatt koordinerings-enheten).

Det er kommet flere tyngre saker til bestillerenheten, også fra DPS, som nå er fullt bemannet. Det produserer saker for bestillerenheten. Bestillingene som gjøres kan deles i to: De som munner ut i et vedtak om støttesamtaler og som skal vurderes grundig i samarbeid med tjenesteutøvere. Dernest de mer detaljerte bestillingene, som likevel ofte er enklere. De kan omfatte samarbeid med andre etater, for eksempel dagsenteret eller hjemmetjenesten” (13.12.05. ansatt i forvaltnings-enheten).

Bestillingsterminologien er på veg inn også i kommune A, men profesjonelle yrkesutøvere i kommunen var opptatt av at henvisningene var for romslige og at de ikke ga konkrete holdepunkter for hvordan tjenesten kommunen var forpliktet til å gi skulle utmåles. Dette var også opptakten til en konflikt mellom enhet for psykisk helsearbeid og forvaltningsenheten som har ansvaret for å fatte vedtaket.

Kommunen har en plikt til å ta alle. Den er grenseløs. Vi savner noen grenser. Vår sjef må hjelpe oss til å dra de grensene, til å framstå sikre i slike spørsmål. Det er slitsomt, det blir konflikter av det. Vår arbeidsdag er travel og heftig. Problemstillinger av den typen vil vi ikke ha. Det tapper oss i hverdagen (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Henvendelsene vi får er ofte lange og beskrivende, men det går ikke alltid fram at det dreier seg om nødvendig helsehjelp. Vi kan la vedtak gå ut slik at vi kan ta inn nye. Vi har også diskutert inntaksstopp. Det må være noen som tar ansvaret for at vi ikke tar på oss alt. Vår

faglige basis og helselovgivningen bør sammen lede til at vi kan ha en god praksis (23.05.06. sykepleier).

Også i kommune C mente profesjonelle yrkesutøvere de fikk for dårlige anvisninger på hvordan tiltak skulle utmåles, og på samme måte som i A var de begynt å stille spørsmål ved hva som skulle kunne kalles nødvendig helsehjelp slik det er nedfelt i kommunehelseloven.

Det er ikke tak hos oss, vi må ta alle. Hva som er nødvendig helsehjelp kan være vanskelig å definere og vi sliter med det. Vi forholder oss til flere lover og gir tjenester etter både sosiallov og kommunehelselov. På den ene siden gir vi praktisk bistand til våre brukere, det gir vi til brukere med depresjon og angst. Men når det ikke er så klart, hva gjør vi da? Hvordan skal vi hjemle det i lovverket? Jeg mener vi må være klare på hva dette skal være. Det må vi arbeide med. Det er jo noen som må sjekke hva som er folks behov, og vi må forankre det bedre i lover. Vi må være bevisste på at vi gir tiltak i forhold til helsetjenesteloven (06.12.06. sykepleier).

De minste kommunene i materialet ser ut til å utmåle sine tiltak i tettere samarbeid med legene enn hva de store kommunene gjør.

4.3 Datainnsamling

Datainnsamling er kartlegging av brukeres problemer og muligheter. Fordi brukere i langt de fleste tilfeller blir henvist til kommunal psykisk helsetjeneste fra spesialisthelsetjenesten eller fra lege, er det i mange tilfeller gjort en grundig kartlegging av hva deres problemer består av. Det er også tatt en beslutning om at tiltaket brukere er i behov av, kan de motta i det kommunale psykiske helsearbeidet. For profesjonelle yrkesutøvere i psykisk helsearbeid innebærer det at diagnose og sykdomstilstand skal være ferdig utredet. Ideelt skal deres oppgave være å kartlegge hvilke deler av den kommunale psykiske helsetjenesten brukere kan nyttiggjøre seg og utmåle tjenesten.

Kartleggingen av hvilke deler av den psykiske helsetjenesten brukere kan nyttiggjøre seg gjennomføres i stor grad på samme måte i ulike kommuner. Den gjennomføres ved å ha samtaler med brukere. Profesjonelle medarbeidere kan dra hjem til brukere eller brukere kan komme til kontoret i enhet for psykisk helsearbeid. Slik profesjonelle medarbeidere i kommunene vektlegger det, er poenget at med-

arbeideren og brukeren i fellesskap skal finne ut hva brukeren har behov for av tiltak, hvor mye og hvor ofte. I 2004 ble det omtalt på denne måten:

Som hjelper må en først spørre seg hva de trenger hjelp til og hvordan de trenger den. Jeg spør om brukerne er i stand til å redegjøre for det, det er de ikke alltid. Det er ikke så viktig, fordi det er spørsmålet jeg skal stille til meg selv: hva vil de ha hjelp til? Hva ser jeg som fagperson at de trenger? Som oppstart er det viktige spørsmål å stille (01.04.04, sykepleier).

Det var tilsvarende holdninger i andre kommuners psykiske helse-tjeneste:

Psykiatritjenesten tilpasser tilbudene til den etter-spørselen det er fra brukerne. Noen ganger har brukerne eksplisitte ønsker, andre brukere er for nevrotiske til å ha ønsker, de har angst etc. mange er veldig syke, de dårligste vil ikke ha kontakt. Da må det snakkes om (27.10.03, sykepleier).

Holdningene og oppfatningene av hvordan brukere involveres og kan medvirke i kartleggingen har ikke endret seg nevneverdig:

Vi finner at det ligger i jobben. Det ville ikke vært mulig å gjennomføre denne jobben hvis ikke brukere fikk medvirke. Vi spør alle hva de ønsker og hva de mener, hvilke valg de kunne tenke seg å gjøre etc. Vi tar dem med på de beslutningene vi fatter fra dag en (24.05.06, sykepleier).

De henvises som oftest fra legekantoret. Vi kan kalle det en bestilling på tjenester fra oss. Jeg sier da til brukerne at vi har fått et skriv fra legekantoret, men så spør jeg hva de vil selv. Det er ikke alltid det er samsvar mellom det legen mener og det pasienten selv vil. Etter 14 dager kaller vi brukeren inn til en time. Da blir vi kjent, vi går gjennom vårt tilbud og finner fram til aktuelle tilbud for pasienten. Så finner vi ut hvor hyppig vi skal ha kontakt (02.06.06, sykepleier).

Det dreier seg om individuell tilpasning. Jeg skal bli kjent med brukeren, jeg skal kartlegge behov og ønsker. Vi kaller inn til 1. gangs samtale. Da spør vi hvordan ting

har vært, og hvordan de ønsker at det skal bli. Dette samtaler vi om (06.12.06, sosionom).

Det tyder altså på at profesjonelle yrkesutøvere involverer brukere i kartleggingen av behov og at dette ikke er nytt siden 2004. Helsepersonell er avhengig av å samtale med brukere for å gjennomføre kartleggingen. Trolig er involvering i kartlegging et minimum av brukermedvirkning som er nødvendig for å finne fram til egnete tjenestetilbud. Det uttrykkes tydelig i det første sitatet fra 2006 som er gjengitt over.

4.4 Analyse

Analysen er de profesjonelles vurdering av hvilke tjenester som skal tilbys i henhold til kartleggingen som gjennomføres. Til dels gjennomfører de profesjonelle yrkesutøverne i kommunalt psykisk helsearbeid selv denne analysen og i analysen er det rom for det tvetydige ved, eller for motsetningene i brukermedvirkningen:

Fagligheten min ligger i å vurdere hva de trenger hjelp til. Jeg spør meg også om vi er samstemte, det kan være en del justeringsarbeide som skal gjøres. Hvis det er forskjell pleier jeg å være eksplisitt på hva mitt syn er. Jeg sier hva mitt syn er, hva jeg synes bør gjøres. I den åpne omsorgen er det brukerne som bestemmer og jeg gir faglige begrunnelser for hva som er mitt syn. Det har ikke hendt at brukere ikke vil være med på det som er mitt forslag (01.04.04. sykepleier).

Vi må være obs på at det er vi som skal ha styring, vi kan ikke gi den fra oss. Brukere trenger noen som tar styring, det er viktig at brukere ikke forvirres. Det er likevel viktig at brukere har følelsen av å være med å bestemme. Som regel går det bra, noen ganger må vi skjære gjennom (04.02.04. sykepleier).

I 2006 har mange profesjonelle yrkesutøvere fortsatt denne holdningen. På den ene siden skal brukere være delaktige i å bestemme hvilke tiltak de skal tilbys og hvordan de skal utmåles. Andre ganger vurderer de profesjonelle yrkesutøverne det slik at det brukerne selv vil, ikke er det optimale for dem:

Når vi hører ordet brukermedvirkning tenker vi først at brukerne skal velge, det er en automatisk tanke at den enkelte skal ha full bestemmelsesrett. Dette må vi

problematisere. Vi må bruke mild tvang og overtalelse kan være nødvendig (23.05.06, sykepleier).

Det ligger i jobben. Men selvfølgelig tar vi også avgjørelser (24.05.06, sykepleier).

Jeg mener at man ikke har respekt for brukere, hvis man ikke ser deres grenser for hva de kan gjøre selv. Vi må for eksempel kunne avgrense maniske. Vi må også gripe inn fordi brukere kan miste oversikt over livet sitt (01.06.06 sykepleier).

Vi forsøker å få det til slik at brukere er delaktige i eget tilbud. Noen ganger er det slik at vi er sikre på hva de trenger, da må vi overtale og motivere dem (06.12.06. sykepleier).

Disse sitatene viser til at brukeres medvirkning kobles til at de profesjonelle medarbeidere motiverer dem i bestemte situasjoner. Det er de situasjonene der medarbeiderne har andre meninger enn brukere om hvilke tiltak som skal tildeles og hvordan de skal utmåles. Å motivere brukere ser ut til å være en del av arbeidet som må gjennomføres for at analysene av hva brukere har behov for skal lede fram til utmåling av mange nok og hyppige nok tiltak.

I 2004 var det noen informanter som uttrykte at det ikke var mulig å motivere brukere over lengre perioder:

Brukermedvirkning kan innebære at brukere gjør ingenting. De må ikke ha en jobb, og de er ikke på tvungent ettervern; de kan bestemme selv. Sykepleiere må motivere og det er viktig for alt, for jobb og sosial omgang. Hvis den enkelte bruker ikke vil, er det ikke tjenestens ansvar. De må selv definere sin livskvalitet (27.10.03, sykepleier).

Frihet for brukere er ikke alltid heldig". Tvang kan man ikke ønske å bruke.... Men det tvungne ettervernet man hadde før, det er det mulig å ønske seg tilbake (28.10.03, sykepleier).

Denne holdningen er ikke like markant i 2006. Som tittelen på rapporten viser, reflekteres det over at det finnes brukere som ikke tar i mot tilbudene de får. I motsetning til i 2004 stiller profesjonelle yrkesutøvere som opplever dette, spørsmål ved hvordan slike situasjoner kan løses. Profesjonelle yrkesutøvere gir uttrykk for at når

brukere ikke vil ha tjenester oppleves det som motsetninger i yrkesutøvelsen, men at det likevel kan finnes løsninger.

For min del tenker jeg gjennom hva målsettingen med samarbeidet skal være, hva brukere vil jobbe med. Vi springer ikke etter pasientene. De dropper gjerne ut, jeg tror de noen ganger glemmer bevisst. Da sier jeg at de er velkommen til å ta kontakt. Jeg lar det være litt opp til vedkommende. Er de veldig syke følger vi ekstra godt med. For andres vedkommende følger vi dem ikke så tett. Vi har ett eksempel med en pasient som er gitt gode muligheter her hos oss. Men vedkommende vil ikke. Da er det lite vi kan gjøre. Jeg tenker at vi må akseptere andres måter å leve på. Det tar tid å venne seg til at folk har valgfrihet. Samtidig er det noen som ikke våger, det er en helt annen situasjon (02.06.06. sykepleier).

Men noen ganger er det slik at man ikke når fram. Da kan det tenkes at jeg ikke er rett person. Det er mange som ikke holder avtaler. Vi er veldig disponible, men brukerne forholder seg gjerne ikke til oss. Det er brukernes valg, noen ganger nytter det ikke hva jeg vil (06.12.06. sosionom).

Noen ganger er det slik at jeg går inn overfor andre ansattes brukere, særlig hvis det står stille. Jeg kjenner brukerne. Jeg arbeider for å finne en løsning og den finner vi ofte (06.12.06. sykepleier).

Løsningene profesjonelle yrkesutøvere oppfatter at de kan ta i bruk er å skifte primærkontakt for brukere. Også mobilisering av brukeres nettverk må ses som en løsning, samt selve arbeidet med å motivere brukere til å ta i mot tiltak.

4.5 Beslutning om tiltak

Kartlegging og analyse skal lede fram til beslutning om hvilke tiltak kommunene skal sette i verk overfor brukere, hvor mye de skal ha av et tiltak og hvor ofte. I 2004 var individuelle samtaler, eller støttesamtaler, det hyppigst utmålte tiltaket. I 2006 er observasjonen at det fortsatt er det hyppigst utmålte tiltaket. I 2004 var de andre tiltakene, som støttesamtalen kunne kombineres med, tilbud om dagsenter, om bolig, individuell plan, støttekontakter og fritidstiltak. Observasjonen er at slike tiltak utmåles hyppigere for brukere i 2006,

men det varierer mellom kommuner. Dette avsnittet skal presentere observasjoner fra kommuner angående utmåling av tiltak og de mulighetene slike tiltak skaper for at brukere kan medvirke på individnivå.

4.5.1 Individuelle samtaler

Å utmåle tiltak i form av støttesamtaler er det mest brukte tiltaket. Samtalene kalles støttesamtaler og de kan gjennomføres enten hjemme hos brukere eller på kontoret i enheten for psykisk helsearbeid. Samtalens betydning, men også at den ikke alltid er løsningen, ble understreket i 2004:

Det viktigste arbeidsredskapet er meg selv. Samtalen er en viktig bestanddel, men i hvilken grad den tas i bruk er avhengig av brukere og deres behov. Dette med samtalen er litt viktig å tone ned, det er brukere som ikke har videre utbytte av det (19.02.04. sykepleier en).

Jeg er selskap for pasientene når jeg kommer på besøk. Når jeg kommer skal jeg drikke kaffe, ja være skikkelig på besøk. Brukerne ønsker jeg skal ta meg tid til samtale, de ønsker å prate (19.02.04. sykepleier to).

Ofte dreier det seg om å få hjelp til å holde ut. Hjelp til det gis gjennom støttesamtaler. Gjennom slike samtaler skal vi hjelpe pasientene til å prioritere, ordne tanker, stille spørsmål ved vrangforestillinger. De skal hjelpe brukerne til å avklare situasjonen, til å prøve deres eget utsagn. Et viktig arbeidsredskap for sykepleierne er derfor å gå inn i nå-forestillingen pasienten har. Vi skal ikke inn i vrangforestillingen, vi skal avlede det. Vi skal støtte brukeres forestilling om å komme ut. Vi skal påpeke hvilke konsekvenser det har å komme ut av vrangforestillingene”(21.10.03, sykepleier).

Sitatene viser at støttesamtalene i 2004 ble tilpasset til det som oppfattes å være brukernes behov. Det siste sitatet viser til en bevisst bruk av samtalene som terapi, mens de to andre, særlig det første, viser til at brukere ikke alltid skal ha terapi, men at samtaler likevel kan være en viktig del av tiltakene som utmåles for brukere. Sitatene viser at profesjonelleyrkesutøvere bedømmer brukeres behov, men at brukere kan medvirke ved å sette fram ønsker om samtaler. Hvis brukere anses å ha utbytte av det, utmåles samtaler en del av deres tilbud.

I 2006 er det fortsatt slik at den individuelle samtalen er et viktig arbeidsredskap.

Det er viktig at tjenesten viser forståelse for brukere, men understreke at det er vår oppgave å legge til rette for brukeres hverdag. Det gjøres i mange tilfeller best ved å gjennomføre støttesamtaler. Det gir et grunnlag for at brukere kan mestre hverdagen fordi de kan få støtte i sine daglige oppgaver (13.12.05, sykepleier).

Det var en manisk som var godt oppe i høyden. Da må vi snakke med vedkommende om opplevelsene før og under. Da kan vi legge en strategi og komme dette i forkjøpet neste gang, og vi kan komme nærmere brukeren (06.12.06. sykepleier).

Det gis her eksempler på at samtaler skal lede fram mot bedringer i brukernes dagligliv. Det første sitatet viser til en målsetting om at bedringen skal være generell for brukers hverdag. Det andre viser til at samtaler er et redskap for å komme i inngrep med spesielle sykdomssituasjoner. Samtaler er derfor å betrakte som viktige, men arbeidskrevende redskaper for profesjonelle yrkesutøvere. Skal det komme i gang samtaler må yrkesutøvere ha noe å tilby. Når de ikke skal tilby en tjeneste, som sårvask eller stell, må de i en del tilfeller by på egne erfaringer:

Det er det med vårt yrke, at vi har ikke noe mellom oss og brukerne. Det er ikke alltid klart definerte hjelper- og mottakerroller. Vi skal ikke stille et sår eller hjelpe pasienten med å vaske seg. Vi må gi av oss selv, men uten å bli private. Eksempler på det er når vi er på hjemmebesøk. Det skaper en helt spesiell setting, vi kommer nær våre brukere (06.12.06. sykepleier).

I 2003/2004 ble det påpekt at samtaler kunne gjennomføres samtidig som det ble ytt et tilbud om hjelp til vask av klær, oppvask eller støvsuging. Dette synes å være tonet ned i 2006. Å gå hjem til brukere ser ut til å være mer problemorientert i 2006. Sitatet under kan illustrere trenden:

I dag var jeg for eksempel på hjemmebesøk hos en dame som vil ta livet av seg. Hun har mann og tre barn. I dag hadde hun en dårlig dag, hun skader også seg selv. Da fikk jeg ordnet en avtale med noen venner av henne (06.12.06. sosionom).

Intervjupersonene poengterer i noe sterkere grad at brukere bør komme til kontoret og nettverksarbeid betones utover å gi tilbud om dagsenter for brukere. De synes videre å være mindre opptatt av at det er et funksjonsnivå som skal vedlikeholdes, de tar også opp at brukere skal videre.

De kan ringe meg også, utenom timen. Jeg er mest her (på kontoret). Jeg har arbeidet lenge for å komme dit med mange. Det er fortsatt mange som ikke går ut. De sitter hjemme og røyker og drikker kaffe. Det er godt for dem å komme ut, da kan de komme hit, da har de et mål. De skal fra A til B og de klarer det. De lærer også. Hvis det går dårlig går de hjem igjen. Så kan de fortelle meg om det (07.04.06. sykepleier).

Vi vil gjerne ha pasientene til kontoret. Vi kan ... gå hjem til pasienter. Problemet er da at pasientene ikke får brutt sin isolasjon. Dette er et problem og et konfliktområde (23.05.06. sykepleier).

Konflikten det vises til i siste sitat refererer til en konflikt mellom psykiatriske sykepleiere og forvaltningsavdelingen i kommune A, og dreide seg om det skulle fattes vedtak for brukere eller ikke. Konflikten er presentert i avsnitt 3.3. Ellers i dette, men også i de andre sitatene viser intervjupersonene til at individuell samtale er et viktig redskap. Det er også sykepleiere som har brukere som bare tar mot tjenesten samtale, selv om de burde hatt et utvidet tilbud. I ett intervju blir det i et oppfølgingsspørsmål spurt hvordan de greier å holde tilsyn med dem (brukere) når de ikke vil ha noen annen form for hjelp enn samtale med psykiatrisk sykepleier.

Jeg har en pasient som er syk, han har storhetsforestillinger. Han vil ikke ha hjelp. (Tilsyn) bidrar gjerne naboer til. Det går bra og framstår som en fornuftig måte å ordne det på. Vedkommende har hatt hjemmesykepleie, men takket nei til det. Vi utnytter at det er tett her, vi får nok beskjed hvis han lider overlast. Jeg er der to ganger i uken (12.10.06, sykepleier).

Her illustreres også temaet med at brukere takker nei til tiltak. Vurderingen profesjonelle yrkesutøvere gjør er at bruker har behov for hjemmetjeneste, noe bruker takker nei til. For å holde et rimelig tilsyn med vedkommende bruker spiller psykiatrisk sykepleier på naboer. Som sitatet om økende problemorientering viser til, spilles psykisk helsetjeneste også på vennenettverk brukere måtte ha.

4.5.2 Dagsenter

Dagsenter er et viktig redskap for å aktivisere brukere. Brukere aktiviseres enten fysisk eller kreativt, det lages mat, dagsenteret er utgangspunkt for nettverksarbeid, samt at det legges til rette for at brukere skal kunne medvirke i beslutninger om hvilke aktiviteter dagsentra skal tilby. Som det går fram av tabell 2.4 er det dagsenter i seks av sju kommuner. Det er de samme kommunene som har dagsenter i 2006 som hadde det i 2004.

Samlet sett er observasjonen at dagsenteraktiviteten har utviklet seg i løpet de to årene fra 2004 til 2006. Det tilbys flere aktiviteter, det er flere brukere som kan få et tilpasset tilbud, samt at det ser ut til at ordningene for medvirkning er utviklet ved et par dagsentra. I 2004 var ingen av dagsentra lavterskeltilbud i den forstand at det var åpent for alle typer brukere. De var åpne for brukere som er registrert med vedtak i enheten eller tjenesten for psykisk helsearbeid. Slik er det også fortsatt. Observasjonen i 2004 var at dagsentra var en integrert del av virksomheten psykisk helsearbeid i de kommunene der dagsenter var etablert og at de ble brukt bevisst for å aktivisere brukere. Denne observasjonen gjøres også i 2006.

Trender

I den minste kommunen, kommune G, er det dagsenter kun en dag i uken, det er også det samme som i 2004. Dagsenteret i denne kommunen fortsetter dermed en drift på minimumsnivå og det er fortsatt ikke utgangspunkt for gruppeaktiviteter som tilbys brukerne. Kommunen som ikke har etablert dagsenter, F, har startet en frivillighetssentral som også har tilbud til mennesker med psykisk lidelse. Den delen av tilbudet som er rettet spesielt mot denne gruppen er en kafé.

Det ser likevel ut til å være en trend at dagsentra som hadde gode vilkår og var godt i gang med nyanserte tilbud i 2004 har stått noe på stedet hvil. To sentra har fått en større andel brukere med rusproblematikk, noe som ser ut til å sette ett av dem, i kommune B, noe tilbake:

På grunn av brukere med rusproblematikk har miljøet endret seg noe. Vi så oss blant annet nødt til å lage noen enkle husregler. Det dreier seg om at man skal snakke med folk, ikke om dem, og at man skal være ordentlig mot andre. Det ble en periode mye negativitet, noen drev mye baksnakking. Det gikk først og fremst ut over oss ansatte, men også over brukerne. Det kunne vi ikke ha.

Vi må også låse døren til kontoret, det måtte vi ikke før. Det forsvant en større pengesum fra kassen vår (23.01.06, leder av dagsenteret).

Observasjon av dagsenteret er gjennomført ved deltakelse i måltider både i 2004 og 2006, samt at det på begge tidspunkter er gjennomført uformelle samtaler med brukere. Endringen i stemning var det mulig å observere og brukere ga også uttrykk for den ved å snakke om innbruddet på kontoret, om at det var mindre hyggelig å være tilstede ved måltider og vanskeligere å få brukere til å delta i å lage til måltider. Det var færre som ville (23.01.06, observasjon). Det siste kan ha sammenheng med at antallet måltider det var mulig å innta på dagsenteret hadde økt fra lunsj en gang i uken til hver dag, samt middag en dag:

Vi tenker at det er verdifullt at personalet gjør ting sammen med brukerne, men det er litt vanskelig for vi er for få. Vi har lunsj hver dag, brukerne er med på å lage den til. Hvis ingen melder seg, blir det ikke lunsj. Alle må ha kjøkkentjeneste. Fredag lager vi varm mat (23.01.06. leder).

Dagsenteret i kommune E hadde også et bredt tilbud til brukere i 2004, blant annet med middagsservering. Det oppstod imidlertid problem etter at enhetens bevilgninger var redusert og middagstilbudet ble kuttet ut. Begrunnelsen for dette valget var at det ble oppfattet som umulig å ta betalt fra brukere. Dette er det eneste dagsenteret som ikke opererer med at brukere betaler for mat og annet, og det ble altså gjort et valg om å skjære i tilbudet til brukere framfor å ta brukerbetaling.

Integrering av bruker med rusproblematikk ble ikke opplevd som problematisk. Kommunen hadde hele tiden hatt brukere med doble diagnoser, men dagsenteret oppfattet at det var vanskeligere å følge dem opp i 2006. Det har vært ”regimeskifte” i psykisk helsearbeid i kommunen, og det ser ut til at det slår inn i måten det tenkes omkring tilbud brukere gis:

En stund kunne vi hente vedkommende Jeg gjorde det mange ganger. Det var legen med på. Det kan vi ikke lenger. Det ble en endring med ny sykepleier. Men, så var det det, at vi hadde lite positivt å gi vedkommende. Vi har sett det en gang han ramlet ut. Den gang var det noe bra å gå til og han holdt seg unna framover. Sykepleieren sier vi må akseptere at det er mange måter å leve på. Men jeg mener at alle må være sammen med noen for å gjøre

positive ting, alle må ha noe å holde på med (02.06.06 miljøarbeider).

Over ble det vist til at spesialisthelsetjenesten og leger har store deler av ansvaret både for datainnsamling og analyse, og dermed for hvilke tiltak brukere skal få tilgang til. Samtidig ble det vist til at profesjonelle medarbeidere i kommunalt psykisk helsearbeid revurderte tiltakene legen foreskrev med begrunnelse i at det ikke er alltid legene ser hva brukere ønsker. Regimeskiftet denne kommunen opplevde slo dermed ut i organiseringen og utøvelsen av miljøarbeidet, som dagsenteret er en del av:

Leger har ikke kunnskap om miljøarbeid, derfor henviser de ikke brukere hit. Dette er et åpent felt for dem. Vi tenker at behandling for mange består av miljøarbeid, terapeutiske samtaler og medisiner. Vi mener jo at miljøarbeid er det viktigste, mens legene mener at medisiner er viktigst” (02.06.06, miljøarbeider).

I kommune C var det gjennomført en større intern reorganisering i enheten for psykisk helsearbeid og lederen for dagsenteret hadde fått større ansvar. På tidspunktet for siste intervjurunde var vedkommende sykemeldt og lederansvaret overlatt en vernepleier med arbeids erfaring i hovedsak fra bolig. Dette hadde medført at dagsentervirksomheten ikke ble fulgt opp på samme måte som i 2004. Det ble påpekt at dette var en overgangsfase. Kommunen hadde også fått aksentuert rusproblematikken, men brukere med rusdiagnose viste liten interesse for dagsenteret.

Brukeres medvirkning i aktivitet

I 2004 var det etablert aktiviteter for ulike grupper av brukere ved dagsentra. Eksempler på grupper er damer mellom 30 og 50 år som brukte huset om tirsdager, yngre menn med schizofrenidiagnose som bruker det på onsdager, eller en lukket gruppe godt voksne med schizofreni på torsdager (Helgesen 2004). Denne måten å bruke dagsentra på har fortsatt, og er også vanlig i 2006. Tiltak for særlige grupper av brukere er i stor grad basert i en aktivitet. Dette kan være kreative aktiviteter og det kan være fysisk aktivitet. Det varierer hva lederne av dagsentra legger vekt på som sentras viktigste aktiviteter. Økt fysisk aktivitet vektlegges av en leder. Redusert fysisk aktivitet ved eget senter og samarbeid med kulturavdelingen vektlegges hos en annen. En tredje vektlegger samarbeid med andre dagsentra:

Det andre dagsenteret bruker vi mye. En fast ansatt hos oss har ansvaret for aktiviteter som knyttes dit. Vi drar dit

rent fysisk noen ganger i året. Da ser vi på de aktivitetene de har. Vi har blant annet kuttet ut våre overnattingsturer og bruker deres tilbud. Her har vi fysiske aktiviteter. Da skapes det et hensiktsmessig samarbeid. Det er kostbart å arrangere malekurs. Brukers egenandel blir på 300 kroner. Vi ønsker et tak på 500 kroner. Det andre dagsenteret bygger på det. I dag skal to av våre brukere dit på korøvelse og matkurs. Vi oppmuntrer våre brukere til å gå der, enten parallelt med at de går her, eller som en fortsettelse (06.04.06, leder).

Vi samarbeider med kulturkontoret. Det er etablert et prosjekt på kunst, kultur og psykisk helse. Da får vi tak i dem som ikke klarer andre tilbud. Vi har kurs her, bridge, maling, skriving. Skrivekurset vårt er ganske vellykket (06.04.06. leder).

Vi har noe ledig tid på huset på onsdager, den bruker vi på stille jenter. For unge brukere har vi gjerne tiltak på ettermiddagen. Ergo- og fysioterapeut jobber med å ha grupper. Dagsenteret er base. Aktivitetene er gjerne fysisk aktivitet, samt datakurs. Det treffer de unge. De kan litt, og så har de det gøy med å lære mer. Noe er i dagsentertid, og så er det oppfølging på kveldstid. Vi utvikler tilbudet hele tiden, siden det er tverrfaglig bruker vi alle innfallsvinkler (06.04.06. leder).

Det er plass til begge deler. Mange av våre brukere er ikke i stand til å benytte seg av det andre senteret, der må de være ganske selvhjulpne. Vi ser det som veldig positivt hvis noen av våre brukere er sterke nok til å benytte det andre dagsenteret. Samarbeidet med kulturkontoret er fortsatt tett. Det er et problem at det forutsetter at dagsenteret bruker ressurser også, vi har færre av dem nå. Derfor måtte vi kutte friluftsgruppen vi hadde. Vi bruker den kultur har nå (23.01.06. leder).

Det er et lavterskeltilbud. Våre brukere kan også dra dit og noen snuser litt på det. Våre brukere har faste dager her, de andre dagene kan de gå dit. Da kan de få full uke med aktiviteter. De fikk kjennskap til det via brev (27.09.06. leder og aktivitør).

Disse sitatene er fra kommunene A, B og D. Dermed kan det se ut til at dagsentra i større kommuner til dels samarbeider med andre sentra og med kulturavdelingen i kommunen. Samarbeid av denne typen

medfører at brukere får utvidet sitt tilbud av aktiviteter. Fysiske aktiviteter legger alle sentra vekt på at brukere skal ha tilgang til. Ett dagsenter hadde lagt ned sin friluftsgruppe og lot sine brukere delta på kulturkontoret sin gruppe. Det er kommune B og det var her fysisk aktivitet ble lagt minst vekt på av de større kommunene. Kommune A tilbød for eksempel sine brukere både sykkelgruppe, fotballgruppe, svømming, bowling og volleyball:

Vi har aktiviteter brukere kan melde seg på. Her har vi morgentrim. Vi bruker bassenget på, og vi bowler. Vi leaser en buss som ergoterapeuten har ansvaret for å kjøre. Sykkelgruppen har fire sykler, de har også aktiviteter på sparket. Nå er det en miljøarbeider som har ansvaret for dette. De andre har fotball, det går også bra, der er det stor aktivitet. Ergoterapeuten får tak i de unge, de går ofte ikke her. Derfor har vi også startet volleyball” (06.04.06. leder).

Kommune D har utvidet tilbudet som gis via dagsenteret betraktelig:

Den gang (i 2004) hadde vi bare en stavgangsgruppe. Den forfalt. Det viste seg at det var interesse for å dra til svømmehallen og vi begynte med det. ... Vi involverte primærkontaktene i dette slik at brukere som ikke går her også kan være med å svømme. Det ble en nettverksgruppe. Det gikk ut et brev til alle brukere av tjenesten psykisk helsearbeid, så var det opp til brukerne selv å bestemme om de ville være med. Så har vi fått flere sykler (27.09.06. leder og aktivitør).

Nå skal vi for eksempel til Hadeland Glassverk og IKEA. Det ble også tatt opp separat at rekkefølgen på de turene burde byttes på grunn av salg på glassverket. Andre saker vi har tatt opp er mobilbruk (27.08.06. leder og aktivitør).

De fleste dagsentra tilbyr individuelle opplegg for sine brukere. Det er opplegg som dreier seg om aktivitet av kreativ eller fysisk karakter. I kommune E vurderte en av sykepleierne tilbudet dagsenteret ga på denne måten:

På dagsenteret er de gode på individuelle opplegg. Hvilke tilbud vi har der oppe varierer med hensyn på antallet brukere. Det er i bruk hver dag, med aktiviteter for alt fra to til seks/sju brukere. I dag skal vi ha skogsguppe. Da ryddes det i et skogsfelt. Tirsdagsgruppen planlegges fra gang til gang. De går turer eller det lages mat, ser

filmer og diskuterer. Den gruppen er i stor grad sosial trening og det er forskjellige brukere som er med. Det er egentlig vanskelig å lage grupper ut fra det brukergrunnet vi har, det er for lite (02.06.06. sykepleier).

Det er altså ganske mye fysisk aktivitet tilknyttet dagsenteret. For kommune C var det skogsgruppe, turgruppe og svømmegruppe i gang i 2004, det ble påpekt av enhetens leder at de fleste tiltak var i gang også i 2006 (06.12.06. enhetsleder). Kommune G hadde dagsenter en dag i uken, og det var en gruppe som dro til nabokommunen for å svømme:

Vi mener det er viktig å tilby et dagsenter. Da det er små forhold her er det en del som vegrer seg for å ta det i bruk. De føler det er stigmatiserende og mange har ikke lyst. Samtidig er det jo en del som har sine venner og jeg tror ikke behovet er så stort. Til høsten åpner kommunen bassenget sitt og da tror jeg vi får flere til å være med på badingen. Vi skal fortsette å dra til nabokommunen for å spise pizza, det er kjekt (24.05.06. sykepleier).

Ut over dette ble dagsenterets aktiviteter betegnet som håndverksmessig, det ble reist en del på tur og det var et tilbud om middag. Det viktigste med dagsenteret ble oppfattet å være å legge til rette for at brukere kan treffes (24.05.06. sykepleier). Det ble altså sett på som et nettverkstiltak.

I kommuner der det er etablert dagsenter ser det altså ut til at brukere får en meny av aktiviteter å velge mellom, som spenner fra enkle kreative aktiviteter til ganske anstrengende fysisk aktivitet, samt aktiviteter som tar brukere ut av dagsenteret. Bak aktiviseringen ligger det en idé om at den skal ha overføringsverdi til brukernes private liv. Tanken er at det brukere gjør i tilknytning til dagsenteret, å gå i skogen og plukke bær og koke dem til syltetøy etterpå, lage mat eller dra på IKEA, eller spise pizza, inngår aktiviteten i en prosess der brukere skal lære. De skal dermed lære å mestre dagliglivets aktiviteter og om mulig bli i stand til å gjennomføre dem selv, det vil si overføre dem til eget dagligliv. Disse formene for aktivitet gir brukerne et bedre liv, men de er terapeutiske og en del av brukeres tilfriskning.

Brukeres medvirkning i styring

Brukeres medvirkning i styring av dagsenteret kan også ha overføringsverdi, men er også deltakelse som gir brukere noe innflytelse over utformingen av tiltaket dagsenter. Også denne formen for

medvirkning har endret seg fra 2004. I 2004 var allmøter det viktigste redskapet for medvirkning, det var ikke alle dagsenter som hadde allmøte og de ble avholdt forholdsvis sjeldent. I 2006 ser det ut til at allmøtene er omgjort til husmøter og at de avholdes hyppigere enn i 2004:

Husmøte for eksempel, det har vi oftere nå. Det har endret seg fra hver andre måned til en gang i uken. Det er mandager vi har det nå. Det settes opp en agenda på forhånd. Vi diskuterer hva vi skal ta opp, brukerne kommer med innspill og ønsker som ligger til grunn, og vi har alltid eventuelt. På møtene gis det også informasjon fra dagsenteret. Det skrives alltid referat, det ønsker vi at brukere kan gjøre. Men det er sjelden at noen vil, så det tar personalet som regel. Brukere vil heller ikke lede møtene, det er ingen av dem som føler seg så oppegående. Likevel deltar de aktivt på møtene (23.01.06. leder).

....brukermedvirkning gjennomfører vi uten å tenke oss om. Den kommer inn i planleggingen av aktiviteter som vi gjennomfører på allmøtene vi har en gang per måned. Da er det brukerne som skriver referat. Vi diskuterer også deres ønsker. Vi gjennomførte en brukerundersøkelse i 2004 om hvilke aktiviteter brukere ønsket å ha. Ut fra resultatet bestemte vi oss for å utvikle tjenesten (27.09.06. leder og aktivtør).

Vi har allmøter, det har forresten vært noe utvikling. I 2005 laget vi en allmøtekomité. Den består av fire brukere og to fra personalet. Komiteen forbereder og gjennomfører allmøtene. Brukere prøvde seg som allmøteledere og referenter, men vi tok over. Vi foreslo at en fra brukerne og en fra personalet stod for disse oppgavene, at de arbeidet ved siden av hverandre. Komiteen varer et halvt år, det blir tre allmøter på hver komité. Brukere kan da velge om de vil ut av komiteen, det gjør de i liten grad. Også har vi tellekorps. Brukere generelt kan levere inn forslag eller ta opp saker. Vi arbeider med ulike måter å lage referat på. Sist var det en ansatt som tok notater og en bruker som skrev det ut. Dette er under utvikling” (06.04.06. leder).

Brukeres deltakelse i å fatte beslutning om dagsentras aktiviteter ser ut til å stå noe sterkere i 2006 enn i 2004. Den gang framstod deltakelsen

i større grad som personalstyrt, nå ser det ut til at rutiner etc. for hvordan brukere involveres har etablert seg og er videreutviklet.

Kommune E hadde etablert et særegent forum for brukermedvirkning. Inspirert av hvordan debattmøter gjennomføres kunne både brukere av psykisk helsetjeneste, men også andre innbyggere i kommunen, delta på lunsj ved dagsenteret. Lunsjene ble avholdt med jevne mellomrom og det var mulighet til å holde innlegg eller delta i debatt etter andres innlegg. Ordningen ble etablert ut fra en tanke om at det ikke alltid var de psykisk syke som skulle ut i samfunnet, det er også mulig å invitere andre medlemmer i samfunnet inn, i for eksempel dagsenteret, der psykisk syke er i flertall. Det bidrar til å ufarliggjøre.

I 2004 var dette en levende institusjon i kommunen, vanlige innbyggere og ansatte i kommunal virksomhet deltok i lunsjmøtene. I 2006 var den gått i dvale:

.... gikk skeisen. Det ble for arbeidskrevende for dem som deltok. Det ble alt for mye forarbeid for dem som skulle innlede. Det ble også slik etter hvert at vi måtte ut og finne innledere. Vi skal ta det opp igjen. Da skal vi bruke våre brukere og det skal være impulsivt (02.06.06. miljøarbeider).

Tiltaket som var etablert har det vært stor interesse for i andre kommuner og på fylkesnivå, det viste seg altså som litt for tungt å drive i lengden.

Også medvirkning i styring har overføringsverdi fordi brukere lærer alminnelige demokratiske spilleregler. De lærer hvordan beslutninger fattes i fellesskap og hvordan diskusjoner kan foregå. Denne medvirkningen har dermed også et terapeutisk siktemål. Samtidig går den ut over det terapeutiske og overfører myndighet, om enn over en meget snever del av tiltakene knyttet til egne tjenester.

4.5.3 Bolig

I 2004 ble det tilbudt boliger i alle kommunene. I fem av dem, kommunene A, B, C, D og E, var det bygget spesialtilpassede boliger for denne gruppen brukere. I 2006 har to av kommunene utvidet sitt boligtilbud, A og C. To av kommunene har etablert tilbud om spesialtilpassede boliger, F og G. Tre av kommunene har planer for ytterligere utbygging av boliger, det er kommunene A, B og C, altså de tre største kommunene i materialet. Disse kommunene har også tilbud om ulike typer boliger, fra bokollektiv med base for

personale til boliger plassert i den ordinære kommunale boligmassen der brukere kan bo uten spesielt tilsyn (06.01.06. konsulent, 06.04.06. konsulent, 24.05.06. administrasjonssjef, 27.09.06. leder, 12.10.06. sykepleier, 06.12.06. leder).

Kommunene har utviklet, eller arbeider med å utvikle inntaksprosedyrer og inntaksteam for sine boliger. Det varierer i hvilken grad det poengteres at det har vært brukermedvirkning i planlegging av boliger. To kommuner, A og C, påpeker at de har utviklet prosedyrer for brukeres medvirkning (06.04.06. konsulent, 07.12.06. representant teknisk avdeling).

4.5.4 Individuell plan

En sentral observasjon i undersøkelsen er at individuell plan har blitt det viktigste redskapet for brukeres medvirkning på individnivå og at ansvarsgrupper ser ut til å være de profesjonelles redskap for å få på plass den individuelle planen. Alle kommunene, med unntak for kommune B, har bedret sine rutiner for utarbeidelse av individuell plan i årene fra 2004 til 2006. Arbeidet med individuelle planer er avhengig av hvordan stemningen for horisontalt samarbeid i kommunene er, men også for vertikalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette ble tatt opp i avsnittene 3.2 og 3.3. Dette avsnittet tar opp beslutninger om og holdninger til arbeidet med planen.

Forskrift for individuell plan slår i sin § 4 fast at individuell plan er en rettighet brukere har. § 5 slår fast at individuell plan ikke skal utarbeides uten tjenestemottakers samtykke. § 6 plasserer ansvaret for å utarbeide individuelle planer for brukerne hos helseforetakene og kommunenes helse- og sosialtjeneste, og den peker på hvilke lover som hjemler individuell plan. § 7 omhandler innholdet i planen og ledd e sier at planene skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle, omfanget av dem, samt over hvem som skal ha ansvaret for de aktuelle tiltakene. Den individuelle planen plasserer altså et ansvar og det framheves som planens viktigste egenskap i 2006.

I 2004 var det en blandet holdning til individuell plan hos informantene.

Individuell plan er et godt redskap for brukermedvirkning. Det er brukere som har spurt etter det. Den individuelle planen er et godt redskap fordi den går rett på og ansvarliggjør samarbeidspartnere. Leger, DPS, sosialkontor, på enheten har man en koordineringsrolle.

.... Arbeidet med individuell plan er enda ikke satt i system i kommunen, vi har planlagt et internkurs i løpet av november (10.11.03).

Jeg er ikke positivt innstilt til individuell plan, det blir ofte en behandlingsplan som ikke tar opp brukeres ønsker og fokus (27.10.03.nr.1).

Vi arbeider ikke med individuelle planer, det er vi dårlige på. Jeg arbeider med plan for en bruker fordi det kreves i relasjonen med DPS. Slike ting er det ingen som tar tak i, i kommunen. Jeg plasserer det i mangelen på organisasjon (19.02.04.nr. 1).

Når det gjelder individuell plan er det slik at mange voksne brukere ikke er interessert i å ha slike planer. Vi har andre typer planer som også fungerer koordinerende, og der vi tar opp alle sider ved de enkelte brukeres saker. Det fungerer veldig bra slik det er organisert i kommunen (04.02.04).

Individuell plan vil noen vente med. Her er det spesielt viktig at brukerne er med, det er lite hensiktsmessig at fagfolk skriver planer. Brukere må føle at det er deres plan og arbeidsredskap. De trenger tid til å se at dette er mitt, det er ok for meg. Det er viktig at de ikke sier ja til dette fordi vi foreslår. Det er deres plan. Individuell plan er kommet inn i rutiner her i kommunen (01.04.04).

Som årsaker til at kommunene var kommet kort med planarbeidet ble anført blant annet at individuell plan var arbeidskrevende, at ansvaret for å utarbeide planer ikke var forankret på ett nivå, og at det var vanskelig å få brukere til å se nytten av en individuell plan. Alt dette er fortsatt med i de kommunalt ansatte profesjonelles refleksjoner over individuell plan i 2006:

Vi har fortsatt få brukere med individuell plan.Men vi ser at vi burde hatt individuell plan for noen brukere vi arbeider med. De av våre som er i andrelinjen får plan der, det er tre av våre brukere som har det. En har vi laget selv. Brukere har med seg individuell plan. Det er det som er det riktige, at de har med seg individuell plan (fra spesialisthelsetjenesten) (24.05.06. sykepleier).

Brukere får opplysninger om individuell plan, men de må selv si fra om det er ønskelig for dem å ha en slik plan. Vi

har sett eksempler på det i kommunen, at det ikke fungerer godt. For eksempel har koordineringsavdelingen fått bestillinger på individuell plan fra andrelinjen (13.12.05. sykepleier forvaltningsavdelingen).

Vi gir info om individuell plan, det er den informasjonen som staten har laget. Vi har hatt en intensjon om å få til samordning og har også tatt i bruk individuell plan for å få det til. Men uansett hvor mye informasjon vi gir om individuelle planer er det få brukere som etterspør dem. De ser ikke hensikten. Når de får vite at rettighetene deres ligger juridisk til de enkelte enhetene og at individuell plan ikke utløser tiltak, mister de interessen. Oftest er det slik at vi arbeider med individuell plan der våre eksterne samarbeidspartnere har stilt et krav om det. Det er også problematisk fordi det er uklart hvor ansvaret for å lage individuelle planer faktisk ligger, og i andrelinjen skyver de på det. De skyver det over til oss (17.02.06. medarbeider i koordineringsavdeling).

Å oppnå samtykke fra brukere om utarbeidelse av individuell plan har vært et viktig tema på begge de undersøkte tidspunktene. Sitatene viser at det kan være mye arbeid for profesjonelle medarbeidere i kommunene å oppnå samtykke og medvirkning fra brukere angående planer. Brukere må motiveres, men det er også gjennom motiveringsprosessen at brukere forstår hva som er deres ønsker og behov, og som de kan nedfelle i en plan. Dette kan tolkes dit hen, som en av intervjupersonene gjorde, at arbeidet med individuell plan er nødvendig fordi brukere skal lære hvilke behov de har.

Jeg tenker ofte at brukermedvirkning består av to søyler. Den første er at brukerne skal være med å styre sitt tilbud. Det kan man bruke individuell plan som redskap for å få til. Men vi må hele tiden backe det opp. Det andre er at hvis brukere ikke klarer det, og jeg for eksempel vet at de ikke vil klare det. Da må vi lirke og motivere. Det blir personalstyrt brukermedvirkning. Det er her individuell plan fungerer bra. Den krever tid nettopp fordi brukere skal lære om sine behov og ønsker. Vi skal i den prosessen få brukere til å se hva de trenger. Vi skal innarbeide det hos brukerne (06.12.06. sykepleier).

Jeg arbeider som regel fram den individuelle planen. Det er noen unntak der brukerne har med individuell plan fra DPS. Det har de ikke fra sykehuset, men sykehuset har

kanskje begynt. Jeg synes det var tungt å begynne arbeidet med individuell plan. Vi fikk gjerne bare en telefon fra sykehuset og så skulle vi begynne arbeidet med planen. Men det er jo helt feil for ofte kjenner jeg ikke brukerne når de er i sykehuset. Men det er også blitt vanligere nå og vi prøver å få det til for alle brukerne i kommunen. Det er jo slik, at brukere ønsker ikke individuell plan. Den er det jeg som må ta initiativet til. Jeg arbeider mot at de skal gi sitt samtykke (12.10.06. sykepleier).

Individuell plan er viktig, den formaliserer det som er i gang. utfordringen er å forklare brukerne hva det er, hva de kan forvente. Vår jobb er å forklare. Styrken med individuell plan er at den gjør tilbudet mer effektivt, men den gir ikke brukerne rett til mer hjelp. Vi spør alle brukerne om de vil ha individuell plan. Mange mener de får nok hjelp (01.06.06. sykepleier).

I perioden har antallet brukere med individuell plan vokst i kommunene og det anses etter hvert som et godt arbeidsredskap:

... antallet brukere som har individuell plan har vokst. Individuell plan er innarbeidet og det jobber vi med. Det blir et arbeidsredskap. Individuell plan plasserer ansvar når mange enheter er inne (06.12.06. sykepleier).

Vi bruker individuell plan for å få hjelpeapparatet til å forplikte seg. Ofte er det unnfallent i forhold til ansvar. Deler av hjelpeapparatet henviser og ivaretar, andre gjør det ikke. I ansvarsgrupper setter vi navn på ansvaret. Vi ansvarliggjør deler av hjelpeapparatet overfor spesifikke funksjoner (06.12.06. sosionom).

Sitatene viser også at relasjonene og samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten ikke er avklart i spørsmålet om hvem som har ansvaret verken for å begynne på, eller utarbeide individuelle planer. Kommunene som inngår i materialet ligger i opptaksområdet til tre forskjellige helseforetak, og i alle tre ser det ut til å være uklarheter i kommunikasjonen om individuell plan. Det kan fortsatt se ut til at spesialisthelsetjenesten tillater seg å skyve på ansvaret, de forventer at det er et ansvar psykisk helsearbeid i kommunene tar. På den annen side kan noen av intervjupersonene fortelle om interesse fra spesialisthelsetjenesten for å delta i ansvarsgrupper, som også anses som å være utgangspunktet for å kunne sette i gang arbeidet med individuelle planer.

4.5.5 Støttekontakt og fritidstiltak

I to kommuner har enhet for psykisk helsearbeid også ansvaret for å fordele støttekontakter, det er kommunene A og C. Kommune C hadde dette ansvaret også i 2004, mens det for kommune A er nytt. I begge kommunene er det omorganiseringen til flat struktur og resultatenheter som anses som å være årsaken til det. I kommune A er det ingen av intervjupersonene som har ansvaret for fordelingen av støttekontakter og de har derfor ikke kjennskap til hvordan dette foregår. I kommune C har de en oppfatning om at antallet søknader om støttekontakt har økt fordi tilbudet for en del brukere er redusert:

Vi har ansvar for å tildele og det har eksplodert. Søknadene kommer fra familier som klarer seg og de kommer fra brukere som har bredt tjenestetilbud. Der har det vært en endring og de som bor der får redusert tilbud. Dermed var det flere som søkte støttekontakt (06.12.06. sosionom).

For kommune E ble det i 2004 oppgitt at støttekontakter var et tiltak de ikke var positivt innstilt til (Helgesen 2004), og i 2006 er dette et tema som berøres i liten grad. I kommune B fordeles, som det er vist i avsnitt 3.3, støttekontaktene fra kulturavdelingen:

Det er enkeltindivider som søker tjenester hos oss. Da søker de om en støttekontakttjeneste. Vi tar dem inn til en samtale. Vi vil vite hva som feiler dem, men diagnose er egentlig uinteressant. Vi er opptatt av det friske. Vi vil at de skal snakke om det som interesserer dem. Når vi spør slik opplever vi at det er det mange som ikke er i stand til. De kan snakke om sin sykdom, men ikke om hva de vil. Da spør vi hva det er som gjør dem glade, og det svaret vi da får, det bygger vi videre på (27.01.06. ansatt i kulturavdelingen).

I de resterende kommunene er det sosialkontoret som har denne oppgaven. Kommunene er små og det påpekes at de har få brukere som er aktuelle for støttekontakt (24.05.06. sykepleier, 27.09.06. leder, 12.10.06. sykepleier).

4.6 Evaluering

I evalueringsprosessen vurderes tiltakenes tjenlighet for brukerne. I kommuner i materialet gjøres det tidsbegrensede vedtak som skal

evalueres. Hansen og Ramsdal (2005) peker på at evaluering av tiltak for psykisk syke kan være et vanskelig punkt for kommuner med forvaltningsenhet. Det begrunner seg i at de syke selv, som mottar tiltakene, ikke melder tilbake når vedtakene deres går ut, og at dette blir et ansvar de profesjonelle medarbeidere i utøvende enheter må ta. I dette materialet tar forvaltningsenheten, det gjelder for kommunene A og B, kontakt med utøvende enhet og vil ha hjelp i vurderingen av tiltakene. Dette gjelder for så vidt også for analyseprosessene:

Alle søknader om hjelp går til forvaltningsavdelingen. Vi har ukentlige møter med dem Saksbehandler og psykiatrisk sykepleier blir enige om hvem som skal besøke (brukeren). Det gjøres en kartleggingssamtale som er felles for begge enhetene. Deretter er det psykiatrisk sykepleier som etablerer videre kontakt med pasienten. Vi vet hvordan et vedtak skal se ut. Vi lager forslag, men forvaltningsavdelingen fatter vedtaket. ... Forvaltningsenheten arbeider tett med enheten for psykisk helsearbeid (07.04.06. sykepleier).

Forvaltningsavdelingen ber om input når det skal fattes vedtak. Seksjonen deltar også i å evaluere vedtak som er i ferd med å gå ut, og vi har samarbeidsmøter under vegs der vedtakene diskuteres (23.01.06. ambulerende team).

Det oppstår ikke umiddelbart en arbeidsdeling mellom forvaltningsenhet og utøvende enhet angående vedtakene i disse kommunene. Kontinuiteten i tiltak forsvinner heller ikke, og ansvaret for å fatte vedtaket plasseres entydig i forvaltningsenheten. Likevel samarbeides det om å komme fram til hva som skal være innholdet i vedtakene. I kommunene uten forvaltningsenhet gjennomføres vurderingen av vedtakene og tiltakenes tjenlighet for brukerne på om lag samme måten. Et viktig skille er at myndigheten til å fatte beslutninger ligger hos en og samme profesjonelle yrkesutøver, den er ikke delt som i kommunene med forvaltningsenhet:

Vedtakene må være nært dem som har behovet. Vi drøfter vedtakene vi fatter, det fungerer bra. Vi klarer å gi tilbud fort og effektivt. Det er fordi vi er nær beslutningen, vi fatter jo beslutningen (01.06.06. sykepleier).

Noen ganger setter vi i gang tiltak litt i tidligste laget. Da må vi justere kurs. Vi snakker alltid med brukere om det som har skjedd. Noen ganger blir det feil, og vi må finne

ut hvorfor. Vi må være i dialog med brukerne (06.12.06. sosionom).

4.7 Oppsummering

De store kommunene i materialet ser ut til å ha en meny av tiltak de kan utmåle for brukere. De har flere tiltak å velge mellom enn de små kommunene, og det ser ut til at de har utviklet sin meny av tiltak i årene mellom 2004 og 2006. Det mest brukte tiltaket er likevel individuelle samtaler eller støttesamtaler. Dernest er dagsentra utgangspunkt for tiltak. Tiltak som utmåles er videre bolig, støttekontakt eller fritidstiltak, samt tiltak som kan grense opp mot kultur. Tiltakene dekker altså elementene som inngår i mestringsbegrepet.

Observasjonen er at brukere involveres på individnivå i kommunene. De involveres terapeutisk og de involveres ved at det overføres myndighet til dem. Den terapeutiske medvirkningen foregår i relasjonen brukere har med profesjonelle yrkesutøvere og den observeres først og fremst i gjennomføringen av tiltaket individuell samtale, eller støttesamtale. Terapeutisk medvirkning observeres også når brukere skal motiveres til å ta i bruk tiltak. Det observeres at det foregår motivering i beslutningenes analysefase. Terapeutisk medvirkning observeres videre i tilknytning til dagsentra. Brukeres deltakelse i aktiviteter ved dagsentera, både de kreative og fysiske, er deltakelse i egen tilfriskning. Involvering i mottak av kultur- og fritidstiltak er også terapeutisk medvirkning. Samtidig ser medvirkning i slike tiltak noe utover at brukere skal lære å mestre et dagligliv. Den lærer brukere å etablere nettverk og opprettholde sosiale relasjoner, og peker dermed også på at brukere skal videre i sine liv. Den terapeutiske medvirkningen ser ikke ut til å ha endret seg i større grad i årene mellom 2004 og 2006, men det er altså etablert noen flere tiltak i kommunene som terapeutisk medvirkning kan foregå i tilknytning til.

Ved myndighetsoverføring kan brukere delta i beslutninger om utmåling av egne tiltak. Samtalen profesjonelle yrkesutøvere har med brukere for å bestemme hvilke av de kommunale tiltakene brukere skal få tilgang til, hvor mye de skal få og hvor ofte, er sentrale for at overføring av myndighet foregår. Profesjonelle yrkesutøvere tar ikke i bruk sin definisjonsmakt, men trekker seg tilbake og samhandler med brukere for å komme fram til hva problemet består i. Brukere må, i slike samtaler, gi uttrykk for opplevde ønsker og behov. Hvis det oppfattes at brukere vet lite om ønsker og behov, må profesjonelle

yrkesutøvere ta i bruk sin definisjonsmakt for å komme i inngrep med brukeres ønsker og behov. Dette observeres i tilknytning til analysen hvis brukere må motiveres til å ta i mot tiltak. Ellers er observasjonen at profesjonelle yrkesutøvere strekker seg langt for å ta hensyn til brukeres ønsker og behov. Begrensinger legges av hvordan de horisontale og vertikale relasjonene er utformet.

Medvirkning i aktiviteter er definert som terapeutisk medvirkning, men den kan også overføre myndighet til brukere. I den grad brukere holder på med aktiviteter de selv har vært med på å beslutte at dagsenteret skal tilby, foregår det overføring av myndighet. Det observeres at brukere har gode muligheter til å delta i styringen av sentra. Det innebærer, i de kommunene i materialet som har dagsenter, at brukere medvirker i å fatte felles beslutninger om hvilke aktiviteter sentra skal tilby. Det inkluderer en del aktiviteter brukere gjør sammen med personalet, men som ikke nødvendigvis inngår i den daglige aktiviteten ved sentra.

Individuelle planer er et sentralt redskap for brukeres medvirkning og kan ligge i skjæringsflaten mellom terapeutisk medvirkning og overføring av makt til brukere. Det avgjørende for om det foregår overføring av makt er at de tiltakene som spesifiseres i planene faktisk settes i verk. Planarbeidet garanterer imidlertid ikke at tiltak settes i verk, og hvis det ikke skjer er planenes rolle for brukeres medvirkning uklart. Det observeres mer utstrakt bruk av individuelle planer i kommunene i materialet i 2006 enn i 2004.

Presentasjonen av empiri, både i dette og forrige kapittel, viser at den kommunale organisasjonen er den faktoren som i størst grad legger betingelser for profesjonelt psykisk helsearbeid og for de profesjonelles relasjon med brukere. Flat struktur-kommunene legger dårlig til rette for samarbeid, og er dermed ikke i stand til å myndiggjøre sine profesjonelle medarbeidere tilstrekkelig til at de kan fatte beslutninger i samarbeid med brukerne. Profesjonelle yrkesutøvere må bruke store deler av sin tid til å legge til rette for samarbeid. I kommunene med modifisert flat struktur observeres det at samarbeidet fungerer noe bedre. I de kommunene der det er etablert forvaltningsavdeling ser det ut til at den gjør samordningen enda vanskeligere og skaper ytterligere barrierer for brukeres medvirkning.

5 Lokale lag og talspersoner

5.1 Innledning

Kollektiv deltakelse for brukere foregår på systemnivå og krever at to forutsetninger er oppfylt. Den første er at kommunene har et lokalt lag av en av organisasjonene på mental helsefeltet, eventuelt at de har en talsperson. Den andre er at det er etablert et råd for funksjons-hemmede eller en annen representasjonsordning for mennesker med funksjonsnedsetting der brukere faktisk kan delta. Kapittel seks skal diskutere innholdet i deltakelsen. Dette kapitlet har to formål. Det første er å beskrive utbredelsen av lokale lag av organisasjoner og talspersoner på mental helsefeltet, og antallet medlemmer lagene har. Det andre er å si noe om lagenes og talspersonenes oppfatninger om en del tjenester kommunene tilbyr.

Antakelser som settes opp for kapitlet er for det første at de minste kommunene i Norge ikke har lokale lag av organisasjoner eller talspersoner. Den andre er at forekomsten av lokale lag har sammenheng med kommunestørrelse. Det vil si at jo større kommune, desto større sannsynlighet for at kommunen har et lag av en organisasjon på mental helsefeltet. Den tredje er at representanter for lokale lag og talspersoner vil oppfatte tilgangen til tjenester som bedre i små kommuner enn i store.

5.2 Kommunestørrelse og lokale lag av organisasjoner på mental helsefeltet

Spørreskjemaet er sendt til 226 lokale lag av Mental Helse, 19 fylkeslag av Mental Helse (MH), 32 lag av Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP) og til 127 talspersoner i Voksne for Barn (VfB). Til sammen ble det sendt ut 404 skjema. Det ble brukt medlemslister som organisasjonene sentralt stilte til rådighet. Det kom

inn til sammen 146 svar etter at det var purret en gang. Fra MH kom det 103 svar, altså en svarprosent på 45, 5. Fra LPP kom det 18 svar, 56, 2 %, og fra VfB kom det 24 svar, en svarprosent på 18,9. En respondent har unnlatt å føre på organisasjonens navn. Relativt til andelen lag kommer altså MH, men spesielt VfB dårlig ut, mens svarprosenten for LPP kan betegnes som høy. VfBs nett av talspersoner er nytt, av de som har svart oppgir mange at de ble talspersoner i 2005 eller 2006. Lav svarprosent herfra kan dermed tyde på at talspersonene mener de ikke har nok erfaring til å svare på et slikt skjema.

For å kunne si noe om organisasjonenes utbredelse og antakelsen om at den varierer med hensyn på kommunestørrelse ble det spurt om hvor mange innbyggere det om lag er i den kommunen vedkommende lag og talspersoner er lokalisert. Resultatet vises i tabell 5.1 nedenfor.

Tabell 5.1 *Organisasjoner og kommunestørrelse. Prosent av antall kommuner i kategorien.* Hele tall i parentes⁸

Antall innbyggere	Mental Helse	LPP	VfB	Lokale lag og talspersoner til sammen	Antall kommuner i kategorien.
Under 1000	7,7 % (2)	0	0	7,7 % (2)	26
1-3000	13,3 % (18)	0	2,2 % (3)	15,5 % (21)	135
3-5000	16,0 % (12)	0	5,3 % (4)	21,3 % (16)	75
5-10 000	23,2 % (22)	1,08 % (1)	5,4 % (5)	30,4 % (28)	92
10-20 000	31,5 % (18)	8,7 % (5)	8,7 % (5)	49,1 % (28)	57
Over 20 000	60,8 % (28)	26,0 % (12)	15,2 % (7)	102,1 % (47) ⁹	46
Til sammen	23,2 % (100)	4,1 % (18)	5,5 % (24)	142	431

Tabellen viser først og fremst at MH er den organisasjonen som har flest lokale lag. Dernest viser den at små kommuner har få lokale lag og talspersoner relativt til større kommuner. Av de minste kommunene med under 1000 innbyggere har kun 7,7 % et lokalt lag, ingen

⁸ Antall lokale lag og talspersoner som har svart på spørsmål om kommunestørrelse summeres opp til en total på 142.

⁹ Her er det noen fylkeslag og det summeres derfor til mer enn 100 %.

har talsperson. Av kommunene i størrelseskategorien 1000-3000 innbyggere er det lokale lag og talspersoner i 15,5 %. Sannsynligheten for at det er lokale lag eller talsperson i en kommune stiger som forventet med kommunestørrelse. Andelen kommuner med over 20 000 innbyggere ser ut til å ha mer enn en organisasjon i hver kommune. Innbyggere i små kommuner har altså færre muligheter til å melde seg inn i et lokalt lag av en organisasjon på feltet enn innbyggere i større kommuner. Tall fra NIBR\SINTEFs undersøkelse fra 2005 viser at det er 149 kommuner som svarer at de har lokale lag av Mental Helse, 33 som har lokale lag av Landsforeningen for pårørende og 10 som svarer at de har lokale lag av Voksne for barn.

Organisasjoner av denne typen trenger ildsjeler, og i de små kommunene vil det være få personer å spille ball med. Det kan dermed være vanskelig for dem å opprettholde kontinuitet i sine lag. Mange kommuner kan ha sovende lag av organisasjonene, noen kommuner kan ha flere lag, eller lag og talspersoner får liten oppmerksomhet i kommunene. Modellen med talsperson kan derfor ha mer for seg for en del kommuner, men som tabellen viser er det få talspersoner i små kommuner.

Antall medlemmer i lag

Spørsmålet om antallet medlemmer i lagene gjelder for MH og LPP. Det er 112 lag som har svart på hvor mange medlemmer de har. Antallet medlemmer i lagene varierer fra 2 til 600 og de fleste har mellom 20 og 40 medlemmer. De største lagene er trolig fylkeslag, samt at de er eldst. Det er 59 lag som har 30 medlemmer eller mer. 30 medlemmer er også median. De fleste lagene er forholdsvis nye, og for lagene med 30 medlemmer eller mer er 25 etablert etter 1998. Av lagene under 30 medlemmer er 38 etablert etter 1998. De nyeste lagene ser ut til å ha færre medlemmer enn de litt eldre lagene.

Ut fra materialet er det vanskelig å si noe om det er en sammenheng mellom antall medlemmer i lag og etableringstidspunkt. Det kan likevel se ut til at nye lag er forholdsvis små med hensyn på antallet medlemmer. Antakelsen, som ble satt fram over, om at det er vanskelig for små kommuner å ha kontinuitet i sine lag, får dermed ikke entydig støtte. Men det kan tyde på at opptrappingsplanen har betydning for antallet lag som er etablert. Denne observasjonen kan styrke antagelser om at mentale lidelser blir mer akseptert fordi det gis mer informasjon, og at etableringen av lokale lag skyter fart når det er muligheter for å få økonomisk støtte.

Internt demokrati i lagene

Lagene ser ut til å ha et noenlunde demokratisk indre liv. I 108 lag er det interne prosesser på å fatte beslutninger om hvem som skal representere laget utad. I 24 tilfeller er det alltid fastlagt at leder og nestleder er de som representerer laget. I fem tilfeller rapporteres det om at helseforetak eller kommuner henvender seg direkte til enkeltpersoner når det ønskes medlemmer i råd, utvalg, samt plan- og arbeidsgrupper. Det er 90 lag som sier at det rapporteres muntlig tilbake til laget om eksternt arbeid der laget er representert. Det er 45 lag som har rutiner på å lage skriftlige referater som forelegges medlemmene. 40 lag oppgir at ekstern deltakelse diskuteres på forhånd og at medlemmene som representerer laget får et mandat. 33 lag oppgir at de ikke har rutiner på tilbakemelding om hvordan det arbeides med eksterne saker.

Disse kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, lagene kunne svare at de arbeidet på flere måter. Det forholdsvis store antallet lag som oppgir at de ikke har rutiner på tilbakemelding, antyder likevel at mange som er medlemmer i slike lag ikke har inngående kunnskap om hvilke kommunale eller andre prosesser laget er involvert i, og eventuelt hvordan de er involvert.

5.3 Lag og talspersoners oppfatninger av tilgang til kommunal psykisk helsetjeneste

Organisering av psykisk helsetjeneste i kommunene var et tema i opptrappingsplanens innledningsfase. Det er observert at organisering har betydning for brukeres medvirkning. Det var også en målsetting å søke å kartlegge oppfatninger lokale lag og talspersoner har om en del kommunale tjenester. Det er gjort ved å spørre om hvordan tjenesten er organisert og om hvordan tilgangen til noen deltjenester oppfattes.

Blant annet er det spurt om hvordan representanter for lokale lag og talspersoner oppfatter at kommunene har valgt å organisere sine tjenester innenfor psykisk helse, enten som egen enhet eller som delt på flere tjenester. Av de 126 som svarte på spørsmålet oppfatter 76, altså 60, 3 %, at kommunens psykiske helsetjeneste er organisert som egen enhet. 50 lag og talspersoner, 39,6 %, mente den var delt på flere enheter. Flest respondenter ser altså ut til å komme fra kommuner der psykisk helsetjeneste er egen enhet. Observasjoner i den kvalitative

studien tyder på at der psykisk helsetjeneste er organisert sammen med andre tjenester, er det den somatiske hjemmetjenesten som er dens vertstjeneste.

Organiseringen av psykisk helsetjeneste, som egen enhet eller sammen med hjemmetjenesten, kan legge betingelser for brukeres medvirkning blant annet fordi den påvirker hvordan det er å komme i kontakt med rette vedkommende i kommunen. Hvordan dette oppfattes vises i tabell 5.2.

Tabell 5.2 *Lokale lag og talspersoners oppfatninger om kontakt med psykisk helsetjeneste, relatert til kommunestørrelse.*
Prosent som svarer lett og mindre lett. Hele tall i parentes.

Oppfatning om kontakt\ kommunestørrelse	Let og mindre lett	Antall lag og talspersoner
Under 1000	100 % (2)	2
1-3000	68,4 % (13)	19
3-5000	53,8 % (7)	13
5-10 000	71,4 % (20)	28
10-20 000	70,3 % (19)	27
Over 20 000	57,7 % (26)	45
Alle lag og talspersoner	64,9 % (87)	134

Av de 134 som svarte på dette spørsmålet synes altså 65 % det er lett å komme i kontakt med rette vedkommende, mens 35 % synes det er vanskelig å komme i kontakt. En forventning om at andelen som synes det er lett å komme kontakt skulle synke med kommunestørrelse får ikke støtte. Det synes tvert om. En årsak kan nettopp være, som det ble vist til over, at psykisk helsetjeneste er lagt til hjemmetjenesten når den ikke er egen enhet. Det kan da være vanskelig å skille dem fra hverandre.

Det store bildet er likevel at det varierer hvordan det er å komme i kontakt med rette vedkommende i kommunene, og at en del kommuner fortsatt organiserer sin psykiske helsetjeneste slik at det oppfattes som vanskelig å komme i kontakt med dem.

Det er også spurt representanter for lokale lag og talspersoner hvordan de oppfatter tilgangen på noen tiltak innenfor helheten psykisk helsetjeneste. Tabell 5.3 nedenfor viser andelen som svarte svært god og god, og viser svarene i sammenheng med kommunestørrelse.

Tabell 5.3 *Lokale lag og talspersoners oppfatninger om tilgang til deltjenesten primærkontakt, relatert til kommune-størrelse. Prosent som svarer svært god eller god. Hele tall i parentes.*

Oppfatning om tilgang/ Størrelse	Tilgangen til primærkontakt er svært god eller god	Antall lag og talspersoner i kommunekategorien
1-5000	71,4 % (20)	28
5-10 000	75,0 % (18)	24
10-20 000	72,7 % (16)	22
Over 20 000	63,6 % (21)	33
Alle lag og talspersoner	70,09 % (75)	107

Tabellen viser at av de 107 som har svart på spørsmålet mener 71 % at de bor i en kommune med god tilgang til deltjenesten primærkontakt. Det betyr likevel at det er 29 % som mener de bor i en kommune der de har dårlig tilgang til denne deltjenesten. Den største andelen av de som oppfatter at de har dårlig tilgang bor i kommuner med 20 000 innbyggere eller mer, men variasjonen mellom kommunene er liten.

Tabell 5.4 *Lokal lag og talspersoners oppfatning om tilgang til deltjenesten støttekontakt, relatert til kommunestørrelse.*
Prosent. Hele tall i parentes

Oppfatning om tilgang/ Størrelse	Tilgangen til støttekontakt er svært god eller god	Antall lag og talspersoner i kommunekategorien
1-5000	51,6 % (16)	31
5-10 000	44,0 % (11)	25
10-20 000	44,0 % (11)	25
Over 20 000	30,9 % (13)	42
Alle lag og talspersoner	41,4 % (51)	123

Tilgangen til støttekontakt oppfattes ikke som spesielt god. Det er 58 % av de 123 som svarte på spørsmålet som mener at den er dårlig. Andelen som mener tilgangen er god synker med kommunestørrelse, faktisk synker den med over 20 prosentpoeng. Oppfatningen om tilgang til støttekontakter varierer altså mer mellom kommuner enn oppfatningen om tilgang til primærkontakt. Nedenfor vil sammenhengen mellom kommunestørrelse og tjenestene individuelle samtaler og individuell plan bli presentert.

Tabell 5.5 *Lokale lag og talspersoners oppfatning om tilgang til deltjenesten individuelle samtaler, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer svært god eller god. Hele tall i parentes*

Oppfatning om tilgang/ Størrelse	Tilgangen til individuelle samtaler er svært god eller god	Antall lag og talspersoner i kommunekategorien
1-5000	72,72 % (24)	33
5-10 000	68,18 % (15)	22
10-20 000	78,26 % (18)	23
Over 20 000	56,75 % (21)	37
Alle lag og talspersoner	67,82 % (78)	115

32 % av de 115 som har svart på undersøkelsen mener at de bor i kommuner der det er dårlig tilgang på individuelle samtaler. Variasjonen i oppfatning er ikke like entydig synkende med kommunestørrelse som for de to foregående tiltakene, og kommuner i kategorien 10-20 000 innbyggere scorer høgest med hensyn på respondenter som svarer at de oppfatter tilgangen til individuell samtale som svært god eller god.

Tabell 5.6 *Lokal lag og talspersoners oppfatning om tilgang til deltjenesten individuell plan, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer svært god eller god. Hele tall i parentes*

Oppfatning om tilgang/ Størrelse	Tilgangen til individuell plan er svært god eller god	Antall lag og talspersoner i kommunekategorien
1-5000	70,96 % (22)	31
5-10 000	52,17 % (12)	23
10-20 000	40,0 % (10)	25
Over 20 000	37,5 % (15)	40
Alle lag og talspersoner	49,57 % (59)	119

Det er like i overkant av 50 % av respondentene som mener at de bor i en kommune der tilgangen til individuell plan er dårlig. For denne deltjenesten synker oppfatningen av at tilgangen er god markant med kommunestørrelse. Jo større kommune respondenten bor i desto dårligere oppfattes tilgangen til individuell plan å være.

Individuell plan er et satsningsområde for Sosial- og helsedirektoratet. Det er en målsetting at så mange brukere som mulig som er i behov av sammensatte tjenester, der kommunal psykisk helsetjeneste inngår som en, skal ha en individuell plan. Derfor inneholdt spørreskjemaet også et oppfølgingsspørsmål der det ble spurt om lokale lag og talspersoner mener individuell plan er godt innarbeidet i egen kommune. Det var 131 respondenter som valgte å svare på dette spørsmålet, altså noen flere enn som svarte på spørsmålet over, og de fordelte seg som vist i tabell 5.6.

Tabell 5.7 *Lokale lag og talspersoners oppfatninger om individuell plan er innarbeidet i kommunenes praksis eller ikke, relatert til kommunestørrelse. Prosent som svarer at IP er godt innarbeidet. Hele tall i parentes.*

Oppfatninger om individuell plan\ Kommunestørrelse	Ja, IP er godt innarbeidet	Alle lag og talspersoner i kommunekategorien
1-5000	61,11 % (22)	36
5-10 000	46,15 % (12)	26
10-20 000	58,33 % (14)	24
Over 20 000	53,33 % (24)	45
Alle lokale lag og talspersoner	54,96 % (72)	131

Det er nesten 55 % som svarer at individuell plan er godt innarbeidet i kommunens praksis. Med unntak for kommuner med 5-10 000 innbyggere, som det er kommet få svar fra, er altså oppfatningen blant respondentene at individuell plan er godt innarbeidet. Med unntak for denne kategorien varierer oppfatningen også med kommunestørrelse. Desto større kommune, desto dårligere oppfattes tilgangen å være. Tabell 5.5 viste at nesten 50 % oppfattet at individuell plan er svært godt eller godt tilgjengelig for brukere av psykisk helsetjeneste i kommunen. Det kan tyde på at respondentene oppfatter at det må ytes noe ekstra innsats overfor hjelpeapparatet for å få tilgang til individuell plan. Også når de oppfatter at kommuner arbeider med slike planer i sin praksis innenfor psykisk helsearbeid.

5.4 Oppsummering

Kommunestørrelse ser ut til å ha noe betydning for om det er etablert lokale lag og talspersoner av organisasjoner innenfor mental helsefeltet i kommunene. Som forventet har de minste kommunene få lag og andelen lag stiger med stigende kommunestørrelse. De fleste lokale lag og talspersoner, som har avgitt svar på undersøkelsen, er etablert mellom 1998 og 2006, de er altså forholdsvis unge. Median for antall medlemmer er på 30. Lagene avgir også svar som tyder på at de har et tilstrekkelig antall medlemmer til å ha et demokratisk indre liv, og blant annet er det 90 lag som gir opplysninger om at det rapporteres

muntlig fra det eksterne arbeidet laget deltar i. Det er bare 45 som har skriftlige rutiner for det samme.

Respondenter fra lokale lag i de minste kommunene svarer at det er lett å komme i kontakt med rette vedkommende i psykisk helse-tjeneste. Svarene på dette spørsmålet varierer ellers ikke med kommunestørrelse. Antakelsen om at tilgangen til tjenester vil oppfattes som dårligere jo større kommunene er, får i hovedsak støtte. For tilgangen til primærkontakt, støttekontakt, individuelle samtaler og individuell plan, varierer avgitte svar i stor grad med kommunestørrelse og tilgangen blir dårligere jo større kommunen er. Det observeres to avvik. Det første er at tilgangen til primærkontakt oppfattes som dårligere av kommuner i størrelseskategorien 1-5000 innbyggere enn i kategoriene 5-10 000 og 10-20 000. Det andre er at tilgangen til individuelle samtaler oppfattes som bedre av respondenter i kommunekategorien 10-20 000 enn av respondenter i kategoriene 1-5000 og 5-10 000 innbyggere.

På grunn av lav svarprosent er det uklart i hvilken grad dette danner et korrekt bilde av situasjonen for lokale lag og talspersoner i kommunene. Blant dem som svarer ser det likevel ut til at de gjør seg opp en mening om kommunale tjenester og at de dermed er rustet for å delta i kommunale prosesser, både for å fatte beslutninger og i andre aktiviteter. Det er tema for neste kapittel.

6 Kollektiv deltakelse på kommunalt nivå

6.1 Innledning

Kapittel fem viste at innbyggere i små kommuner har færre muligheter til å bli representert via en organisasjon eller en talsperson enn innbyggere i større kommuner fordi andelen lokale lag på mental helsefeltet er lavere i små enn i større kommuner. Det ble også vist til at tilgangen til tjenester blir vurdert som vanskeligere desto større kommune lag og talspersoner er lokalisert i. Til sist viste kapittelet at det er etablert mange lokale lag av organisasjoner innenfor mental helsefeltet årene fra 1998-2006. Dermed er det nå flere kommuner som har mulighet til å etablere og opprettholde et godt samarbeid med brukerorganisasjonene enn det har vært tidligere. Myrvold (2006) viser også at dette er trenden, og at kommunene i større grad nå enn tidligere oppfatter samarbeidet med organisasjonene på feltet som bra.

I dette kapittelet skal jeg gå noe inn på hvordan kommunene vurderer samarbeidet med organisasjonene på mental helsefeltet. For dette formålet tas det i bruk datamateriale fra NIBR/SINTEFs undersøkelse i kommunene i 2005.¹⁰ Hovedvekten av kapittelet dreier seg likevel om hvordan brukerorganisasjonene vurderer samarbeidet de har med kommunene. I kapittel to ble det pekt på at brukeres deltakelse på inputsiden i politikken, som det skal dreie seg om i dette kapittelet, står i fare for å bli symbolpolitikk. Det vil si at den blir vurdert instrumentelt og brukeres deltakelse er en ekstra sløyfe i kommunenes høringsrutiner. Hvis dette er tilfelle foregår ikke brukeres deltakelse kontinuerlig og brukere får ikke overført myndighet ved å være aktive og delta. Hvis makt og myndighet skal overføres til brukere må de

¹⁰ Dette er tilrettelagt for analyse av Trine Myrvold.

betraktes som likeverdige partnere som blir invitert til å delta fordi de har ressurser å bidra med.

6.2 Lokale lag og talspersoners oppfatning av samarbeidet med kommunene

I Opptappingsplanen nevnes lokale råd for funksjonshemmede som en viktig kanal for brukeres kollektive medvirkning. I følge organisasjonsdatabasen har 59 % av norske kommuner etablert råd for funksjonshemmede fram til 2004 (Hovik og Stigen 2004). Dette er gjort i følge rundskriv I – 42/99. I 2005 ble det imidlertid vedtatt en ny lov som gjør etablering av representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne obligatorisk for alle kommuner (Lov av 15.06.05 nr. 58).¹¹ Myrvold (2006) observerer også at det i 2005 er 60 % av kommunene som svarer at samarbeidet med organisasjonene på feltet stort sett er bra eller svært godt. I 2002 var det 47 % som svarte det samme.

Økonomisk støtte

Innenfor rammen av opptappingsplanen er det rom for at kommunene kan gi økonomisk støtte til lokale lag av organisasjoner på feltet. Tall fra NIBR/SINTEFS undersøkelse viser at til sammen 185 kommuner gir økonomisk støtte i 2005, mot 181 i 2002. Økningen i antallet kommuner som gir økonomisk støtte er altså liten. I dette bildet blir det interessant i hvilken grad respondentene i lokale lag og organisasjoner oppfatter at de får økonomisk eller annen støtte fra kommunene. Hvordan dette blir oppfattet vises i tabell 6.1

Fra undersøkelsen som er gjort blant lokale lag og talspersoner var det til sammen 127 av 146 respondenter som svarte på spørsmålet om de fikk økonomisk støtte og 116 som svarte på spørsmålet om støtte til kontor eller utstyr. Dette spørsmålet var heller ikke stilt slik at kategoriene var gjensidig utelukkende. Det var mulig å svare på begge og det er det en del respondenter som har gjort.

¹¹ Det legges imidlertid opp til stor variasjon i måten kommunene kan gjøre dette. For eksempel kan de slå sammen eldreråd og representasjonsordning for mennesker med funksjonsnedsettelse, eller flere kommuner kan samarbeide om slik representasjonsordning.

Tabell 6.1 *Lag og talspersoner oppfatning av økonomisk støtte.*
Prosent. Hele tall i parentes.

Type støtte\ organisasjon	Økonomisk støtte	Støtte til kontor og utstyr	Antallet innkomne svar	Antall kommuner som gir økonomisk støtte til lokale lag ¹²
MH	76,69 (79)	40,7 (42)	103	158
LPP	5,5 (1)	38,8 (7)	18	35
VfB	12,5 (3)	8,3 (2)	24	19
Alle lag og talspersoner	57,2 (83)	35,1 (51)	145	

Kilde for kommuner er NIBR/SINTEFs undersøkelse fra 2005

Av respondentene er det 57 % som oppgir at de får økonomisk støtte og 35 % som oppgir at de får støtte til kontor eller utstyr. Mental Helse er den organisasjonen som får støtte fra flest kommuner, og støtten gis i størst utstrekning som økonomisk støtte. Andelen lokale lag av Landsforeningen for pårørende som får økonomisk støtte, er lavere. Det er også en meget liten andel av talspersonene fra Voksne for Barn som mener de får økonomisk støtte.

Tabellen er beheftet med usikkerhet ettersom begge datasettene den viser til har forholdsvis lav svarprosent. Den viser likevel at det er mange lag som ikke får noen form for økonomisk støtte fra kommunen, eventuelt fylkeskommunen, der de er lokalisert. Mange lag tilføres dermed ikke ressurser som kan være nødvendige for at de skal kunne delta.

Samarbeid om tiltak

Det gode samarbeidet kommunene oppfatter at de har med brukerorganisasjonene manifesterer seg slik som vist i tabell 6.2.

I 2002 var det 279 kommuner som besvarte spørreskjemaet NIBR/SINTEF sendte til kommunene, i 2005 er det til sammen 274 som svarer, altså en liten nedgang. Angående alle aktivitetene viser materialet likevel en økning i samarbeidet mellom 2002 og 2005.

¹² I NIBR/SINTEFs materiale er det også 46 kommuner som oppgir at de gir økonomisk støtte til andre bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Tabell 6.2 *Antallet kommuner som samarbeider med organisasjoner på feltet og type tiltak årene 2002 og 2005. Prosent. Hele tall i parentes. N=279/274*

Tiltak\ organisasjon	Dagsenter		Arbeid/aktivitet		Kultur/Fritid		Annet	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
MH	12,1 (34)	17,5 (48)	3,5 (10)	13,8 (38)	4,3 (12)	16,4 (45)	4,3 (12)	17,5 (48)
LPP	1,0 (3)	0	1,4 (4)	0,7 (2)	0,7 (2)	1,8 (5)	1,4 (4)	5,1 (14)
Andre bruker- pårørende- organisasj.	1,4 (4)	1,4 (4)	0,7 (2)	2,5 (7)	1,0 (3)	4,3 (12)	1,4 (4)	5,8 (16)
VfB	0	0	0	0	0	0	0	2,1 (6)
Til sammen	15,2 (41)	18,9 (52)	6,8 (16)	17,1 (47)	6,01 (17)	22,6 (62)	7,1 (20)	30,6 (84)

Kilde: NIBR/SINTEFs undersøkelser 2002 og 2005

Om lag 19 % av kommunene rapporterer at de samarbeider med organisasjonene om dagsentra i 2005. 17 % samarbeider om arbeid og aktivitet, og nesten 23 % samarbeider om kultur- og fritidstiltak. Annet samarbeid, som kan inneholde samarbeid om helse- og sosialpolitikk, er på hele 31 %, og har økt betydelig årene 2002-2005. Økningen i antallet kommuner som svarer positivt på at de samarbeider med brukeres organisasjoner er altså markant. Den er mye større enn økningen i antallet kommuner som oppgir at de gir økonomisk støtte, som har økt fra 181 kommuner i 2002 til 185 kommuner i 2005 (NIBR/SINTEFs undersøkelse 2005).

I det kvalitative materialet er det observert samarbeid om fritidstiltak i tre av de fire kommunene der Mental Helse har lokalt lag, og om samarbeid angående kulturtiltak i en kommune. Det framstår som et utstrakt samarbeid. Det er ordnet på en slik måte at medlemmer av MH kan delta i de fritidstiltakene som organiseres fra dagsenteret. Det dreier seg om alt fra faste grupper for sykling, stavgang, fotball, svømming eller andre fysiske aktiviteter, til å delta på organiserte teater- og kinoturer. Slike turer ligger i grenselandet mellom fritids- og kulturtiltak. I det grenselandet ligger også organiseringen av diverse kurs som brukere av dagsentra, samt medlemmer i MH, kan gå på. Slike kurs er i en kommune organisert i samarbeid med MH. Samarbeidet dreier om at MH har økonomiske midler de kan stille til disposisjon. I noen tilfeller går slike midler direkte til å arrangere kurset, i andre tilfeller kan deltakere på kurs søke MH om å få refundert kursavgifter (27.01.06. ansatt i kulturenheten).

Samarbeid om helse- og sosialpolitikk

Tilsynelatende har det altså skjedd mye når det gjelder kommunenes samarbeid med organisasjoner innenfor mental helsefeltet. I dette avsnittet skal det gås nærmere inn på hva lokale lag og talspersoner selv mener om samarbeidet. For å få et bilde av hvor parate lokale lag og talspersoner til å delta kollektivt på kommunalt nivå, er det spurt om hva de anser som det viktigste arbeidet de driver. Er det hva som kalles selvhjelpsarbeid, er det å drive helse- og sosialpolitisk arbeid eller er det å drive med informasjon og opplæring mot grupper i samfunnet? Svarene som kom fordeler seg som i tabell 6.3.

Tabell 6.3 *Organisasjoner og arbeidsoppgaver lokalt*. Prosent av organisasjoner som har svart. Hele tall i parentes.

Viktigste arbeid/ organisasjon	Det viktigste arbeidet laget/ talspersonen gjør lokalt			
	Selvhjelp	Helse- sosialpolitikk	Kurs og informasjon	Antall inkomne svar i kategorien
Mental Helse	72,3 % (47)	12,3 % (8)	15,3 % (10)	65
Landsforeningen for pårørende	75,0 % (9)	16,6 % (2)	8,3 % (1)	12
Voksne for Barn	50,0 % (5)	20,0 % (2)	30,0 % (3)	10
Alle lag og talspersoner	70,1 % (61)	13,7 % (12)	16,0 % (14)	87

På dette spørsmålet var det 87 lag og talspersoner som svarte. Fordelingen viser at selvhjelpsarbeidet scorer høgest blant alle tre organisasjonene. Til sammen er det 70 % som anser det som det viktigste arbeidet de gjør. Kun om lag 14 % ser helse- og sosialpolitisk arbeid som det viktigste. Tabell 6.2 viste at 31 % av kommunene samarbeidet på andre måter med organisasjonene enn om konkrete tiltak, rubrikken kan altså omfatte samarbeid på politisk nivå. Det er organisasjonenes involvering i helse- og sosialpolitisk samarbeid på politisk nivå som er fokus for dette prosjektet og denne rapporten, og derfor vektlegges det.

Når spørsmålet om helse- og sosialpolitikk skal besvares er det 88 respondenter som velger å fylle det ut, selv om det, som tabell 6.3 viser, kun er 14 % som mener dette er deres viktigste arbeidsoppgave. Tabell 6.4 viser hvordan respondentene fra Mental Helse, som utgjør

et stort flertall i undersøkelsen, antar at arbeidet de gjør fordeler seg på en del arbeidsoppgaver innenfor helse- og sosialpolitikk.

Tabell 6.4 *Oppgaver respondenter fra MH oppgir at de arbeider mest med innenfor helse- og sosialpolitikk. Prosent. Hele tall i parentes.*

Arbeidsoppgaver	Arbeider mest med	Antall avgitte svar
Delta på møter i råd og utvalg	72,1 % (44)	61
Skrive høringer	3,8 % (2)	52
Ta initiativ til å diskutere saker med kommuner og foretak	47,4 % (28)	59
Svare på forespørsler fra kommuner og foretak	14,5 % (18)	55
Arbeide opp mot tjenester i kommuner og foretak	60,0 % (36)	60

Svarkategoriene i tabellen er ikke gjensidig utelukkende, og mange har valgt å svare at flere arbeidsoppgaver er de viktigste. For Mental Helses vedkommende er deltakelse på møter i råd og utvalg oppfattet som den langt viktigste oppgaven. Dernest arbeider de opp mot tjenester i kommuner og foretak. Lagene tar også initiativ til å diskutere saker med kommuner og foretak, og de arbeider lite med å skrive høringsuttalelser. Til forskjell viser materialet at en forholdsvis høy andel lag av Landsforeningen for pårørende i psykiatrien oppfatter at arbeid med høringer er det viktigste. 50 % av de avgitte svarene oppgir dette. Voksne for Barn sine talspersoner oppfatter seg trolig som talspersoner på individnivå, de skal snakke enkeltpersoners sak overfor myndigheter og tjenester. De arbeider dermed trolig opp mot, eller det er meningen at de skal arbeide opp mot, tjenester i kommuner og foretak. Nærmere 47 % av svarene fra Voksne for Barn påpeker også at de arbeider mest med dette. Ellers er oppfatningene av hvilke arbeidsoppgaver de arbeider mest, henholdsvis minst med, nokså like for alle de tre organisasjonene. Materialet viser også at 65,5 % (72) av de 110 som svarte på spørsmålet mener at deres kontakt med kommunen er saksavhengig, mens 49 % (50) av 102 mener deres kontakt med kommunen er tilfeldig.

Organisasjonenes deltakelse i råd eller representasjonsordning for mennesker med funksjonshindre varierer ikke lenger fordi kommuner ikke har etablert råd, dette er blitt en plikt for kommunene. Men det varierer fordi mange kommuner ikke har lokale lag av organisasjoner innenfor mental helsefeltet, fordi disse organisasjonene ikke har

representanter i rådet eller fordi de ikke tilføres ressurser. Det er heller ikke nødvendigvis slik at det kommunale rådet er aktivt på tidspunktet denne undersøkelsen er gjennomført.

Organisasjonene sine oppfatninger om hvordan kommunene arbeider med å involvere brukere, hvilke fora som er etablert og som brukere kan medvirke gjennom vises i tabell 6.5.

Tabell 6.5 *Lag og talspersoners oppfatning av hvordan kommunene arbeider for å involvere brukerorganisasjoner. Prosent av lag som har svart. Hele tall i parentes.*

Lag og talspersoners oppfatninger\ forum for involvering	Ja	Nei	Alle lag og talspersoner
RFF/representasjonsordning	63,3 (69)	36,6 (40)	109
Brukerråd	57,9 (62)	42,05 (45)	107
Andre råd/ utvalg	57,8 (59)	42,1 (43)	102
Arbeidsgrupper	56,3 (58)	43,6 (45)	103
Møter m. pol. og adm.	50,4 (53)	49,5 (52)	105
Andre rutiner	36,08 (35)	63,9 (62)	97

Kategoriene er overlappende og dette er heller ikke et spørsmål der informanten er bedt om å velge type medvirkning. Lokale lag og talspersoner kan altså delta på forskjellige måter i samme kommune. I 2006 er det imidlertid like i underkant av 37 % av dem som svarte på spørsmålet, som oppfatter at det ikke er et Råd for funksjonshemmede som er tilgjengelig som kanal for medvirkning for organisasjonene på på kommunalt nivå.

Det er kun 63 % av lag og talspersoner, som svarer på undersøkelsen, som arbeider aktivt via et råd for funksjonshemmede eller annen representasjonsordning. Årsaken kan ligge i, som den kvalitative undersøkelsen avdekker, at medlemmene i organisasjoner på mental helsefeltet ikke ønsker å oppfatte seg som funksjonshemmede. Dermed melder ikke organisasjonene seg som interessenter når kommunene etablerer råd for funksjonshemmede eller annen representasjonsordning (06.01.06. konsulent, 01.06.06. sykepleier).

Trolig vil organisasjonene oppfatte Råd for funksjonshemmede som det samme som brukerråd, og antallet svar som er avgitt på dette varierer lite, henholdsvis 69 og 62. Distinksjonen som gjøres mellom disse rådsformene kan likevel være viktig, fordi det i NIBR\SINTEF's spørreskjema til kommunene er 67 kommuner, av 220, som svarer at det er etablert brukerråd tilknyttet psykisk helsearbeid. Det kvalitative materialet kan vise til at det er gjort forsøk blant kommunene på å opprette egne råd for brukere av psykisk helsetjenester. Det ville eventuelt blitt et brukerråd, men det har ikke vært vellykket. Delvis på grunn av at kommunene ikke er velvillig innstilt, og delvis på grunn av at det ikke er brukerrepresentanter å spille på lokalt (06.01.06. konsulent, 02.06.06. sykepleier).

Det er lokale lag av organisasjoner på feltet i 4 av 7 kommuner i det kvalitative materialet. Mangelen på representanter å spille på er markant også i de kommunene i materialet som har lag. Selv om det er etablert lag av organisasjoner på feltet i kommunen, evner de ikke å stille med representanter som kan bidra i prosesser der organisasjonene bes om å medvirke:

Mental Helse har for tiden et veldig lavt aktivitetsnivå. Blant annet ville brukerne at dagsenteret skulle være åpent på kvelden. Det er helt i orden, men da må de stå for det selv. Naturlig å spørre Mental Helse, det bør være en forening som står bak. Forslaget falt fordi det var ingen som var i stand til å ta ansvaret for det (23.01.06. leder dagsenteret).

Dette kan dreie seg om alt fra de enkleste medvirkningsformene, som denne medvirkningen i praktiske gjøremål kan komme inn under, til de mer komplekse. Av de komplekse kan nevnes invitasjoner til å bidra i arbeids- eller prosjektgrupper og til å delta i å utvikle brukerstyrte tiltak. I kommune B ble det observert at brukere takket nei til å delta i å etablere brukerstyrt tiltak med begrunnelse i at det ikke var medlemmer til å ta på seg ansvaret (møteobservasjoner 17.11.05, 21. 11. 05. og 06.01.06). Kommunen har flere fora brukere inviteres til å delta i og det pekes for eksempel på at de deltar i ressursgruppemøter:

... ressursgruppemøte er et møte mellom etater som kultur, koordineringstjenesten, forvaltningstjenesten, dagsenteret og andre og det tar opp nye ting. Brukere deltar kollektivt. Møtene brukes til å gi hverandre opplysninger om ting som skal skje, det er ellers et fagmøte (13.12.05. ansatt i forvaltningsenheten).

Representanter for organisasjonen bekrefter at det for tiden er vanskelig å få medlemmer til å stille opp og ta på seg slike arbeidsoppgaver. De aktives interesse går mot prosesser i spesialisthelsetjenesten. Likevel er representanter for organisasjonen noe misfornøyde med de mulighetene organisasjonen gis for medvirkning og mener kommunen ikke er åpen nok (21.11.05. og 27.10.06. leder og nestleder i Mental Helse).

Som diskutert over er det i noen kommuner vanskelig å finne medlemmer fra organisasjoner på feltet som kan bidra i kommunale prosesser. Å delta i slike prosesser kan komme inn under flere rubrikker i tabell 6.5. Den viser hvordan lag og organisasjoner oppfatter sine muligheter for å bli involvert i kommunale prosesser via arbeidsgrupper, møter med politikere og administrasjon eller andre rutiner. Det er forholdsvis mange som krysser av i disse rubrikkene. Tall, som ikke er presentert i tabellen, viser at det likevel er 45 % (48 av 107) som mener de ikke blir invitert inn i planprosesser, og 26 % (32 av 122) som mener at de ikke er invitert inn i arbeidet med kommunens psykiatriplan.

To kommuner i det kvalitative materialet har ikke hatt brukere på feltet med i utarbeidelsen av kommunal psykiatriplan, selv om dette hele tiden har vært en målsetting hos alle kommunene i materialet (23.05.06, administrasjonssjef, 12.10.06. konsulent). En av kommunene, F, har nylig startet arbeidet for å involvere brukere og ønsker å etablere et lokalt lag av Mental Helse. Kommunen har tatt de første skrittene for å gjøre dette:

Vi har råd for funksjonshemmede, men kommunen har ikke noe lag av Mental Helse. Det gjør vi nå et forsøk på å etablere. ... Hvis det ikke går har vi bestemt oss for å invitere Mental Helse i nabokommunen inn i våre prosesser. De er også brukere som vet hvor skoen trykker. Eldrerådet har også deltatt i utarbeidelsen av psykiatriplanen (12.10.06. konsulent).

I denne kommunene uttalte altså eldrerådet seg om spørsmål som angikk brukere av psykisk helsetjeneste. I den andre kommunen, uten brukermedvirkning i utarbeidelsen av psykiatriplan, ble det pekt på at det ikke var brukere som ønsket å delta. I en tredje kommune henvendte kommunale myndigheter seg direkte til enkeltbrukere (01.06.06, sykepleier). I begge de to siste kommunene, E og G, var oppfatningen at det ikke ville være mulig å be brukere fra andre kommuner om å uttale seg om egen kommunes plan. Kommune F holdt altså både denne muligheten åpen, samt hadde involvert

eldrerådet i arbeidet med planen for psykisk helsearbeid. Det var nylig etablert et råd for representasjon i denne kommunen og det ble framhevet at det var ønskelig å arbeide grundig med brukeres medvirkning:

Det er mange som tenker at det er en ekstra sløyfe i høringsrunden. Det blir et mantra for mange, så nedfelles det i kvalitetssikringsrutinene og da har de gjort det, latt brukere medvirke. Jeg tenker på brukermedvirkning som tillit, som noe man gjør seg fortjent til. Man må være i den hele tiden, det kan ikke bare være den ekstra sløyfen. Være der, skjønne og etablere forståelse. Det er en langsom rytme, det må aksepteres. Det kommer i konflikt med effektiviseringen. Brukermedvirkning skal etableres, den skal integreres i fagutøvelsen. Det er en tidsutgift, men til tidsbesparelse på sikt. Jeg tror man kan vinne mye ved å la brukere medvirke (12.10.06. konsulent).

Ansatte i kommunal administrasjon finner også at brukeres medvirkning er noe motsetningsfull for dem. I intervjuer fortelles det om at brukere inviteres til å medvirke, at de deltar på møter i plangrupper eller annet, men at brukergrupper likevel i ettetid kan oppleve det som at det ikke har vært medvirkning fra dem. Dette skjer også i kommuner som har etablert prosedyrer eller rutiner for å involvere brukere, og det er uklart for kommunene hva som foregår. Det påpekes at alt blir protokollført slik at klager kan bli tilbakevist (mailkorrespondanse med konsulent, 07.12.06, ansatt i teknisk enhet).

6.3 Oppsummering

Antallet kommuner som gir lokale lag av organisasjoner på mental helsefeltet økonomisk støtte har ikke økt nevneverdig fra 2002 til 2005. Antallet lag og talspersoner som oppgir at de får økonomisk støtte kan dessverre ikke sammenlignes mellom år, men det kan se ut til at det er færre lag som oppgir at de får økonomisk støtte, enn det er kommuner som oppgir at de gir økonomisk støtte. Antallet kommuner som oppgir at de samarbeider bra med organisasjonene på feltet om konkrete tiltak er imidlertid høyt, og har økt mye fra 2002. Antallet kommuner som oppgir at de samarbeider om annet er på 31 %, denne rubrikken kan inneholde samarbeid om helse- og sosialpolitikk. Det kan tenkes at kommunene som gir økonomisk støtte til organisasjonene har utviklet samarbeidet med organisasjonene i perioden. Likevel er det fortsatt mange lokale lag som ikke får tilført

ressurser som gjør dem i stand til å være aktive samarbeidspartnere for kommunene.

Lokale lag av Mental Helse oppgir at de deltar mest ved å delta på møter i råd og utvalg, og at de arbeider opp mot tjenester i kommuner og foretak. De oppgir også at de tar initiativ til å diskutere saker med kommuner og foretak. Men de oppgir at de i liten grad deltar med å avgi høringsuttalelser. Dette tyder på at når brukeres organisasjoner deltar så deltar de i oppgaver som kan medføre at de får tilført myndighet.

Samtidig tyder uttalelsen om at brukeres deltakelse må bli noe mer enn en ekstra sløyfe i høringsrunden også på at kommunalt ansatte i en del tilfeller mener at brukeres deltakelse grenser opp mot symbolpolitikk. Symbolpolitikk er den instrumentelle deltakelsen. Trolig er brukeres deltakelse instrumentell i kommuner der den er saksavhengig og tilfeldig eller kun inngår i kvalitetssikringsrutinene. Når brukeres organisasjoner oppfatter sin deltakelse på denne måten, oppfatter de ikke at de har kontinuitet i sin kontakt med kommunene. Det overføres dermed ikke myndighet til brukere.

Når deltakelsen er saksavhengig bør det stilles spørsmål om hvordan kommunale prosedyrer for å involvere brukere er lagt opp, og om kommunene har sikret seg at brukergruppene har kunnskap om og forstår hva deltakelse i tilknytning til kommunale myndigheter faktisk innebærer. Det kan også tenkes at en av årsakene til uoverensstemmelsen om deltakelsen og resultatene av den, er at det rapporteres dårlig tilbake til medlemmene i laget om det eksterne arbeidet organisasjonen er involvert i. Dette vises det til i kapittel fem. Andre medlemmer vil dermed ikke ha den nødvendige kunnskapen om hvilke prosesser det dreier seg om og hvordan det arbeides med dem.

Diskrepansen mellom kommunenes og lokal lags oppfatninger av om deltakelse medfører medvirkning, eller overføring av makt og myndighet til brukere, kan tyde på at det ikke eksisterer en samforståelse av hva deltakelse er og skal være. Kommunene oppfatter det blant annet slik at når de tilbyr organisasjonene å delta i brukerstyrte prosesser bør brukere være parat og takke ja. Organisasjonene på sin side kan oppfatte selvhjelpsarbeid som sitt viktigste arbeidsområde, og deltakelse i helse- og sosialpolitiske beslutningsprosesser som sekundært. I den grad brukergrupper er i stand til å ta imot et kommunalt tilbud om å delta i brukerstyrte prosesser, vil det sette dem i en posisjon der de får overført makt fra kommunen. Prosesser som skal lede fram til brukerstyre eller lignende, inviterer brukere inn i pro-

sesser som til slutt kan anta form av å bli et partnerskap der brukere inviteres til å delta fordi de anses å ha ressurser de kan bidra med.

I brukerstyrte tiltak får brukere myndighet over avgrensede tiltak. Også deltakelse i arbeidsgrupper overfører makt og myndighet til brukere. De inviteres inn i gruppene fordi de anses å besitte ressurser som er nødvendig for gruppens arbeid. Ressursene er deres erfaringer, men også organisasjonsmedlemskapet er en ressurs fordi brukerne representerer flere enn seg selv. I den grad kommunene samarbeider med organisasjoner om å drive aktiviteter som dagsenter, arbeid og kultur medvirker brukere fordi de har ressurser å bidra med. Her vil det også kunne dreie seg om økonomiske ressurser.

Den påviste forskjellen i oppfatning av hva brukeres deltakelse er og skal resultere i, kan også tyde på at utformingen og innholdet i kommunale prosesser ikke er like godt kjent hos alle lokale lag og talspersoner, og blant brukergruppene kommunene har. Samtidig er det en fare for at forskjellen i oppfatning viser til at brukeres deltakelse er symbolpolitikk for kommunene.

7 Brukeres deltakelse i tilknytning til spesialisthelsetjenesten

7.1 Innledning

Brukere deltar også i tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Det er etablert brukerutvalg ved helseforetakene, og foretak for mental helse skal også ha kontrollkommisjoner. Brukerutvalgene har brukere fra flere organisasjoner som medlemmer, men i hovedsak er det Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), der også Mental Helse er medlem, og Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) som er brukerrepresentantenes bakgrunn, men det skal også gjøres plass til representanter for eldre. Noen helseforetak har lagt vekt på at brukerutvalgene skal ha representanter fra psykiatrien, eller de har i tillegg et brukerutvalg for psykiatriske tjenester (Andreassen 2005). Slike utvalg, men også kontrollkomisjonene, regnes som kanaler for deltakelse, spørsmålet er om de også blir arenaer for medvirkning der det overføres makt og myndighet til brukere. I dette kapittelet skal jeg se på hvilke oppgaver lokale lag og talspersoner mener at deres representanter i brukerutvalg og kontrollkommisjoner bidrar med.

7.2 Brukerutvalg

Brukerutvalg ved helseforetak er hjemlet i helseforetakslovens § 35 som sier at helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan, det dreier seg om helseforetakets virksomhetsplan som skal utarbeides hvert år (§34). Helseforetakene har også ansvar for at det etableres systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaring og

synspunkter. Slike utvalg representerer også interessene til mennesker med psykiske lidelser. Andreassen (2005) viser at helseforetakene på utøvende nivå tenker ulikt om brukerutvalgenes arbeid. Det går et skille mellom å knytte utvalgenes legitimitet til å la dem arbeide med henholdsvis overordnede spørsmål som økonomi og strategiske planer, og praktiske spørsmål om kvalitet ved tjenestene og saker som er konkrete, samt praksis- og pasientnære. Andreassen konkluderer med at det ikke finnes en allmenn forståelse av hva brukerutvalg skal være og hvordan de skal arbeide.

I denne undersøkelsen er det sendt spørreskjema til 404 lokale lag og talspersoner innenfor mental helsefeltet. Det kom 146 svar. 129 svarte på spørsmålet om laget deltar i brukerutvalg ved institusjon i spesialisthelsetjenesten. Av dem har like i underkant av 39 % (50) svart at de deltar. Her er det forsøkt å danne et bilde av om brukere oppfatter at utvalgene er en arena for medvirkning. Hvordan brukere har svart angående brukerutvalgene vises i tabell 7.1.

Tabell 7.1 *Lagenes oppfatning av brukerutvalgenes oppgaver.*
Prosent. Hele tall i parentes

Utvalgenes arbeidsoppgaver	Lagenes oppfatninger	Avgitte svar
Utvalget får saker til høring	90,3 % (28)	31
Utvalget gir råd til institusjoner i 2. linjen	90,0 % (18)	20
Utvalget deltar i planprosesser	96,5 % (28)	29
Utvalget deltar i arbeidsgrupper	96,4 % (27)	28
Utvalget deltar i møter med institusjonsledelsen	97,0 % (33)	34

Av lokale lag som har representanter i brukerutvalg er det altså 97 % som mener at utvalget deltar i møter med institusjonsledelsen. Andreassen (2005) spesifiserer at administrerende direktør, fagdirektør, helsefaglig direktør, assisterende direktør eller en rådgiver i direktørens stab kan møte på utvalgenes møter. I noen tilfeller møter kun en sekretær, en kvalitetskoordinator eller lignende. Hun referer til at direktører som møter oppfatter det som viktig for å gi utvalgene status.

Dernest viser tabellen at 96 % mener de deltar i arbeidsgrupper. Om lag like mange mener at de deltar i planprosesser. 90 % mener de gi råd til institusjonsledelsen og oppfatter at de får saker til høring. Spørsmålet har ikke spesifisert om det er økonomi- og strategiplaner, eller mer konkrete planer utvalget deltar i arbeidet med, men trolig vil økonomi- og strategiplaner være av de sakene utvalgene får til høring. Arbeidsgrupper kan tenkes å dreie seg om mer praksis- og pasientnære spørsmål.

På et annet spørsmål om hvorvidt lokallaget er invitert til å delta i planleggingen av behandlingstiltak i 2. linjen, er det 38 lag og talspersoner som svarer at de deltar eller har deltatt i slik planlegging. Langt de fleste konkretiserer dette til planarbeid i forbindelse med DPS, da gjerne til utbygging og innhold i nye tilbud. Deltakelse i planlegging av tiltak for å bedre flyt mellom behandlingsnivåene nevnes også. Det spesifiseres gjerne som medvirkning i utarbeidelse av samarbeidsavtaler. Lag og talspersoner deltar videre i utvikling av individuelle planer, de involveres i prosjekt om lærings- og mestrings-sentre, de deltar i arbeid med å finne måter pårørende kan involveres og de deltar i forbindelse med planlegging av tiltak i BUP. I ett tilfelle påpekes det at laget deltar ad hoc fordi brukerutvalget er lagt ned.

Brukerutvalgenes deltakelse i arbeidsgrupper kan være overlappende med lag og talspersoners deltakelse i planlegging av tiltak i spesialisthelsetjenesten. Spørsmålene er ikke stilt gjensidig utelukkende, men likevel tyder dette på at brukere trekkes inn i planprosesser i spesialisthelsetjenesten.

7.3 Kontrollkommisjoner

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern har i kapittel seks bestemmelser om kontrollkommisjoner. § 6-2 sier at medlemmene i kommisjonene skal være en jurist med kvalifikasjon til å gjøre tjeneste som dommer, vedkommende skal være leder. Videre er medlemmene en lege, og to andre medlemmer. Av de to andre skal det være ett medlem som enten selv har vært pasient under psykisk helsevern, som har erfaring som nærstående til en som har vært under slikt helsevern, eller som har representert pasientinteresser i stilling eller verv (Lov 1999-07-02 nr. 63). Dette skaper et forholdsvis stort rom for hvilke medlemmer som utnevnes, også for medlemmer fra brukeres organisasjoner.

Det er 133 som har svart på spørsmålet om de har medlemmer i kontrollkommisjoner, og 23,3 % (31) har svart positivt. Alle kommer

fra Mental Helse. Per 2005 var det 57 kommisjoner, og selv om svarprosenten på surveyen er lav gir disse tallene en mulighet for at det ikke er brukerrepresentanter i alle kommisjonene.

Når organisasjonenes brukermedlemmer er spurt om sitt arbeid og hvilke oppgaver de arbeider med i kontrollkommisjoner, varierer det hvilke arbeidsoppgaver de oppfatter at kontrollkommisjonen har.¹³

Tabell 7.2 *Lagenes vurdering av kommisjonenes oppgaver*. Prosent. Hele tall i parentes

Kommisjonenes arbeidsoppgaver	Lagenes oppfatninger	Avgitte svar
Kommisjonens medlemmer snakker med alle tvangsinnlagte	80,0 % (12)	15
Kommisjonen får saker til høring	65,2 % (15)	23
Kommisjonen gir råd til institusjoner i 2. linjen	90,9 % (10)	11
Kommisjonen diskuterer enkeltsaker	76,0 % (19)	25
Kommisjonen behandler klager	74,2 % (26)	35
Kommisjonen samarbeider bredt med institusjonsledelsen	92,3 % (12)	13

Det er ikke mange som har svart på spørsmålet, men 92 % av avgitte svar mener at det samarbeides bredt med institusjonsledelsen. 74 % mener kommisjonen behandler klager. 76 % at den diskuterer enkeltsaker. 90 % (10) svarer at kommisjonene gir råd til institusjonsledelsen, mens 65 % mener kommisjonene får saker til høring. Det er flest avgitte svar på det common sensiske spørsmålet om kommisjonen behandler klager, altså det den er etablert for å gjøre. Klager framstår som diskusjon av enkeltsaker.

Det ble også stilt et spørsmål om hvordan lagene oppfatter kontrollkommisjonene som arena for medvirkning. Svarene vises i tabell 7.3.

¹³ I vurderingsspørsmålene er det avgitt svar fra lokale lag som oppgir at de ikke har medlemmer i kontrollkommisjoner. Det gjør disse data usikre, men de gir likevel et bilde på hvordan arbeidet i kontrollkommisjoner oppfattes.

Tabell 7.3 *Lagenes oppfatning av kontrollkomisjonene som arena for brukermedvirkning. Prosent. Hele tall i parentes*

Kommisjonen som arena	Lagenes oppfatninger	Avgitte svar
Kontrollkomisjonene er et sted brukere høres	42,5 % (17)	40
Kontrollkomisjonene er et redskap for brukeres medvirkning	59,3 % (19)	32
Kontrollkomisjonen er et sted brukere kan gi fra sin erfaring	53,3 % (16)	30
Kontrollkomisjonen er et organ der brukere kan få andre representanter til å endre mening	75,0 % (12)	16
Det er vanskelig å arbeide som bruker i kontrollkomisjonen	75,0 % (6)	8
Jeg føler at jeg som brukerrepresentant har lite å si i kontrollkomisjonen	18,7 % (3)	16

Tabellen viser at om lag 81 % av avgitte svar mener at brukere har lite å si i kontrollkomisjonen. 75 % av avgitte svar mener at kontrollkomisjonen er et organ der brukere kan få andre til å endre mening. Det er også forholdsvis mange som mener at brukere kan gi av sin erfaring i kommisjonene, om lag 53 %. Om lag 59 % mener at kommisjonene er et redskap for brukeres medvirkning. Samtidig er det 57,5 % (23) av respondentene som svarer benektende på at kommisjonene er et sted brukere høres.

Kontrollkomisjonene er forholdsvis nylig evaluert og resultatene er publisert i egen rapport utgitt av Sosial- og helsedirektoratet. Evalueringen behandlet kontrollkomisjonenes virkemåte vedrørende saksbehandling, klagebehandling og velferdskontroll. Under temaet klagebehandling ble det spurt om klager har fått medhold. I den aktuelle perioden, som evalueringen har gjennomgått, viser resultatet at klager fikk medhold i 15,5 % av sakene. Det kan tyde på at det i noen tilfeller er et rom for argumentasjon i kommisjonene, og at andre medlemmer kan la seg overbevise av argumenter som ikke er juridiske. I undersøkelsen av lokale lags oppfatninger er det 75 %, eller 12 avgitte svar, som oppgir at de mener det er mulig å få andre medlemmer i kommisjonene til å endre mening. Dette krever at det er et rom for åpen diskusjon, og positivt svar her tyder på at brukere oppfatter sin medvirkning som mer enn symbolpolitikk.

Intervjupersoner, som selv har erfaring som brukermedlemmer i kontrollkommisjoner, gir tilbakemelding på at det er ensomt å representere brukere i kommisjonene. Det oppfattes at ekspertisen er for tungt representert, både andre og tredje medlem i kommisjonen hentes fra fagekspertisen. Tredje medlem kan for eksempel være psykiatrisk sykepleier. Det store innslaget av ekspertise oppleves som en barriere for å oppnå forståelse og gjenklang for egne argumenter:

Jeg opplever meg ofte alene om mitt syn, og alene om å snakke for pasienten. ... De gangene pasientene har fått medhold og jeg har argumentert for dem og overbevist de andre i kommisjonen, har vi også sett at pasientene har kommet fort tilbake. Det er også fordi psykiatrien fungerer for dårlig, de får ikke oppfølging eller ettervern. Jeg ønsker det kunne vært mer plass til pårørende i kommisjonen. Det er tungt å være alene som brukerrepresentant. Legpersonen burde vært en alminnelig mann i gaten, ikke en med utdanning innenfor psykiatri (27.01.06. leder i lokallag av MH).

Denne oppfatningen av hvordan det er å være brukermedlem i kontrollkommisjonen står ikke direkte i motsetning til observasjonen i surveyen om at kommisjoner er åpne for diskusjon, men de gangene brukermedlemmet hadde argumentert positivt og fått overbevist de andre medlemmene, viste det seg at vedkommende tok feil. Det er mulig å tilskrive pasientenes tilbakefall til manglende oppfølging i kommunen, men det ble likevel oppfattet som negativt for egen troverdighet at slike ting har skjedd. Brukerrepresentanten påpekte at dette var medvirkende årsak til at vedkommende var i ferd med å endre sin mening om tvangsbruk.

I intervju med en annen bruker med erfaring som brukerrepresentant ble det opplyst om at arbeidet i kommisjonen var vanskelig fordi vedkommende ikke ble innkalt til møter. Kommisjonen var på tidspunktet reorganisert og vedkommende hadde forventinger til at den nedfelte arbeidsformen i kommisjonen ville endre seg (09.06.06. brukerrepresentant).

Det kan se ut til at kommisjonene omfatter enheter med ulik størrelse og dermed ulikt antall pasienter:

Kommisjonen jeg sitter i omfatter mange pasienter. Vi har ikke mulighet til å snakke med alle som legges inn på tvang. I andre kommisjoner vet jeg de har tid og mulighet til å snakke med alle. I min kommisjon arbeider vi nå slik at vi blir orientert om alle tvangsinnleggelse en gang per

måned, og vi besøker dem som klager. Jeg ønsker vi kunne forandre på det, at det var mulig å ha flere møter. Nå har vi heldagsmøte en gang hver 14. dag” (27.01.06. leder i lokallag av MH).

Dette ble oppfattet som en frustrerende arbeidssituasjon for kommisjonen, og spesielt for brukerrepresentanten. Ingen av de intervjuede hadde fått opplæring som medlemmer i slike kommisjoner. En hadde deltatt på et kurs i regi av Mental Helse etter å ha fungert en stund, de deltok ellers på Sosial- og helsedirektoratets samlinger. Opplæring ble etterlyst og det ble framholdt at den burde helseforetakene stå for, de burde også gi opplæring til brukermedlemmer i foretakenes brukerutvalg (ibid).

7.4 Oppsummering

50 lokale lag svarte at de har representanter i brukerutvalg. 34 svarte på spørsmålene om hvilke arbeidsoppgaver de deltar i. Først og fremst deltar brukere i møter med insitusjonsledelsen. Møter er ikke nødvendigvis forpliktende, men kan være en ramme rundt andre aktiviteter som er forpliktende i karakter. Høringsuttalelser er den minst forpliktende arbeidsoppgavene brukere kan ha blant dem som er listet opp i tabellen. Den kan sammenlignes med Arnsteins (1969) konsultasjon og grenser da opp mot symbolpolitikk. Den mest forpliktende arbeidsoppgaven er arbeidsgrupper, som kan bli et mer bindende partnerskap. Ved å bli invitert inn i arbeidsgrupper kan brukere gi direkte av sine erfaringer i prosesser som skal lede fram til tiltak. De kommer da i forhandlingsposisjon fordi de antas å besitte ressurser som er nødvendige for prosessen. Deres erfaringer og det faktum at de representerer mange medlemmer i en eller flere organisasjoner er brukerrepresentantenes ressurser. Medlemskap i organisasjon innebærer nettopp at de har et stort erfaringsgrunnlag å trekke veksler på; de kan systematisere flere erfaringer enn sine egne. Arnstein mener dette er en betingelse for å komme i betraktning som partner, og det vil sikre at brukeres medvirkning ikke kun vurderes som instrumentell av de myndigheter som legger til rette for den. Andreassen (2005) kan imidlertid vise til at helseforetakene tenker ulikt om brukerutvalgenes arbeid, noe som tyder på at de trenger mer tid for å finne sin plass og sine arbeidsformer.

Oppfatningen av kontrollkomisjonenes rolle som arena for brukermedvirkning varierer også blant dem som har besvart spørsmålet. Det kvantitative materialet gir til dels et grunnlag for å se positivt på

kommisjonenes rolle. De ble oppfattet både som arenaer for medvirkning og som arenaer der brukere kunne få andre medlemmer til å skifte mening. Intervjupersonene ga ikke informasjon som sto direkte i motsetning til denne oppfatningen av kommisjonenes rolle for brukeres medvirkning, men den ble nyansert. Det ble påpekt at det kunne være vanskelig å være bare en brukerrepresentant i en slik kommisjon.

Brugerrepresentantene i helseforetakenes brukerutvalg er representanter for sine medbrukere inn i foretaket, og de har en base i en brukerorganisasjon. Brugerrepresentantene i kontrollkomisjonene skal også representere brukeres erfaring, men de er likevel ikke på samme måte representanter for et fellesskap av brukere. I større grad kan de ses som advokater eller talspersoner for de enkeltbrukere som tvangsinnlegges i sykehuset. Representantene oppfatter det til dels slik at det er deres jobb å tale de innlagtes sak i behandlingssituasjonen. Deltakelsen i kontrollkomisjoner kan dermed grense opp til å være individuell medvirkning.

8 Oppsummering og presentasjon av utfordringer kommunene står overfor

8.1 Oppsummering

- *Prosjektet har spesifisert to målsettinger for evaluering av brukeres medvirkning:*
- *Kartlegge brukerdeltakelsen ved å se på hvilke organer brukere deltar i og hvilke oppgaver de deltar med.*
- *Studere innholdet i brukerdeltakelsen ved å se på hvordan prosedyrene for brukerdeltakelse og relasjonene mellom ulike aktører der brukere deltar, er utformet.*

Innhold i medvirkning på individnivå i kommunen

På individnivå deltar brukere i relasjonen med profesjonelle yrkesutøvere i tre faser. Den første er ved datainnsamlingen. Det er den samtalen der brukeres ønsker og behov kartlegges. Den andre er ved analyse av innsamlede data, vedtak og gjennomføring av utmålte tiltak. Den siste er ved evaluering og vurdering av tiltakenes tjenlighet. Medvirkning på dette nivået er i hovedsak av terapeutisk karakter. Det vil si at brukere medvirker i egen tilfriskning. I relasjonen brukere inngår i med profesjonelle yrkesutøvere skal det fattes beslutninger om utmåling av tiltak. I den grad brukere deltar i å fatte slike beslutninger foregår det overføring av myndighet til brukere.

Medvirkning i beslutningsfatting

Det observers ikke at de profesjonelle yrkesutøvernes metodikk for å gjennomføre datainnsamling, analyse, fatte beslutning om tiltak og evaluere tiltakenes tjenlighet endres nevneverdig fra 2003/2004 til

2006. Metodikken er samtaler mellom brukere og profesjonelle. Profesjonelle yrkesutøvere ser ut til å legge til rette for at brukere skal kunne medvirke i denne relasjonen. De trekker seg tilbake og viser interesse for brukeres ønsker og behov. Å trekke seg tilbake og vise interesse oppfattes som et sentralt element for profesjonelle yrkesutøveres relasjon med brukere og for å kunne utmåle tiltak for brukere. I den grad profesjonelle yrkesutøvere og brukere kommer til enighet om tiltak kan det foregå en overføring av myndighet i denne relasjonen. Observasjonene i materialet viser likevel at profesjonelle yrkesutøvere oppfatter at mange brukere vegrer seg for å ta i mot tiltak. Det kan dreie seg om tiltak som oppfattes som viktige for at brukere skal nå et rimelig godt funksjonsnivå og profesjonelle yrkesutøvere kan i en del tilfeller overprøve brukeres bedømming av egen situasjon. Det kan karakteriseres som at profesjonelle yrkesutøvere tar i bruk sin myndighet til å definere hva brukeres problem består i og hva som må til for å løse det.

Det observeres at både betingelsene for å gjennomføre samtaler og utmåle tjenester er endret mellom 2003/2004 og 2006. Betingelsene ser ut til å endres til det positive i den vertikale relasjonen mellom kommuner og spesialisthelsetjenester. Den relasjonen har, ved bestemmelsene om avtaler om inn- og utskrivning av pasienter i spesialisthelsetjenesten, et potensial til å skape mer forutsigbarhet på kommunalt nivå. Betingelsene ser imidlertid ut til å endres til det negative i den horisontale relasjonen på kommunalt nivå. Det skal bemerkes at fire av syv kommuner har forholdsvis gode samarbeidsforhold. Det er likevel bare i to av disse at koordinering er i forgrunnen, dvs. legges til rette for på systemnivå i kommunen. I de resterende to kan horisontalt samarbeid karakteriseres som et biprodukt av at kommunene er forholdsvis små.

I de resterende tre kommunene er horisontalt samarbeid problematisk. I to har det vært problematisk over tid, i den tredje er det en ny observasjon som gjøres ved siste datainnsamling i 2006. I alle tre kommunene kan innføringen av flat struktur og resultatenheter utpekes som et kritisk punkt. I den tredje er også innføring av bestillerenhet, eller forvaltningsenhet, et kritisk punkt. At kommunene har organisert seg med resultatenheter innebærer at utøvende enheter får resultatansvar for økonomi, personal og fag. Dette stimulerer den vertikale styringen mellom rådmannsnivå og utøvende enheter. Rommet for horisontal samordning, som var til stede fordi en helse- og sosialsjef kunne se flere utøvende enheter i sammenheng, forsvinner. Forvaltningenhet begrenser utøvende profesjonelles myndighet til å fatte beslutninger i samarbeid med eller nært til brukerne. Det vil si at de som arbeider med å utføre tiltak, altså gi

brukere tjenester, ikke er de samme profesjonelle yrkesutøverne som har fattet beslutning om tiltak og utmålt dem. Innføring av forvaltningsenhet som kritisk punkt for samordning i psykisk helsearbeid ser ut til å forsterkes hvis det også innføres betalingsprosedyrer i den horisontale samordningen.

Vertikal og horisontal samordning er definert som profesjonell yrkesutøvelses objektive trekk, altså de som ligger utenfor profesjonelle yrkesutøvers kontroll. Organisasjonsendringer griper direkte inn i profesjonelles yrkesutøvelse. Flere arbeidsoppgaver plasseres utenfor kontrollen til profesjonelle medarbeidere som yter tjenester til brukere. Medarbeidere har dermed heller ikke myndighet til å fatte beslutninger om tiltak eller utmålingen av tiltak nært til eller i samarbeid med brukere. Brukeres relasjoner med profesjonelle yrkesutøvere i slike kommuner vil derfor være av terapeutisk karakter. Det er større muligheter for at brukeres relasjon med profesjonelle medarbeidere i kommuner uten forvaltningsenhet vil kunne innebære at det foregår overføring av myndighet fra profesjonelle yrkesutøvere til brukere.

Medvirkning i utføring av tiltak

Kommunene tar trolig inn flere brukere i 2006 enn de gjorde i 2003/2004. Det er flere kommuner som oppgir at de arbeider med hvordan de skal ordne prosedyrer for utmåling av tiltak til brukere, dette inkluderer hvordan det skal prioriteres mellom brukere. I 2006 var det to kommuner med forvaltningsenhet og to kommuner som planla å innføre slik enhet, også i andre kommuner er spørsmålet et tema på enhetsnivå. I 2003/2004 var slike prioriteringer overlatt profesjonelle yrkesutøvere.

Tiltakene det vedtas at brukere skal ha tilgang til, og som utmåles, er individuelle samtaler, eller støttesamtaler, dagsenter, individuell plan og støttekontakt/fritidskontakt. Bolig inngår også her, men i den grad brukere deltar angående boliger, deltar de på kollektivt nivå. Det observeres endringer som tyder på at en del tiltak øker i hyppighet og intensitet.

I 2003/2004 var individuelle samtaler, eller støttesamtaler, det hyppigst utmålte tiltaket. I 2006 er observasjonen at det fortsatt er det hyppigst utmålte tiltaket i kommunene i materialet. Det observeres at tilbud om plass på dagsenter, individuell plan, støttekontakter og fritidstiltak utmåles hyppigere for brukere i 2006 enn i 2003/2004, og at de i noen kommuner har større intensitet. Observasjonen er også at det varierer mellom kommuner. Medvirkning i gjennomføringen av tiltak er i hovedsak terapeutisk, men medvirkning ved utforming av

individuell plan og medvirkning i styring ved dagsentra kan anta karakter av å være overføring av myndighet.

Alle kommunene, med unntak for en, har bedret sine rutiner for utarbeidelse av individuell plan i årene fra 2003/2004 til 2006. Arbeidet med individuelle planer er avhengig av hvordan stemningen for horisontalt samarbeid er i kommunene, men også for vertikalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Mens det vertikale samarbeidet har potensial til å bli bedre, ser altså det horisontale samarbeidet ut til å bli vanskeligere. Profesjonelle yrkesutøvere oppfatter det slik at de må rette mye oppmerksomhet mot å skape klima for samarbeid.

Alle seks kommunene som tilbød dagsenter i 2003/2004 gjør det også i 2006. Kommunen uten dagsenter har etablert en frivillighetssentral som har lavterskeltilbud til psykisk syke i form av kafé. Fem av sju kommuner hadde godt utbygget dagsentertilbud i 2003/2004. To av dem har redusert sitt tilbud av aktiviteter og måltider, en kommune står på stedet hvil. De resterende tre har bedret sitt tilbud. Det tilbys flere aktiviteter, fysiske og kreative, å velge mellom, samt at det serveres mat hyppigere. Den siste kommunen med dagsenter brukte det ikke som utgangspunkt for gruppeaktiviteter i 2003/2004 og gjør det heller ikke i 2006. Kommunen har likevel etablert et tilbud om fysisk aktivitet for sine brukere. Medvirkningen i tiltakene er fortsatt terapeutisk i karakter, men det er flere tiltak å velge mellom. Medvirkningen ser ikke ut til å ha endret seg i større grad i årene mellom 2003/2004 og 2006.

Dagsentra har også forbedret sine rutiner for å la brukere medvirke i styring. Det holdes oftere allmøter, eller husmøter, og det diskuteres hvilke tiltak dagsenteret skal tilby. Dette er medvirkning som overfører myndighet til brukere.

Brukeres deltakelse i aktiviteter ved dagsentra, både de kreative og fysiske, er deltakelse i egen tilfriskning. Involvering i mottak av kultur- og fritidstiltak er også terapeutisk medvirkning. Samtidig ser medvirkning i slike tiltak noe utover at brukere skal lære å mestre et dagligliv. Den lærer brukere å etablere nettverk og opprettholde sosiale relasjoner, og peker dermed også på at brukere skal videre i sine liv.

Deltakelse på systemnivå i kommunen

Deltakelsen på systemnivå i kommunene foregår som kollektiv deltakelse. Det vil si at brukere, som er medlemmer av organisasjoner eller forespurt direkte, representerer andre brukere i råd og utvalg på kommunalt nivå. Slike råd kan være etablert på politikkenes inputside

og dermed levere innspill til beslutninger som skal fattes på politisk nivå i kommunene. De kan også være etablert på politikkenes out-putside og leverer da innspill direkte til beslutninger som fattes i en utøvende enhet eller et tjenestested.

Deltakelse på systemnivå i kommunen kan foregå i et råd for funksjonshemmede eller representasjonsordning for mennesker med funksjonsnedsetting. Dette er råd på politikkenes inputside. I 2003/2004 var det råd for funksjonshemmede i 59 % av norske kommuner, og en av kommunene i materialet hadde nylig etablert et slikt råd. I 2006 er det pliktig for alle kommunene å etablere en representasjonsordning for mennesker med funksjonsnedsetting og alle kommunene i materialet har det på agendaen. Det ser likevel ut til å variere hvor langt kommunene er kommet i arbeidet, og det ser ut til å variere hvilken rolle representasjonsordningen vil komme til å spille som deltakelsesarena for brukere.

Det ser ut til å variere først og fremst med hensyn på om det er lokale lag av organisasjonene på feltet i kommunene. I de tre minste kommunene i det kvalitative materialet er det ikke lag av organisasjon. Det kvantitative materialet støtter en observasjon om at små kommuner ikke har lokalt lag. Kommunene ser i liten grad ut til å involvere andre brukergrupper i kommunen, eventuelt laget i nabokommunen, eller et fylkeslag, når brukere på feltet burde vært involvert. Mangel på lokalt lag kan dermed hindre representasjon.

Derneft varierer rollen representasjonsordningen vil komme til å spille for om brukere på feltet oppfatter den som en arena for deltakelse. Det gjør den ut fra om representasjonsordningen bare får saker til høring, eller om de også kan utse medlemmer til arbeidsgrupper og lignende. Det vil si om slike råd uttaler seg om kommunale saker ad-hoc, eller om de trekkes inn i kommunale beslutninger på kontinuerlig basis. Et eksempel på det er at de har medlemmer i arbeidsgrupper. Antagelsen er at brukere oppfattes som å besitte viktige ressurser for å fatte gode beslutninger hvis de inviteres inn i arbeidsgrupper og lignende. Da kan det også foregå overføring av myndighet til brukere. I det kvalitative materialet er det bare i en kommune det observeres at brukere er involvert på kontinuerlig basis via et råd for funksjonshemmede. Brukeres organisasjoner har også representanter i kommunale prosesser som går utenom et råd eller en representasjonsordning. I andre kommuner har individuelle brukere blitt spurt direkte om å delta i kommunale prosesser. Det kvantitative materialet viser at brukeres organisasjoner i liten grad oppfatter at de skriver høringsuttalelser. De deltar imidlertid på møter med kommunale myndigheter og de tar initiativ til å diskutere saker.

Antallet kommuner som oppgir at de samarbeider med lokale lag om tiltak for gruppen brukere har økt i perioden. Tiltakene er dagsenter, arbeid/aktivitet, kultur/fritid og annet.

Deltakelse på systemnivå i spesialisthelsetjenesten

På systemnivå i spesialisthelsetjenesten deltar brukere i brukerutvalg og kontrollkommisjoner. I brukerutvalg deltar brukere i møter med institusjonsledelsen og i planprosesser, og de deltar ved å lage høringer og ved å være medlemmer i arbeidsgrupper. Deltakelsen kan dermed innebære at utvalgene er arenaer der det foregår overføring av myndighet til brukere. Utvalgene er imidlertid nye og ser ikke ut til å ha funnet sin form.

I kontrollkommisjonene deltar brukere i hovedsak ved å delta i klagebehandling, diskutere enkeltsaker og behandle saker som kommisjonen får til høring. Kommisjonene oppfattes til dels som et redskap for brukeres medvirkning, som et sted brukere kan gi fra sin erfaring og som et sted brukeres representanter kan få andre til å skifte mening. Det poengteres at dette er til dels fordi antallet svar på disse spørsmålene er svært lav og fordi flest av dem som svarer, svarer benektende på at kommisjonen er et sted brukere høres.

Mens brukerrepresentanter i brukerutvalg representerer fellesskapet av brukere, er brukerrepresentantene i kontrollkommisjonene i større grad talspersoner for brukere som er tvangsinnlagt i sykehus. Deres deltakelse grenser dermed opp mot å være individuell medvirkning.

8.2 Utfordringer knyttet til brukeres medvirkning og deltakelse i det psykiske helsearbeidet

Spørsmålene som ble stilt innledningsvis og som evalueringen skal si noe om var:

- *Hvordan legges det til rette for brukeres individuelle medvirkning på kommunalt nivå?*
- *Hvordan arbeider tjenesteytere for å styrke brukeres individuelle medvirkning?*
- *Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse på kommunalt nivå?*
- *Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse overfor spesialisthelsetjenesten?*

Hva er suksesskriteriene for brukeres deltakelse og medvirkning på kommunalt nivå?

Hvordan legges det til rette for brukeres individuelle medvirkning på kommunalt nivå?

Brukeres mestring, eller styrking og myndiggjøring, forutsetter at profesjonelle medarbeidere som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunene er myndiggjorte medarbeidere. Det innebærer at de har tilstrekkelig myndighet og selvstendighet til å fatte beslutninger de anser som å være til det beste for brukerne. Analysen viser at det eksisterer organisatoriske og tiltaksmessige barrierer for profesjonelles myndighetsutøvelse. Disse er lite endret siden 2004.

Organisatoriske barrierer kan tilbakeføres til innføringen av flat struktur i kommunal organisasjon. Når kommunal organisasjon har fått flat struktur er mellomlederstillinger borte og det etableres en mer eller mindre direkte relasjon mellom rådmannsnivået og enhetsledere. Dette leder til enhetsegoisme og mangel på koordinering mellom enheter, og dermed til manglende samarbeid mellom de kommunale enhetene som yter tjenester til samme bruker. Alle kommunene i det kvalitative materialet har flat struktur, mot seks i 2004. I alle, så nær som to som har en modifisert flat struktur, rapporteres det om problemer med samarbeid. Det ser ut til at de største problemene for samarbeid er å finne i kommuner som også har forvaltningsenhet. Forvaltningsenheten bryter opp det profesjonelle arbeidet og deler myndigheten til å fatte beslutninger mellom en besluttende og en utøvende enhet.

Ut fra dette pekes det på at det er en utfordring for kommunene å organisere seg på en måte som ikke hindrer samarbeid. Flat struktur på den kommunale organisasjonen ser ut til å hindre samarbeid, mens modifisert flat struktur legger bedre til rette for samarbeid.

De vertikale relasjonene kommunene har inngått i med spesialisthelsetjenesten har utgjort organisatoriske barrierer for brukeres medvirkning. Siden 2004 er det iverksatt politikk for å bygge ned disse barrierene, og alle kommunene i materialet opplevde, på noe forskjellige måter, at det var tatt initiativ til endringer i inn- og utskrivingsrutiner med DPS. Fortsatt opplevde ansatte i kommunene likevel at de på dagen måtte ta stilling til nye brukere som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten.

Tiltaksmessige barrierer dreier seg på den ene siden om de organisatoriske faktorene som er nevnt over, det vil si at andre enheter kan oppfattes som vanskelige å involvere i tiltak for brukere av

psykiske helsetjenester og at det er ventetid. I kapittel fire ble det vist til at profesjonelles oppfatning om brukeres tilgang til andre tjenester som sosialkontoret og trygdeetaten varierte, og at den ble ansett som bedre hvis andre etater har kompetanse om psykisk helse.

- *Kommunene, samt NAV, bør oppfordres til å øke kompetansen om psykisk helsearbeid i tilgresende tiltak.*

Hvordan arbeider tjenesteytere for å styrke brukeres individuelle medvirkning?

Individuell medvirkning foregår først og fremst i relasjonen mellom tjenesteyter og bruker. Analysen i kapittel fire viser at denne har endret seg lite siden 2004, men at det er noen trender. For det første problematiserer profesjonelle tjenesteytere brukermedvirkningen og stiller spørsmål ved hvordan den skal gjennomføres. De vil både se brukeres grenser, samt motivere brukere til å ta i mot tjenester, delta og medvirke. Profesjonelle yrkesutøvere er også opptatt av hvordan de skal kunne vite at de prioriterer de rette brukerne og ønsket seg både faglig, organisatorisk og ledelsemessig støtte for prioriteringer de står overfor. Videre viste analysen at profesjonelle yrkesutøvere arbeider på mange måter for å styrke brukeres individuelle medvirkning. De oppfordrer andre enheter til samarbeid gjennom ansvarsgrupper og individuelle planer. Det vil si at de søker å skaffe seg oversikt over elementer som ligger utenfor egen yrkesutøvelses kontroll, men som likevel er viktige for at brukere skal kunne medvirke i utmålingen av egne tiltak.

Videre ble det vist til at begrunnelsene både for ansvarsgrupper og individuelle planer, men også for å ta i mot andre tiltak, kan være vanskelige for brukere å forstå. Profesjonelle yrkesutøvere fokuserer derfor på at brukerne skal motiveres til å ta imot tiltak og tjenester. Motivasjonsarbeid tar tid og god gjennomføring av slikt arbeid krever at empowermentarbeidets slagside mot New Public Management ikke får gjennomslagskraft i kommunene. Det vil si at det skal sikres at brukere mestrer sin hverdag før det psykiske helsearbeidet trapper ned sine tjenester.

- *Kommunene har dermed en utfordring i å gi profesjonelle medarbeidere tilstrekkelig myndighet til å fatte de nødvendige beslutninger i samråd med brukere.*

Det er de samme kommunene som tilbyr dagsentertjeneste i 2006 som i 2004. Tjenesten er utviklet noe, blant annet ser det ut til at antallet aktiviteter brukere kan delta i har økt, samt at det er økt hyppighet på møter der brukere kan medvirke i utforming av tjenesten. Det innebærer at dagsentra framstår som en arena der brukere kan

medvirke både angående utformingen av egen tjeneste, det vil si at de deltar aktivt i å bestemme hvilke aktiviteter dagsenteret skal tilby, samt at de deltar terapeutisk i aktivitetene. Ansatte ved dagsentra har erfaring for at brukere lærer ved å delta i aktiviteter og at de tar sin lærdom i bruk.

- *Kommunene har en utfordring i å styrke sin dagsentervirksomhet, eventuelt styrke eller etablere gruppeaktiviteter for brukere. Andre enheter i kommunene bør gis informasjon om dagsentervirksomheten.*

Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse på kommunalt nivå?

Resultatet av individuelle prosesser for å lære brukere mestring kan være at de melder seg inn i en organisasjon. Å melde seg inn i en organisasjon er en handling som er bevisst i forhold til et nettverk av mennesker. Handlingen er også bevisst i forhold til selv å definere seg som brukere av psykiske helsetjenester, eventuelt som pårørende til bruker. Brukere eller pårørende som er medlem i organisasjoner på feltet gis i mange kommuner mulighet til å delta kollektivt. Kommunene må etablere et råd eller annen representasjonsordning for funksjonshemmede, mange kommuner har etablert brukerråd på mental helsefeltet og organisasjonene gis økonomisk støtte på ulike måter.

Data om brukeres kollektive deltakelse er ikke så detaljerte i 2004 som i 2006. Det har vært en liten økning i antallet kommuner som gir økonomisk støtte til brukeres organisasjoner på feltet, og en forholdsvis stor økning i antallet kommuner som i 2006 sier at de samarbeider godt med brukeres organisasjoner. Alle kommuner er pålagt å ha råd eller annen representasjonsordning for funksjonshemmede i 2006. I 2003/2004 hadde 59 % av kommunene slikt råd. Brukere av tjenester innenfor mental helsefeltet anser seg ikke nødvendigvis som funksjonshemmede og det anbefales derfor at det etableres egne brukerråd for denne gruppen.

Å gi organisasjonene på feltet økonomisk støtte er en god begynnelse, brukere blir dermed tilført ressurser. Analysen i kapittel seks viser imidlertid at dette ikke er tilstrekkelig. Brukere må involveres i pågående prosesser og arbeidsgrupper. Planprosessene kan være utgangspunkt, men også her er det viktig at organisasjonene, eventuelt andre brukere, ikke bare kommer inn som høringsinstans i forhold til et nesten ferdig produkt. Arbeidsgrupper er det redskapet som i størst grad kan gi brukere tilgang til medvirkning. Arbeidsgrupper gir

brukere mulighet til å komme i forhandlingsposisjon og en mulighet til å ta sine ressurser i bruk. Slik deltakelse gir, i større grad enn rollen som høringsinstans, tilgang til kontinuerlig deltakelse. Det vil bryte med kommunenes forventninger om effektivitet i beslutningsfattingen.

- *Kommunene har dermed en utfordring i å involvere brukere i arbeidsgrupper i tilknytning til planprosesser og andre spørsmål som angår dem.*

Analysen i kapittel seks viser også at kommunene tenker tradisjonelt med hensyn til hvem som er brukere. Det er unntak, men brukere defineres hovedsakelig som innbyggere i kommunen som mottar de tjenestene det etableres deltakelsesordninger for. Kommunene ser i liten grad for seg at de kan invitere eldrerådet eller nabokommunens lokallag av organisasjoner til å uttale seg om eget psykiske helsearbeid.

- *Kommunene har en utfordring i å tenke alternativt med hensyn på deltakelse. Flere grupper av brukere kan inviteres inn i kommunale prosesser. Det er også mulig å invitere nabokommunenes lokale lag, eventuelt et fylkeslag, inn i kommunale prosesser.*

Analysen tyder også på at det ikke er samforstand mellom kommuner og brukeres organisasjoner om hva som er innholdet i brukeres deltakelse, og hva den skal lede fram til.

- *Kommunene har en utfordring med å skolere brukere som er medlemmer i råd og representasjonsordninger, samt til å ta initiativ til å etablere en samforståelse med organisasjonene om hva brukeres deltakelse skal være og hva det kan forventes at den resulterer i.*

Hvordan legges det til rette for brukeres kollektive deltakelse overfor spesialisthelsetjenesten?

Det er gjort analyser av to kanaler for brukeres deltakelse overfor spesialisthelsetjenesten. Det er brukerutvalg og kontrollkommisjoner. Analysene i kapittel sju baserer seg også i hovedsak på det kvantitative materialet som er hentet inn ved spørreundersøkelsen til lokale lag og talspersoner og det foreligger data bare fra ett tidspunkt, som er 2006.

Svarprosenten er kun på 36. 1/3 av de som har svart oppgir at deres lag har representant i brukerutvalg ved helseforetak. 33 av

respondentene oppfatter at utvalgene deltar i møter med institusjonsledelsen. 28 respondenter oppfatter at utvalget deltar i planprosesser og med høringer, 27 i arbeidsgrupper og 18 med å gi råd til institusjoner i 2. linjen.

Brukerutvalgene ser ikke ut til å ha funnet en endelig form, men det er positivt at så mange respondenter oppfatter at brukeres medlemmer inviteres inn i planprosesser og arbeidsgrupper da dette er de aktivitetene som kan overføre makt og myndighet til brukere.

I spørsmålet om deltakelse i kontrollkommisjoner er det 31 respondenter som svarer positivt på at deres lag deltar. 26 respondenter oppfatter at kommisjonene behandler klager. 19 oppfatter det slik at kommisjonene diskuterer enkeltsaker. 15 oppfatter det slik at kommisjonen får saker til høring. 12 oppfatter at kommisjonen snakker med alle tvangsinnlagte og at den samarbeider bredt med ledelsen, mens ti oppfatter at kommisjonen gir råd til institusjoner i 2. linjen. Kontrollkommisjonene oppfattes i dette materialet dels som en arena der brukere kan medvirke, et sted brukere kan gi av sin erfaring og et sted brukere kan få andre medlemmer til å skifte mening.

Dette bildet må imidlertid nyanseres noe, og andelene som svarer positivt er ikke mye høyere enn andelen som svarer negativt på de stilte spørsmålene. I det kvalitative materialet er oppfatningen av kontrollkommisjoner negativ. Det etterlyses flere lege medlemmer og det etterlyses skolering for deltakerne. Brukerrepresentanter som er intervjuet mener at helseforetakene bør ta seg av skoleringen. Brukers deltakelse i kontrollkommisjoner ser også ut til å finne sted i grenseflaten mellom deltakelse og advocacy, altså at brukerrepresentantene inngår i en rolle som brukeres talsperson. Det kan anbefales at:

- *Brukeres skolering for deltakelse både i brukerutvalg og kontrollkommisjoner systematiseres og at ansvaret plasseres utenfor brukeres organisasjoner.*
- *Det utarbeides en mal for brukeres deltakelse i tilknytning til spesialisthelsetjenesten.*

Hva er suksesskriteriene for brukeres medvirkning på kommunalt nivå?

- *Barrierene for brukeres medvirkning på kommunalt nivå framstår som mange. De er for det første av organisatorisk karakter og angår både horisontalt og vertikalt samarbeid. De kan, for det andre, være avhengige av hvordan det kommunale psykiske helsearbeidet ledes. For det tredje kan de være*

avhengig av både de profesjonelles og kommunenes fortolkning av hva brukermedvirkning og brukeres deltakelse er og skal lede til, samt brukeres forståelse av det samme.

- *Både brukeres individuelle og kollektive deltakelse tar tid og kan bryte med en etablert forståelse av effektivitet i beslutningsfattingen både på politisk nivå og på enhets- og tiltaksnivå. Kommuner, der brukermedvirkningen ser ut til å lykkes, har som kjennetegn at de er uten domenekonflikter mellom enheter og mellom profesjonelle yrkesutøvere. De har profesjonelle yrkesutøvere med et høgt bevissthetsnivå på hvordan brukere involveres i egen tjeneste og på hvordan andre enheter involveres horisontalt og vertikalt. Til sist har de en interessert og delaktig ledelse for det psykiske helsearbeidet. Denne ledelsen er i stand til å myndiggjøre profesjonelle yrkesutøvere som er i direkte kontakt med brukere og den er i stand til å skape det nødvendige rommet for handling innenfor de rammer som er gitt av politikere og administrasjon i kommunene.*

Litteratur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press. Chicago and London
- Andersen, M.L., P. N. Brok og H. Mathiasen (2000): *Empowerment på dansk*. Dafolo Forlag, Fredrikshavn
- Andreassen, T. A. (2005): *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Arnstein, S.R. (1969): "A Ladder of Citizen Participation". *Journal of the American Institute of Planners*. July 1967, Vol. 35:216-224
- Askheim, O.P. (2003): *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeidet med funksjonshemmede*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Blomqvist, P. og B. Rothstein (2000): *Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Agora, Stockholm
- Braye, S. (2000): "Participation and Involvement in Social Care. I: H. Kemshall og R. Littlechild: *User Involvement and Participation in Social Care*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia
- Carson, A. M. (2005): "Mental Health Nursing: Principles in Practice". I: S. Tilley: *Psychiatric and mental Health Nursing. The field of knowledge*. Blackwell Science, Oxford
- Dahlberg, M. og E. Vedung (2001): *Demokrati och brukarutvärdering*. Studentlitteratur, Lund

- Fawcett, B. (2000): *Feminist Perspectives on Disability*. Prentice Hall
- Folkestad, H. (2000): "Ambisjonen er å yte tilpasset hjelp". I: J. Froestad, P. Solvang og M. Søder (red): *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Hansen, K. (2005): "Representative Government and Network Governance – in need of "Co-governance". Lessons from local decision making on public schools in Denmark. *Scandinavian Political Studies*. Vol. 28 No. 3
- Hansen, G.V. og H. Ramsdal (2005): Om sirkelens kvadratur: Psykisk helsearbeid møter Bestiller-utfører-organisasjonen. Artikkelutkast
- Helgesen, M. (2004): *Brukerinvolvering I psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR NOTAT 2004:136
- Helgesen, M. (2006): *Organisering - for samarbeid og samordning?* NIBR NOTAT 2006:129
- Helgesen, M., M. Feiring, G. V. Hansen og H. Ramsdal (2005): *Kompetanseutvikling I kommunene. Rekruttering og opplæring I psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2005:10
- Hirschman, A.O. (1970): *Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts and London, England
- Holm, P., J. Holst, S. B. Olsen og B. Perlt (2001): "Livskvalitet og profesjonell støtte". I: Holm, P., J. Holst, S. B. Olsen og B. Perlt: *Liv og kvalitet I omsorg & pædagogik*. Systime
- Hovik, S. og I.M. Stigen (2004): "Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase". NIBR Notat 2004:124
- Jacobsen, K.D. (1970): "Politisk fattigdom". I: L.R. Lingås (red): *Myten om velferdsstaten. Søkelys på norsk sosialpolitikk*. Pax forlag A/S, Oslo
- Johnsen, Å., I. Sletnes og S.I. Vabo (2004): *Konkurranseutsetting i kommunene*. Abstrakt forlag, Oslo

- Kalseth, B. L. Midttun, B. Paulsen og L. Nygård (2004):
Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill. SINTEF Helse
- Myrvold, T. M. (2001): *Smått og godt? Om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikatordiskusjon.* NIBR, Rapport 2001:1
- Myrvold, T. M. og M. Helgesen (2005): *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner.* NIBR, NOTAT 2005:108
- Myrvold, T. M. (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005.* NIBR-rapport 2006:11
- Olsen, J.P. (1978): Politisk organisering. Organisasjonsteoretiske synspunkt på folkestyre og politisk ulikhet. Universitetsforlaget, Oslo
- Opedal, S. og I. M. Stigen (2002): *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse.* NIBR, Rapport 2002:21
- Platzer, H. (2005): "Best value but not best interest: can service users instruct mental health advocates?" I: D. Taylor og S. Balloch: *The politics of evaluation. Participation and policy implementation.* The Policy Press, University of Bristol
- Rokkan, S. (1987): "Numerisk demokrati og korporativ pluralisme: To beslutningskanaler i norsk politikk. I: S. Rokkan: *Stat, nasjon, klasse. Essays i politisk sosiologi.* Universitetsforlaget, Oslo
- Rønning, R. (2006) "Å telle seg til dumskap". Artikkel i Klassekampen 19.12.2006
- Sharpf, F. W. (1999): *Governing in Europe: Effective and Democratic?* Oxford University Press, Oxford
- Solheim, L. J. og B. Øvrelid (2001): *Samhandling i velferdsyrke.* Fagbokforlaget, Bergen

Stang, I. (1998): *Makt og bemyndigelse- om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Universitetsforlaget, Oslo

Vike, H. (2004): *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstatsaten ved veiskillet*. Akribe. Oslo

Ørstavik, S. (1996): *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*. INAS-NOTAT 1996:8

Annet

IS-1332: Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder

IS-1253: Individuell plan 2005 – Veileder til forskrift om individuell Plan

IS-1338: Evaluering av kontrollkommisjonene i psykiskhelsevern

Lov av 19. november 1982 nr. 66: Lov om helsetjenester i kommunene

Lov av 13. desember 1991 nr. 81: Lov om sosiale tjenester m.v.

Lov av 2. juli 1999 nr. 63: Lov om pasientrettigheter

Lov av 15. juni 2001 nr. 93: Lov om helseforetak m.m.

Lov av 17. juni 2005 nr. 58: Lov om råd eller annen representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.

Odelstingsproposisjon nr. 12 (1998-99): Lov om pasientrettigheter
Rundskriv I – 42/99:

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer

Stortingsproposisjon nr. 1 2006-2007

WHO Europe (2006): *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Health Evidence Network

Vedlegg 1

Intervjuguide

Organisering i kommunen

Målsettinger for psykisk helsearbeid

Hva er psykisk helsearbeids ansvar
Finnes det noen dilemmaer eller motsetninger, eventuelt konflikter
Hva er kjennetegnet på vellykkethet innenfor psykisk helsearbeid

Hvem deltok i utarbeidelse av psykiatriplanen?
Hvordan ble brukere involvert?
Hvilke andre planer i kommunen påvirker planen?
Inntrykk av om politikere er engasjerte, resten av administrasjonen?
Eller bare plikt?
Hva innebærer det at psykisk helsearbeid er organisert som

- *Egen enhet*
- *Egen tjeneste*
- *Integrert i annen tjeneste*
- *Lagt direkte til rådmannsnivå*

Hvordan er psykiaritjenesten utformet i kommunen

Antall brukere

Hvilke og hvor mange tiltak og tjenester?

Hvilke tiltak vektlegger brukermedvirkning? Bolig, arbeid, arbeidstrening, fritid, dagsenter, støttekontakt, antall ansatte, hvilke tjenestesteder, forebygging, informasjon.

Hvilke tjenester er det innenfor psykiatri i omsorgsapparatet? For voksne, for barn og unge.

Hvordan er de organisert?

Hva gjøres for å legge det til rette?

Koordinering og samarbeid

Hvilke etater samarbeides det med på kommunalt nivå?

Hvordan koordineres det med 2.linjen?

Hvilke institusjoner i 2. linjen samarbeides det med?

Er samarbeidet med DPS evt. andre institusjoner godt?

På hvilket nivå i kommunen foregår samordningen? På ledernivå eller er det yrkesgruppene rundt den enkelte bruker som koordinerer?

Hvordan fungerer psykisk helsearbeid i forhold til resten av helseomsorg i kommunen?

I forhold til legene?

Psykisk helsearbeid i forhold til begreper som integrering og normalisering; hva betyr de for integrering av tjenesten?

Hvor viktig er individuell plan, ansvarsgrupper, eventuelt andre former for koordinering som har brukeren i sentrum.

Hvilken rolle spiller hjemmetjenesten og hjemmesykepleien?

Hvilken arbeidsdeling er det mellom disse tjenestene og psykisk helsearbeid?

Hvordan fungerer relasjonen til kvalitetsrådgiverne på fylkesnivå?

Hva gjør de i forhold til kommunen? Hjelp og tilrettelegging eller bare kontroll?

Målgruppe

Hvordan er målgruppen for tiltakene avgrenset? Barn og unge vs. voksne, yngre voksne vs. eldre, langtidssyke vs. nysyke, tunge vs. lettere lidelser etc.

Samarbeid med organisasjonene på feltet

Hvordan foregår samarbeidet med brukeres organisasjoner?

Har kommunen råd og utvalg, eventuelt andre former for systematisk samarbeid med brukere?

Gir kommunen økonomisk støtte til organisasjoner på feltet (Mental Helse, Landsforeningen for pårørende, Voksne for barn)?

Hvordan deltar de i forhold til planprosesser og lignende?

Utdanning og opplæring

Hvilke yrkesgrupper er ansatt?

Hvilke planer har kommunen for rekruttering og opplæring av personale innenfor psykisk helsearbeid? Hvilken type kursvirksomhet drives? For eksempel kurset støtte og lære?

Forholdet mellom tiltak som fordrer spisskompetanse og tiltak som fordrer bredde, hvordan er det ordnet?

Framover

Finansieringssituasjonen for tiltakene generelt?

Er det mulig å si noe om hvordan midlene fra Opptrappingsplanen brukes spesielt?

Hvordan er de generelle trendene i det psykiske helsearbeidet i kommunen?

Integrering av tjenesten vs. arbeidsdeling og spesialisering?

Yrkesgrupper og involvering av brukere

Vedkommendes utdanning; antall år med spesialisering evt. videreutdanning eller kurs.

Hvilke arbeidsoppgaver har du i relasjon til brukere av tjenester innenfor psykisk helsearbeid?

Hvilke beslutninger om vurdering og behandling, eventuelt om oppfølging og trening er vanligst at du fatter?

Hvordan former du din yrkesrolle i psykisk helsearbeid her i kommunen (lover, utdanning, etisk kodeks, andre yrkesutøvere, kommunale retningslinjer, brukere)?

Hvilken type spesialkompetanse synes du selv at du har? Hvordan vil du argumentere for og begrunne at du har de arbeidsoppgavene du har?

Hvordan utarbeider systemet rutiner for samhandling med brukere?

Hvordan utarbeider du dine rutiner for at brukere skal kunne medvirke?

Tenker du på at du er i en maktsituasjon overfor brukere?

Mener du selv du har muligheter til å ta i bruk skjønn i dine beslutninger? Eventuelt hvilke beslutninger er basert på skjønn?

Tar du i bruk skjønn for å bedømme om brukere er i stand til å medvirke i å fatte beslutninger?

Hvordan utformes medvirkningen brukere har i sine relasjoner med deg?

Brukes det eventuelt noen redskaper som individuell plan, kontrakt, ansvarsgrupper, andre typer møter og samtaler om brukerne, eventuelt der brukere deltar?

Hvordan kommer brukere inn i systemet?

Vedlegg 2

Spørreskjema

Norsk institutt for by- og regionforskning
 Postboks 44 Blindern, 0313 Oslo
 Tlf. 22 95 88 00
 Kontaktperson: Marit Helgesen
 Telefon direkte: 22 95 89 94
 Prosjektnr.: 1886



Respondentnummer 1-3

Psykisk helse-organisasjoners samarbeid med kommuner og foretak

1. Hva er navnet på din organisasjon?

Mental Helse ¹ LPP ² VFB ³ 4

2. Hvis lag: Hvor mange medlemmer er det cirka i ditt lag?

 5-8

3. Når ble laget ditt etablert/når ble du talsperson?

Lag 9-12

Talsperson 13-16

4. Hvem fyller ut skjemaet?

Leder ¹ Nestleder ² Sekretær ³ Talsperson ⁴ Annet ⁵ 17

Lagets/talspersonens arbeid

5. Hva er det viktigste arbeidet laget/talspersonen gjør lokalt?

Kryss av for den viktigste aktiviteten først, deretter den nest viktigste og til sist den minst viktige aktiviteten

- Selvhjelpsarbeid ¹ 18
 Hvis selvhjelpsarbeid er viktigst; gå til spørsmål 6
- Helse- og sosialpolitisk arbeid ²
 Hvis helse- og sosialpolitisk arbeid er viktigste; gå til spørsmål 7
- Kurs og informasjon ³
 Hvis kurs og informasjon er viktigst; gå til spørsmål 8

6. Hvis selvhjelpsarbeid er den viktigste aktiviteten; hvilke oppgaver arbeider du eller dere med?

Kryss gjerne av i flere felt

	Arbeider mest med	Arbeides mindre med	Arbeider lite med	Arbeider ikke med i det hele tatt	
Medlemmene snakker sammen om sine opplevelser	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	19
Medlemmene lærer av hverandres erfaring med hjelpapparatet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	20
Medlemmene støtter og hjelper hverandre i kontakt med hjelpeapparatet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	21
Medlemmene har sosiale/fritidsaktiviteter sammen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	22

7. Hvis helse- og sosialpolitikk er den viktigste aktiviteten; hvilke oppgaver arbeider du eller dere med?

Kryss gjerne av i flere felt

	Arbeider mest med	Arbeides mindre med	Arbeider lite med	Arbeider ikke med i det hele tatt	
Delta på møter i råd og utvalg	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	23
Skrive høringer	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	24
Ta initiativ til saker å diskutere med kommuner og helseforetak	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	25
Svare på forespørsler fra kommunen eller foretaket	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	26
Arbeide opp mot de enkelte tjenestene i kommunen eller foretaket	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	27

8. Hvis kurs og informasjon er den viktigste aktiviteten; hvilke oppgaver arbeider du eller dere med?

Kryss gjerne av i flere felt

	Arbeider mest med	Arbeider mindre med	Arbeider lite med	Arbeider ikke med i det hele tatt	
Arbeid mot kommunalt ansatte/ansatte i helseforetaket	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	28
Arbeid mot befolkningen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	29
Arbeid mot spesielle grupper (skoleelever, potensielt syke, pårørende)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	30

9. Hvordan velger dere ut medlemmer som skal delta i råd, utvalg og plangrupper, eventuelt møter?

- ¹ Organisasjonen bestemmer selv 31
- ² Kommunen/helseforetaket henvender seg direkte til enkeltpersoner
- ³ Det er alltid leder og nestleder som representerer laget

10. Hvordan melder deltakerne tilbake til laget om arbeidet de er med på?

Kryss gjerne av i flere felt

- ¹ Sakene diskuteres i laget på forhånd, medlemmene har et mandat 32
- ¹ Det skrives referater som forelegges laget 33
- ¹ Det rapporteres muntlig på neste møte i laget 34
- ¹ Informasjon om slikt arbeid er tilfeldig 35
- ¹ Laget har ingen rutiner på å informere fra slikt arbeid 36

11. Hvis du er talsperson; får du henvendelser fra kommunen om å delta?

- Ja ¹ Nei ² 37

Opplysninger om kommunen

11a. Om lag hvor mange innbyggere har din kommune?

Under 1000	1 – 3000	3 - 5000	5 - 10000	10 - 15000	15 - 20000	20 - 35000	Over 35000	
¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁶ <input type="checkbox"/>	⁷ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>	38

12. Hvordan oppfatter laget/talspersonen at det er for brukerne å oppnå kontakt med rette vedkommende i kommunen?

Lett ¹ Mindre lett ² Litt vanskelig ³ Veldig vanskelig ⁴ 39

13. Hvordan oppfatter laget/talspersonen at kommunen har organisert sine psykiske helsetjenester?

Psykisk helse er egen enhet ¹ Psykisk helse er delt på flere enheter ² 40

14. Får laget/talspersonen klager på kommunale tjenester?

Ja ¹ Nei ² 41

15. Får laget/talspersonen positive tilbakemeldinger på kommunale tjenester?

Ja ¹ Nei ² 42

16. Har kommunen organisert sin kontakt med brukeres organisasjoner og talspersoner som:

Kryss gjerne av i flere felt

Råd for funksjonshemmede	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	43
Bukerråd	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	44
Andre former for råd eller utvalg laget eller talspersonen deltar i	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	45
Arbeidsgrupper som arbeider med spesielle tema	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	46
Møter med kommunale politikere eller administrasjon	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	47
Andre faste rutiner for kontakt	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	48
Jeg/vi representerer min organisasjon i planprosesser	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	49
Jeg/vi representerer min organisasjon i kommunens arbeid med psykisk helseplan	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	50
Kontakten min/vår med kommunen er saksavhengig	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	51
Kontakten min/vår med kommunen er tilfeldig	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	52
Laget/talspersonen får økonomisk støtte av kommunen	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	53
Laget/talspersonen får annen type støtte av kommunen (kontor, utstyr eller lignende)	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	54

Lagets/talspersonens oppfatning om kommunale tiltak

17. Kjenner laget/talspersonen til om kommunen tilbyr koordinator eller primærkontakt for brukere av psykisk helsetjenester?

Ja ¹ Hvis ja, gå til spørsmål 18 55
 Nei ² Hvis nei, gå til spørsmål 19

18. Hva kjenner du eller dere til at primærkontakten gjør for brukere som har psykiske lidelser?

Kryss gjerne av i flere felt

Støttesamtaler hjemme	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	56
Støttesamtaler på kontor	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	57
Formidler kontakt til andre kommunale tjenester	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	58
Samarbeider med andre kommunale tjenester	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	59
Hjelper brukere med søknader og lignende	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	60
Hjelper brukere i kontakten med andrelinjen	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	61
Organiserer ansvarsgrupper	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	62
Tar ansvar for individuell plan	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	63
Fatter vedtak	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	64

19. Kjenner du eller dere til at kommunen har særlige tjenester for barn og unge?

Ja ¹ Nei ² 65

20. Kjenner du eller dere til at tjenesten for psykisk helse/for barn og unge samarbeider spesielt med følgende andre tjenester?

Kryss gjerne av i flere felt

Helsesøster	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	66
Barnehager	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	67
Skoler	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	68
Barnevern	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	69
BUP	Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	70

21. Hvis det ikke er særlig samarbeid; oppfatter laget/talspersonen det slik at pårørende selv må koordinere samarbeidet mellom tjenestene deres barn har krav på?

Sett ett kryss

Ja ¹ Det er lange ventelister ² Tjenestene er ikke tilgjengelige ³ 71

22. Hvilke tiltak kjenner laget/talspersonen til at det er mulig å få tilgang til i kommunen, og hvordan oppfattes tilgangen?

Kryss gjerne av i flere felt

	Svært god	God	Mindre god	Det er venteliste	Ikke tilgang	
Primærkontakt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	72
Vurdering	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	73
Individuelle samtaler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	74
Gruppesamtaler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	75
Hjemmetjeneste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	76
Kulturtiltak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	77
Fritidstiltak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	78
Fritidstiltak i grupper	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	79
Støttekontakt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	80
Arbeidstrening	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	81
Individuell plan	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	82
Ansvarsgrupper	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	83
Bolig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	84

23. Individuell plan er et viktig redskap for brukeres medvirkning. Kjenner laget/talspersonen til om kommunen har innarbeidet slike planer i sine tjenester til personer med psykiske lidelser?

Ja, det er godt innarbeidet ¹ Nei, det er ikke innarbeidet ² 85

24. Kjenner laget/talspersonen til om kommunen har dagsenter?

Ett dagsenter ¹ To dagsentra ² Flere dagsentra ³
Ingen dagsentra ⁴ 86

25. Hvordan er dagsenteret organisert angående inntak av brukere?

¹ Lavterskel 87
² Søke om plass
³ Kombinasjon (Det vil si at dagsenteret er et lavterskeltilbud, men at det fungerer som base for, eller tilbyr lukkede gruppetiltak)

26. Kjenner laget/talspersonen til at kommunen har brukerstyrte tiltak?

Ja ¹ Nei ² 88

27. Hvis ja; hva er formålet med det brukerstyrte tiltaket?

Kultur ¹ Fritid ² Møteplass ³ Selvhjelp ⁴ 89

28. Hvis nei; kjenner laget/talspersonen til brukerstyrte tiltak som er tilgjengelige fra kommunen der dere er lokalisert?

Ja ¹ Nei ² 90

Synspunkter på eget og kommunens samarbeid med BUP, DPS og sykehus

29. Har lokallag/talsperson vært aktivt med i planleggingen av behandlingstiltak i 2. linjen?

Ja ¹ Nei ² 91

30. Hvis ja; hvilke?

..... 92

31. Hvis nei; kjenner dere til at det er satt i gang arbeid med tiltak dere mener det ville vært aktuelt at dere deltok i planleggingen av?

Ja ¹ Nei ² 93

32. Kjenner du eller dere til hvilke rutiner det er for kommunikasjon mellom 1. og 2. linjen i området?

Ja ¹ Nei ² 94

Hvis ja; gå til spørsmål 33

33. Hvordan er rutineene utformet?

Kryss bare av i ett felt

¹ Alle kommunale tjenester får nødvendige opplysninger 95

² Bare noen tjenester får nødvendige opplysninger

³ Vi kjenner til at det er nylig er begynt et samarbeid mellom 1. og 2. linjen om utskrivinger

⁴ Hvis bare noen tjenester får nødvendige opplysninger; gå til spørsmål 34

34. Hvilke enheter eller instanser i kommunen får informasjon ved utskrivninger?

Kryss gjerne av i flere felt

- | | |
|---|-----|
| ¹ <input type="checkbox"/> Fastlegen | 96 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste | 97 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Pleie og omsorg | 98 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Sosialtjenesten | 99 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Helsesøster | 100 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Skole/barnehage | 101 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Pårørende | 102 |

35. Hvordan oppfatter laget/talspersonen at institusjoner i 2. linjen arbeider med individuelle planer?

Kryss bare av i ett felt

- | | |
|--|-----|
| ¹ <input type="checkbox"/> Pasienter som har rett på plan får det | 103 |
| ² <input type="checkbox"/> Noen får avhengig av avdeling eller tjenesteyter i 2. linjen | |
| ³ <input type="checkbox"/> 2. linjen arbeider ikke med individuelle planer | |

36. Kjenner laget/talspersonen til at institusjoner i 2. linjen deltar i kommunale ansvarsgrupper?

- | | | |
|--|--|-----|
| Ja, 2. linjen deltar ¹ <input type="checkbox"/> | Nei, 2. linjen deltar ikke ² <input type="checkbox"/> | 104 |
|--|--|-----|

37. Deltar laget/talspersonen i brukerråd eller brukerutvalg ved institusjon i 2. linjen?

- | | | |
|---|------------------------------|-----|
| ¹ <input type="checkbox"/> Ja | Hvis ja; gå til spørsmål 38 | 105 |
| ² <input type="checkbox"/> Nei | Hvis nei; gå til spørsmål 39 | |

38. Hvordan arbeides det i brukerutvalget?

Kryss gjerne av i flere felt

- | | |
|--|-----|
| ¹ <input type="checkbox"/> Utvalget får saker til høring | 106 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Utvalget gir råd til institusjoner i 2. linjen | 107 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Utvalget deltar i planprosesser | 108 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Utvalget deltar i arbeidsgrupper | 109 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Utvalget deltar i møter med institusjonsledelsen | 110 |

39. Hvis nei; har laget/talspersonen kontakt med brukerråd eller brukerutvalg ved institusjon i 2. linjen?

- | | | |
|--|---|-----|
| Ja ¹ <input type="checkbox"/> | Nei ² <input type="checkbox"/> | 111 |
|--|---|-----|

40. Deltar laget/talspersonen i kontrollkomisjon ved institusjon i 2. linjen?

Ja ¹ <input type="checkbox"/>	Nei ² <input type="checkbox"/>	Hvis ja; gå til spørsmål 41	112
--	---	-----------------------------	-----

41. Hvordan arbeides det i kontrollkomisjonen?
--

Kryss gjerne av i flere felt

- | | |
|--|-----|
| ¹ <input type="checkbox"/> Kommisjonens medlemmer snakker med alle tvangsinnlagte | 113 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kommisjonen får saker til høring | 114 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kommisjonen gir råd til institusjoner i 2. linjen | 115 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kommisjonen diskuterer enkeltsaker | 116 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kommisjonen behandler klager | 117 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kommisjonen samarbeider bredt med institusjonsledelsen | 118 |

42. Hva er din/deres oppfatning av arbeidet i kontrollkomisjonen?

Kryss gjerne av i flere felt

- | | |
|---|-----|
| ¹ <input type="checkbox"/> Kontrollkomisjonen er et sted brukere høres | 119 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kontrollkomisjonen er et redskap for brukeres medvirkning | 120 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kontrollkomisjonen er et sted brukere kan gi fra sin erfaring | 121 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Kontrollkomisjonen er et organ der brukere kan få andre representanter til å endre mening | 122 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Det er vanskelig å arbeide som bruker i kontrollkomisjonen | 123 |
| ¹ <input type="checkbox"/> Jeg føler at jeg som brukerrepresentant har lite å si i kontrollkomisjonen | 124 |

Takk for hjelpen!

Tittel: **Mange vil ha alt de får,
andre vil ikke ha noe**

Forfatter: Marit K. Helgesen

NIBR-rapport: 2006:21
ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-673-9
Prosjektnummer: O-1886
Prosjektnavn: Brukerdeltakelse og brukervedvirkning.
Evaluering av Opptrappingsplanenes fokus
på brukere

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Rapporten beskriver og analyserer individuell og kollektiv brukervedvirkning i kommunene og i spesialhelsetjenesten. Brukere medvirker på individnivå direkte i relasjonen med profesjonelle. Denne relasjonen blir utformet terapeutisk i et mestringsperspektiv, og profesjonelle i kommunene kontrollerer og legger til rette for medvirkningen som kan foregå. På kollektivt nivå er det etablert råd som kanal for brukeres medvirkning. Brukere på feltet oppfatter i stor grad at slike representasjonsordninger ikke er kanaler for egen medvirkning på kommunalt nivå. Brukere deltar saksavhengig direkte i prosesser tilknyttet mental helsefelt. Tilknyttet spesialisthelsetjenesten deltar brukere i brukertvalg og kontrollkommisjoner. Det varierer i hvilken grad brukere oppfatter at dette er kanaler for medvirkning.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Desember 2006
Antall sider: 158
Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2007