



Marit Helgesen

Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene

NOTAT
2003:117

Tittel: Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene

Forfatter: Marit Kristine Helgesen

NIBR-notat: 2003:117

ISSN: 0801-1702
ISBN: 82-7071-441-0
Prosjektnummer: O-1886
Prosjektnavn: Brukerdeltakelse og brukervedvirkning. Evaluering av Opptappingsplanens fokus på brukere”.

Oppdragsgiver: Norges Forskningsråd

Prosjektleder: Marit Kristine Helgesen

Referat: Brukere kan involveres på ulike nivåer i apparatet for tjenesteyting. I denne rapporten er det brukeres involvering på kommunalt nivå som er fokus. Rapporten identifiserer 7 ulike former for brukerinvolvering, 4 ikke-organiserte og 3 organiserte. Empirisk kartlegges ulike tiltak som kan involvere brukere på kommunalt nivå. Kartleggingen viser at brukere involveres i tiltak som ligger nært opp til deres behandling og hverdagsliv, og at de involveres via ikke-organiserte mekanismer.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Oktober 2003

Antall sider: 32

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gautstadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2003

Forord

NIBR har en portefølje på fem prosjekter som evaluerer Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid. Evalueringen er forskningsbasert og gjennomføres i regi av Norges forskningsråd. Opptappingsplanen løper fra 1998 til 2006, og prosjektet "Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptappingsplanens fokus på brukere", ledet av Marit K. Helgesen, kom i gang sent år 2001. Hensikten med prosjektet er å evaluere om Opptappingsplanen legger til rette for at brukere i større grad involveres på systemnivå, både i kommuner, i 2. linjen og på statlig nivå, og eventuelt hvordan de involveres.

I dette notatet er konsentrasjonen rettet mot kommunalt nivå. Det utarbeides først en typologi over brukerinvolvering som deretter brukes på et enkelt empirisk materiale. Det består av intervjuer med kvalitetsrådgivere hos fylkeslegen og gjennomgang av 19 kommunale psykiatriplaner fra fem fylker. Data ble samlet inn i løpet av 2002. Observasjoner som er gjort fungerer som grunnlag i de videre intensive studiene som er satt i gang i et antall kommuner.

Oslo, oktober 2003

Hilde Lorentzen
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	3
Sammendrag	4
Summary	5
1 Ulike typer av brukerinvolvering	6
1.1 Innledning	6
1.2 Metode.....	6
1.3 Organisert og ikke-organisert brukerinvolvering	7
1.3.1 Typer av ikke-organisert og organisert brukerinvolvering.....	10
1.4 Oppsummering	13
2 Kommunenes arbeid med brukerinvolvering	15
2.1 Innledning	15
2.2 Tiltak som fokuserer samarbeid	16
2.2.1 Ansvarsgrupper	18
2.2.2 Individuelle planer.....	19
2.3 Dagsentra og aktivitetssentra	21
2.4 Brukerstyrte aktiviteter og kultur	23
2.4.1 Samarbeid med frivillige organisasjoner.....	24
2.5 Andre tiltak.....	26
2.5.1 Arbeid.....	26
2.5.2 Bolig.....	27
2.5.3 Støttekontakt	28
2.6 Ikke-organisert og organisert brukerinvolvering i kommunene	29
Litteratur	31

Tabelloversikt

Tabell 1.1	<i>Organisert og ikke-organisert brukerinvolvering</i>	10
Tabell 1.2	<i>Ulike former for ikke-organisert og organisert brukerinvolvering</i>	13

Sammendrag

Marit Helgesen

Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene

NIBR-notat 2003:117

Dette notatet er skrevet innenfor rammene av prosjektet "Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptrappingsplanenes fokus på brukere". I første del etableres en typologi over brukerinvolvering. De ulike typene deles inn i organisert og ikke-organisert involvering. Innenfor ikke-organisert defineres fire typer: Den første er brukerorientering og hensyn som tas i politikktutforming på ulike nivåer. Den andre er det som kalles ansikt til ansikt- relasjoner og terapeutisk medvirkning, og den tredje er brukerundersøkelser. Den fjerde typen er fritt brukervalg. Innenfor organisert brukerinvolvering defineres det tre typer: Den første er brukerstyre, den andre er brukerrepresentasjon i råd og utvalg, mens den siste er (drifts)-styrer.

I notatets andre del kartlegges ulike kommunale tiltak som kan involvere brukere, samt at det skisseres hvordan en del kommuner planlegger å legge til rette for brukerinvolvering. Datamaterialet som ligger til grunn for denne kartleggingen er intervjuer med kvalitetsrådgivere hos fylkeslegen og gjennomgang av 19 kommunale planer fra fem fylker. Tiltak som kan involvere brukere omfatter store deler av den kommunale virksomheten på feltet. For det første tiltak som fokuserer samarbeid som ansvarsgrupper og individuelle planer. Dernest dagsentra og aktivitetssentra, samt brukerstyrte aktiviteter og kultur. Alt dette er tiltak der det er mulig å observere en tendens til at små kommuner har mindre forventninger til sitt eget arbeid enn større. I spørsmålet om samarbeid med frivillige organisasjoner kan det se ut til at små kommuner har større forventinger enn store. For andre tiltak, som arbeid, bolig og støttekontakter, observeres det at store kommuner har lang erfaring med å etablere og drive slike tiltak, mens små kommuner nylig har satt det i gang.

Tiltak som kan involvere brukere av psykiske helsetjenester i kommunene synes å være tiltak som ligger tett opp til brukeres hverdag og behandling. Kommuner rapporterer i liten grad at det er etablert råd og utvalg på feltet som kan gi brukere av psykiatriske helsetjenester aksess til fora der det blir tatt beslutninger som angår dem. Kommunene rapporterer også i liten grad i sine planer at det er satt i gang, eller skal settes i gang, et systematisk arbeid for å høre organisasjoner på feltet i spørsmål som angår mottakere av psykiatriske helsetjenester.

Summary

Marit Helgesen:

User involment. The Mental Health Action Plan attention towards user

Working Paper 2003:117

This working paper is written within the project on “User Involvement: The Mental Health Action Plan Attention towards Users”. In the first part of the working paper a typology is established on user involvement. First two categories; not-organised and organised involvement is established. Within the not-organised category the four types user orientation, face-to-face-relations and therapeutic involvement, surveys on quality, and exit possibilities are classified. Within the organised category the three types; user boards, user representation and management boards are classified.

Second different municipal measures involving users or plans to involve users in some way or the other are surveyed. The material underlying this survey is interviews made with quality consultants on mental health placed with the county regional officers on health and the reading of plans on mental health from 19 municipals. Measures involving users can be found within most of the municipal activity in the field of mental health. Municipals have implemented measures like review groups and core groups, individual plans, day centres, activity centres and culture activities. In all these activities it is observable that small municipalities have lesser expectations towards what they may be able to do than bigger ones. In the question of cooperation with voluntary organisations small municipalities have higher expectations than bigger ones. For measures like work adaptation, housing and support persons it is observed that big municipalities have experience with establishing and running them, while small municipalities establish such measures for the first time according to the Mental Health Care Action Plan.

Measures that may involve users implemented in municipalities, seems to be measures close to treatment and the daily lives of users. Municipalities only to a small degree report that boards and committees are established that may give users of mental health care services access to forums where decisions are made that may affect them as a group. Municipalities likewise report that only little work is done to involve mental health civil society organisations in questions affecting the users of mental health care.

1 Ulike typer av brukerinvolvering

1.1 Innledning

Dette er et notat fra prosjektet "Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptrappingsplanenes fokus på brukere". Prosjektet skal studere hvordan brukere deltar innenfor det psykiske helsearbeidet og hvilke oppgaver de deltar med. Videre skal utformingen av de prosedyrer som involverer brukere, samt relasjonene mellom aktører i de fora der brukere involveres, studeres. Både prosjektet og dette notatet tar utgangspunkt i at brukerinvolvering er en sterkt vektlagt målsetting i offentlig politikk, også når det gjelder Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid. Der er det presisert at det er et mål å involvere brukere overfor både den enkelte yrkesutøver, kommuner, helseforetaket og staten. Brukere involveres altså på ulike nivåer i fordelingen av tjenester innfor psykisk helse, og på ulike måter: som enkeltpersoner i de ulike rollene de har overfor tjenesteutøvere og systemet for tjenestefordeling i sin helhet, samt kollektivt som medlemmer i organisasjoner, råd og utvalg på feltet. Dette notatet skal se nærmere på hvordan brukere involveres på kommunalt nivå.

I første del etableres det en typologi over ulike former for brukerinvolvering. De spenner fra den individuelle kontakten enkeltbrukere har med yrkesutøvere i tjenesteapparatet til den virksomheten brukeres organisasjoner driver på kommunalt nivå. Deretter presenteres empiri om hvordan noen kommuner driver og planlegger å gjennomføre brukerinvolvering i sitt arbeid med psykisk helse. Til sist vil jeg sette fram noen hypoteser om hvordan kommuner og yrkesgrupper på kommunalt nivå vil komme til å utvikle sine rutiner og prosedyrer for brukerinvolvering innenfor det psykiske helsearbeidet.

1.2 Metode

Dette notatet er presentasjonen av en kartlegging av tiltak for brukerinvolvering på kommunalt nivå. Kartleggingen utgjøres av en runde med intervjuer med kvalitetsrådgivere hos fylkeslegen og gjennomgang av 19 kommunale planer fordelt på fem fylker. Intervjuene er gjennomført som telefonintervjuer i perioden medio april til medio mai 2002. Prosjektet har fått tilgang til kommunale planer via kvalitetsrådgiveren hos fylkeslegen og de er mottatt i perioden april til november 2002. Kommunene er ikke valgt ut for å utgjøre et representativt utvalg av kommuner. Det impliserer at kartleggingen ikke på noen måte er utfyllende, men den gir et første inntrykk av den virksomheten som er i gang i kommunene med hensyn på brukerinvolvering, og som gjennomføres i regi av Opptrappingsplanen.

Kriteriene som er brukt for utvalget er at kommunene er ulike i størrelse og at de er kommet ulikt langt i sin planlegging og gjennomføring av tiltak i det psykiske

helsearbeidet. Kommunene, hvis planer er gjennomgått, varierer i størrelse fra om lag 1700 til 300000 innbyggere. Planene er i stor grad like med hensyn på hvilke tiltak de tar opp, men større kommuner har et bredere spekter av tiltak enn de små. Alle setter opp status for de tiltak og den kompetanse kommunen allerede har på området, noen kartlegger behov gjennom egne undersøkelser, mens andre estimerer eget behov ut fra nasjonale tall. I de fleste planene framskrives behov og tiltak til 2006, men det er ikke i alle planer at behovene konkretiseres og tallfestes.

Kommuneplanene er politisk behandlet i den enkelte kommune, samt godkjent av fylkeslegen. Det er meningen at planene skal rulleres, på denne måten sikres det at kommunene rapporterer progresjonen de har i det psykiske helsearbeidet. Det impliserer at psykiatri er satt på dagsorden i de fleste av landets kommuner. Planene vi har fått tilgang til varierer likevel også med hensyn på om de er oppdaterte. For mange kommuner, uavhengig av størrelse, er de ikke det.

1.3 Organisert og ikke-organisert brukerinvolvering¹

I et prosjekt som fokuserer ulike måter brukere kan involveres er det nødvendig i alle fall forsøksvis å ta stilling til hvem brukere er. Hvor går for eksempel grensen mellom brukere som kan involveres på de ulike nivåene i et system for tjenestefordeling og ikke-brukere som ikke skal involveres? Hvem har rett til å representere andre eller selv bli representert i et brukerorgan, eventuelt overfor enkelte yrkesutøvere eller grupper av utøvere?

Definisjonen av hvem som er brukere kan gjøres nokså enkel ved bare å omfatte de som faktisk er forbrukere av tjenester. En slik definisjon vil imidlertid raskt vise seg uhensiktsmessig for mitt formål, og definisjoner som er brukt favner også mye bredere enn dette. Bleiklie et al (1992) inkluderte også innbyggere som ble utsatt for tiltak av regulerende karakter i sitt brukerbegrep, men satte et klart skille mellom brukere og potensielle brukere av et tiltak. De etablerte også et skille mellom direkte brukere som offisielt var definert som klienter i et tiltak, og indirekte brukere, som falt utenfor, men som likevel kunne gjøre seg nytte av tiltaket eller ble rammet av det. Dahlberg og Vedung (2001) på den annen side, inkluderer potensielle brukere i sitt begrep, men presiserer at det er eksplisitt for evalueringsøyemed.

I behandlingen av brukerinvolveringen i psykiske helsetjenester er altså en definisjon av brukere som de som faktisk benytter seg av en tjeneste ikke en tilstrekkelig romslig definisjon. Brukerbegrepet må omfattes til også å gjelde pårørende, gjerne også andre som brukere kan ha ønske om at skal representere dem overfor enkeltaktører og tjenesteapparatet som helhet. Det samme vil trolig gjelde for flere tjenestefelter og både skoler, barnehager, somatiske sykehus og sykehjem kjennetegnes ved at det er tydelig hvem som er brukere av disse tjenestene, men der brukerne selv ikke alltid vil ha tilstrekkelig kompetanse eller evne til å la seg involvere. Brukerinvolvering må pårørende ta seg av. For barnehager og skoler vil det vanligvis være foreldre som representerer barna/elevne, og for alders- og sykehjem vil det ofte være barna som representerer sine foreldre. Spørsmålet om hvem som har rett til å delta både i den direkte relasjonen med enkelte tjenesteutøvere og i fora der deltakelsen er organisert i et styre eller råd eller lignende, er dermed fortsatt uklart. Det vil si at det er uklart hvem som har rett til å stille fordelene av tjenestene til ansvar.

¹ Det er mange ulike begreper i bruk om dette tema. Her velges involvering som det generiske begrepet, teksten vil begrepsfeste ulike former for brukerinvolvering kontekstuellet.

I helsevesenet er brukerinvolvering forholdsvis godt etablert og medlemskap i en organisasjon er brukt som kriterium for å velge brukerrepresentanter til styrer, kommisjoner, utvalg og råd. Et slikt prinsipp kan komme til å favorisere noen brukere framfor andre, for eksempel dem som selv er villige til å identifisere seg som syke. Andre, for eksempel en person som aldri har oppsøkt lege, vil bli å betrakte som ikke-bruker av helsevesenet. De blir dermed ekskludert fra å delta individuelt vis a vis en tjenesteyter, men kan også bli ekskludert fra organer for brukerstyring. Det er mulig for ikke-brukere også å melde seg inn i ulike organisasjoner for brukere på feltet. Alle som er brukere av tjenesten kan imidlertid delta også når det ikke er etablert organiserte deltakelsesmuligheter.

Ved å knytte brukerstatus til organisasjonsmedlemskap blir den enkeltes status som bruker ikke gradert i forhold til hyppighet i bruk eller avhengighet av vedkommende tjeneste. Brukerstatus blir avhengig av brukerens egen vilje til selv å definere seg som bruker, og dermed som en enkeltperson som bør representeres i formelle fora for brukerinvolvering. En slik løsning vil også gjøre skattebetalere til legitime deltakere i helse- og sosialsektorens fora for brukerinvolvering fordi det er fritt å melde seg inn i organisasjoner. En annen variant er den løsningen som har vært valgt på det norske skoleområdet der det ikke eksisterer en foreldreorganisasjon som er aktør i sivilsamfunnet. Der etableres organisasjonen ved at alle foreldre som har sine barn på en skole automatisk blir medlemmer i skolens foreldreråd.² Brukerorganisasjonen konstitueres altså i forhold til det enkelte tjenestested. Dermed kan involvering av brukere ha sitt utgangspunkt i både organiserte og ikke-organiserte aktører i sivilsamfunnet.

Hvem som er brukere kan også være ulikt avgrenset i henhold til om brukerdeltakelsen er organisert eller ikke-organisert i tilknytning til de tjenesteleverende organisasjonene. Når det offentlige organiserer deltakelsen er det definert en fast populasjon av brukere, det vil si mottakere av tjenester, som gis en rett til å la seg representere i et organ som trolig har myndighet til å fatte beslutninger. Brukerne blir definert som likeverdige med hensyn på spørsmålet om å komme fram til bindende beslutninger (Dahl, 1989). Det blir etablert et partsmedborgerskap, eller et demos, i tilknytning til fordelingsinstitusjoner i velferdsstaten. Dette gjøres i skolen (Olsen, 1990). Hvis brukere er organisert kan de selv velge sine representanter til vedkommende styrende organ. Hvis brukere ikke er organisert defineres deres rettigheter til å delta ved at de faktisk mottar en tjeneste. Hvilke prosedyrer som skal etableres og hvilket innhold og mening involveringen skal ha, vil videre avhenge av utformingen, og det mandatet og beslutningskompetansen slike organer for brukerdeltakelse får.

Brukerinvolveringen har flere former. Når den er organisert i det offentlige foregår den på en spesifikk arena, den sosiale, i tilknytning til velferdsstatens institusjoner. Andre arenaer er den sivile og den politiske (jfr. Marshalls distinksjon mellom det sivile, politiske og det sosiale element i borgerskapet). Som vist over kan brukerinvolveringen rette seg mot instanser som er organisert eller ikke-organisert i det offentlige, og jeg skal i dette avsnittet gå nærmere inn på hvordan den kan framstå empirisk.

Brukerinvolvering har altså i stor grad sitt utgangspunkt i en organisasjon av brukere, men det kan også være tilrettelagt for at enkeltindivider deltar qua sin posisjon som individuelle mottaker av en tjeneste. Offentlig sektor kan også legge til rette for at deltakelsen kan rette seg mot et organ for brukerdeltakelse, det vil si at det offentlige organiserer deltakelsen. Men deltakelsen kan også være ikke-organisert. Den ikke-organiserte deltakelsen retter seg mot individuelle mottakere og individuelle tjenesteytere

² Rådets utøvende organ er gitt betegnelsen foreldrerådsutvalget.

eller institusjoner, og har ikke et organisert uttrykk i form av et styre eller lignende. Det offentlige har imidlertid etablert ulike former for organiserte deltakelsesmuligheter for brukere, for eksempel skolenes samarbeidsutvalg, styrer og råd etc. med representasjon av brukere. Jamfør typologien over deltakelse som presenteres i tabell en.

Brukerorganisasjoner er etablert ut fra at det eksisterer flere som har interesser i forhold til et felt av samfunnet. Organisasjonene er aktører i sivilsamfunnet og har ulike målsettinger for sin virksomhet. Noen av dem er aktører på felter der det er etablert styringsorganer og der det er mulig for organisasjonene å utse representanter til disse organene. Dette ser vi i Norge først og fremst innenfor helse- og sosialsektoren, der det er etablert både pasientorganisasjoner og organisasjoner for mennesker med ulike typer funksjonshemninger. Av organisasjoner der brukerne er organisert, men der det ikke finnes noen etablerte organer for brukerdeltakelse, kan det likevel finnes organisasjoner som benyttes som høringsinstanser i forhold til offentlig politikk. Eksempler kan være organisasjoner for bileiere og hjemmearbeidende kvinner. Det som er interessant i denne sammenhengen er imidlertid at det offentlige etablerer organer for brukermedvirkning på områder der brukerne ikke på forhånd er organisert. Innenfor helse- og sosialsektoren er det etablert nye organer på kommunalt nivå og i tilknytning til velferdsstatens institusjoner. Alle kommuner skal ha et eldreråd og det anbefales at kommunene etablerer råd for funksjonshemmede eller et brukerråd, skolene har hatt samarbeidsutvalg siden 1972.³ Det blir også vanligere med styrer for andre typer institusjoner.

Robert Dahl (1989:72) definerer et kollektiv som et fellesskap, byen, nasjonen eller staten; kollektivet er et menneskelig system. Å være medlem av et eller flere kollektiver inngår som en del av en persons interesser fordi det er et gode for menneskene å være medlem av slike. Alle som tilhører demos, den gruppen av innbyggere som er definert som likeverdige i spørsmålet om å komme fram til bindende beslutninger, kan delta, og kollektivet bør ha prosedyrer for å fatte bindende beslutninger (ibid:73-4; Olsen, 1990:43). Slike beslutninger kan fattes på flere nivåer i et territorielt politisk system, og kollektiv handling blir i en slik forståelse den handlingen som retter seg mot det nivået der de bindende beslutningene fattes. Kollektiv handling har vi også når handlingen utgår fra et kollektiv og når det argumenteres på måter som angår kollektivet, ikke bare den enkelte personen. Da er imidlertid den kollektive handlingen basert i et funksjonelt prinsipp, det vil si at den er organisert rundt enkeltsaker. Videre vil det være slik at jo høyere nivå i det politiske systemet argumentasjon og deltakelse er rettet mot, desto større kollektiv omfattes av deltakelsen. Spørsmålene om hvordan prosedyrer for deltakelse sikres og representantenes ansvarlighet ivaretas vil dermed aktualiseres. Det kan dermed også tenkes at den ikke-organiserte involveringen som foregår i forhold til institusjoner uten organiserte deltakelsesmuligheter, kan kalles individuell deltakelse.

Den organiserte brukerinvolveringen vektlegger at det foregår en eller annen form for aktivitet som er kollektiv i karakter. Der deltakelsen i tillegg er rettet mot offentlig organiserte deltakelsesmuligheter, brukerstyrer, driftsstyrer, samarbeidsutvalg i skolen, brukerråd og lignende, bør det også foregå prosesser for å velge ut de medlemmene som skal representere den resterende gruppen. Det kan dermed forventes at egnede prosedyrer for utvelgelse vil bli etablert, samt at det blir etablert kanaler som kan tas i bruk for å kommunisere mellom velgere og valgte. Etableringen av offentlig organiserte deltakelsesmuligheter for brukere på områder der det ikke tidligere har vært slike muligheter, vil dermed kunne medvirke til at ulike former for politisk aktivitet blir satt i

³ Samarbeidsutvalget er skolens partsorgan. Det har to representanter for lærere, to fra foreldre, to fra elevene ved skoler som har elevråd, rektor, samt et eksternt medlem, gjerne en politiker i kommunen.

gang på områder der det tidligere heller ikke har vært slik aktivitet. Det skjedde i Oslo kommune da skolens driftsstyrer ble etablert. Foreldre som var representanter for de enkelte skolers styrer etablerte et felles organ, driftsstyreforum, som har inntatt en rolle som aktør i sivilsamfunnet og pressgruppe for å påvirke Oslo kommunes skolepolitikk.⁴

Det kan dermed være mulig å snakke om to former for brukerinvolvering: Individuell og kollektiv.⁵ I den individuelle involveringen overlates viktige spørsmål, som hvem bakkebyråkraten (Lipsky 1980) er ansvarlig overfor og hvilke prosedyrer som skal følges for å sikre brukerdeltakelsen, til representanter for institusjoner og yrkesgrupper. Det er i selve fordelingen av tjenesten at vurderinger av ansvarsspørsmålene gjøres (Eriksen 2001). Krav og ønsker om brukerorientering og brukerhensyn havner i denne kategorien. Den kollektive brukerinvolveringen plasserer ansvar på et institusjonelt nivå. Det kan tenkes at ansvar løftes vekk fra den enkelte yrkesgruppe, men det kan også tenkes at det på institusjonelt nivå kan fattes beslutninger om å delegere ansvaret til representanter for yrkesgruppene.

Tabell 1.1 *Organisert og ikke-organisert brukerinvolvering*

Brukere	Organisert i det offentlige	Ikke-organisert i det offentlige
Organisert i sivilsamfunnet		
Ikke-organisert i sivilsamfunnet		

Dette gir oss en typologi over brukerinvolvering som har fire kategorier. Brukerne av psykiske helsetjenester kan det tenkes at er blant både de ikke-organiserte og organiserte, både i sivilsamfunnet og i relasjon til det offentlige tjenesteapparatet. Mange brukere er medlemmer av en organisasjon på feltet, mens andre ikke er det. Brukere vil også forholde seg til ulike nivåer i det politiske styringssystemet, eventuelt behandlingssystemet, avhengig av hvilken status de har. Det vil implisere at de mest sannsynlig er organiserte hvis de er medlemmer av et styrende organ, råd eller utvalg. Ikke-organiserte brukere av psykiske helsetjenester vil ikke i samme grad være aktive i forhold til et kollektivt nivå, men de kan likevel være aktive i sin egen behandling vis a vis yrkesutøvere i velferdsstaten.

1.3.1 Typer av ikke-organisert og organisert brukerinvolvering

Det finnes eksempler på at det gjøres forsøk på å legge til rette for at ikke-organiserte brukere skal kunne involveres uten at det offentlige har etablert dertil egnede organer. Det skjer ved at det gis signaler om at institusjoner i velferdsstaten, representanter for yrkesgrupper, men også politikere/medlemmer av administrasjonen som deltar i å utforme tiltakene, skal innta det som kalles en brukerorientert innstilling eller at det skal tas brukerhensyn (St.meld. nr. 14 1996-97, Ot.prp.nr. 12 1998-99). På den måten kan brukere delta ved at det offentlige antesiperer deres vilje og innretter seg etter det (Dahlberg og Vedung, 2001), eller det kan føre til at det gjøres enklere for individuelle brukere av en tjeneste å delta i relasjonen med yrkesgrupperepresentanter, eller å ta kontakt med andre representanter for tjenesteytende institusjoner.

⁴ Brukerdeltakelse kan dermed referere vel så mye til verdien i den kommunitære demokratiforståelsen som de gjør til den liberale.

⁵ Det vil likevel kalles ikke-organisert og organisert brukerinvolvering i den videre teksten.

I disse begrepene ligger det signaler om at velferdsinstitusjoner og yrkesutøvere, men også representanter for politiske og administrative myndigheter som medvirker til å utforme tiltak, skal ta hensyn til brukere. Også begrepet brukermedvirkning tas i bruk for å omtale at tjenester skal brukerorienteres. I St.meld. nr. 25, Åpenhet og helhet, henviser begrepet brukermedvirkning til et sett av rettigheter som spesifiseres i pasientrettighetsloven. De skal gi brukere rett til medvirkning i samhandlingen med profesjonelle yrkesutøvere 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.

At involvering gjennomføres på denne måten i systemet for tjenestefordeling kan kun kontrolleres av den enkelte mottaker. Slik brukerinvolvering kan også iverksettes ut fra terapeutiske siktemål. Det kan være snakk om å aktivisere en person i vedkommendes egen behandling, en person som i andre tilfeller ville blitt kalt pasient eller klient. Aktiviteten vil da ha et behandlingssiktemål, og den tar utgangspunkt i at profesjonelle og tjenesteytere har behov for å aktivisere pasienten eller klienten. Dette er aktivisering som ikke nødvendigvis har kvittet seg med paternalistiske og kontrollerende behandlingssideologier (Dahlberg og Vedung, 2001; Ørstavik, 1996; Folkestad, 2000).

Begrepene om brukerorientering og brukerhensyn forholder seg til, eller henviser til, at det eksisterer maktulighet i relasjonen mellom profesjonell og mottaker i tjenestefordelingen. Det snakkes om strukturakt, aktørakt og definisjonsakt (Solheim og Øvrelid 2001). Disse begrepene plasserer årsakene til maktulikheten i strukturene som omgir tjenestefordelingen, det er institusjonen, ressursene og politiske beslutninger. Årsakene plasseres også i utdannelsen og yrkesetikken de profesjonelle besitter, det er det som gir yrkesgruppene deres faglige grunnlag for å fatte beslutninger, til å opptre som aktører med makt overfor brukere. Men årsakene plasseres også i beslutningene som profesjonelle har rett til å fatte, og som de bygger sin tjenesteyting på; det er definisjonsmakten. Argumentet er videre at maktformene må brytes opp og hovedsakelig kan det skje ved at det fokuseres på samhandlingssituasjonen og på yrkesgruppens utdanning. I stor grad henviser dette argumentet derfor til relasjonen mellom en individuell bruker, og yrkesutøvere tilknyttet tjenestesteder. Samhandlingen foregår "ansikt til ansikt" mellom tjenesteytere- og mottakere. I st.meld. nr 14 om Foreldremedverknad i grunnskolen anbefales det for eksempel at det legges til rette for slik brukermedvirkning på den enkelte skole. I helsevesenet er dette en vanlig samhandlingsform som må tas i bruk for at den profesjonelle yrkesutøver skal kunne gi en god diagnose av en tilstand og foreskrive den rette behandlingen, og det er altså nå nedfelt i pasientrettighetsloven. Det er snakk om medvirkning som ikke har utgangspunkt i en organisasjon og som ikke skal ende i en deltakelse som er organisert av det offentlige, som for eksempel et styre, et samarbeidsutvalg, eller et råd. Det er snakk om det som kan kalles individuell brukermedvirkning.

Den individuelle brukerinvolvering inkluderer også det som kalles *terapeutisk medvirkning*. I slik medvirkning skal den enkelte bruker ikke aktiviseres fordi vedkommende har noen rettigheter til å delta i å fatte beslutninger, men det henspeiler på at aktivitet anses som bedre for den enkelte bruker enn passivitet. Tanken er at brukere besitter ressurser som de kan ta i bruk for å delta i sin egen behandling. Problemet er at hva som er aktivitet og deltakelse defineres av yrkesutøverne.

Brukerinvolvering refererer også til at det gjennomføres *brukerundersøkelser*. Brukerundersøkelser er i grenseflaten mellom å være organisert og ikke-organisert involvering, men her rubriseres det under ikke-organisert. De aggregerer individuelle preferanser, og er dermed en privatisert deltakelsesmekanisme, men deltakelsen retter seg

mot et kollektivt nivå 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 om man vil delta, men resultatene av undersøkelsen, kunnskapen om brukernes preferanser tas i bruk på et av nivåene i systemet for tjenestefordeling. Den enkelte behandlingsinstitusjon i 1. eller 2. linjen kan være slike nivåer, bydelsstyre eller kommunestyre vil være andre relevante nivåer for slik deltakelse. De vil de fordi deltakelsen er organisert og det fattes kollektive beslutninger. Beslutningen om å gjennomføre undersøkelsen eller om hvordan kunnskapen om innbyggernes preferanser skal tas i bruk, fattes også på ett av disse nivåene. Det må også aktivt tas stilling til om slike undersøkelser faktisk skal fungere preferanseaggregerende; det vil si om resultatene av dem skal lede til at det iverksettes endringer i politikken. ”Brukertilfredshet” eller ”kvalitet” er gjerne betegnelser som brukes på slike undersøkelser.

Brukerundersøkelser er generelle av karakter, spesielle brukerproblemer vil sjelden fanges opp på en måte som bidrar til å korrigere tjenesteyternes atferd. Ulike ombudsordninger kan fungere noenlunde på samme måten. Deltakelsen er organisert av det offentlige, men beslutningen om å ta deltakelsesmuligheten i bruk er om mulig enda mer privatisert enn i forhold til brukerundersøkelsen. Ombudsordninger fungerer som kanaler inn til politisk eller administrativt nivå, og bidrar til at det kan skapes et innsyn i hvordan enkeltpersoner oppfatter det å motta tjenester. Dermed kan ombudsordninger bidra til å korrigere kvaliteten på tjenestene som ytes, i tillegg til å rette et kritisk lys mot tjenesteyterens fortolkning av regelverk og utøvelse av skjønn i forbindelse med enkeltbeslutninger.

”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 ervervede forbrukerkompetanse, det vil si sin kunnskap om tiltak og tjenester, når det skal velges mellom tilbydere.

Ved siden av den ikke-organiserte, individuelle brukerinvolveringen er det mulig å identifisere ulike former for organisert, eller det som kan defineres som kollektivt brukerinvolvering. Det er brukerinvolvering som har utgangspunkt i at det eksisterer organisasjoner av brukere, eller at deltakelsen er rettet mot en organisert virksomhet. Den organiserte eller kollektive brukerinvolveringen definerer brukerne som selvstendige politiske aktører. Slik involvering får vi i de tilfeller der det defineres et partsmedborgerskap i tilknytning til institusjoner i velferdsstaten. På skoleområdet kan det skje hvis foreldre som sokner til en bestemt skole, gjennom lovgivning, får rett til å ha et partsmedborgerskap, det vil si defineres som deltakere med like rettigheter og plikter (Olsen, 1990:43). Brukerstyret kan via lov gjøres pliktige, de kan konstitueres som selvstendige politiske organ der brukere deltar ut fra at de er berørte parter. Danske brukerstyret er organisert på denne måten og de er konstituert som selvstendige politiske organ ved at de tradisjonelle politiske deltakelsesformene, debatt og valg til et representativt organ, brukerstyret, er knyttet til hver enkelt institusjon. I brukerstyrene ved danske skoler er foreldre i flertall, på den måten sikres et faktisk styre ved brukere (Lov Nr. 348 av 24. maj 1989, Andersen og Helgesen, 2001). Denne formen eksisterer empirisk i Norge i tilknytning til tiltak drevet av brukere, men er ikke etablert systematisk slik den er i tilknytning til velferdsinstitusjoner i Danmark.

Den andre formen er *brukerinvolvering i råd og utvalg ved institusjoner og tjenestesteder*. Den innebærer at brukere deltar i et utvalg eller annen form for virksomhet der de har rett til å møte, men uten at de har flertall. Slik brukerinvolvering vil vi finne på kommunalt nivå, men også i tilknytning til institusjoner på andre nivåer i apparatet for

tjenestefordeling, som helseforetakene og nasjonale råd med ulike oppgaver og målsetninger. I Norge er det i skolenes samarbeidsutvalg at brukerinvolvering er mest systematisk gjennomført på denne måten. Ved skolene, og trolig også ved andre institusjoner, kan det etableres driftsstyrer. I kommuner uten parlamentarisme framstår de som nokså like samarbeidsutvalgene, men de har fått delegert beslutningsmyndighet fra kommunen, det får ikke samarbeidsutvalg. I alle disse ordningene kan det, eller er det, etablert prosedyrer for utvelgelse av brukerrepresentanter til styrene eller utvalgene, og representantene utgår fra en definert gruppe av brukere som har fått like rettigheter til å delta i tilknytning til en institusjon i velferdsstaten. Det er etablert det vi kan kalle funksjonelle deltakelsesrettigheter.

En tredje ordning der brukerdeltakelsen er organisert, som kan innføres i Norge er driftsstyrer der medlemmene er oppnevnt av eier. I slike styrer er det ikke meningen at deltakerne skal representere noen andre enn eiere, og de kan sammenlignes med styrer som er vanlige i næringslivet. Disse formene finnes empirisk for helseforetakene og kommuner som har et parlamentarisk styresett kan opprette slike styrer for sine velferdsinstitusjoner (Lov av 25. september 1992 nr. 27 § 20 punkt 4). Slike driftsstyrer har ikke etablert prosedyrer for utvelgelse av medlemmer fra en populasjon av mottakere som er definert som likeverdige med hensyn på retten til å delta i å fatte bindende beslutninger. De vil dermed kun i liten grad medføre at kollektivet av brukere involveres i aktivitet som retter seg mot styrene. De ulike formene for brukerinvolvering oppsummeres i tabell 2:

Tabell 1.2 *Ulike former for ikke-organisert og organisert brukerinvolvering*

Ikke-organisert	Organisert
Brukerorientering- og hensyn	Brukerstyre
Ansikt-til-ansikt-relasjoner/ terapeutisk medvirkning	Brukerrepresentasjon i råd og utvalg
Brukerundersøkelser	(Drift)-Styrer
Fritt brukervalg	

1.4 Oppsummering

Begrepet bruker har i stor grad funnet sin plass i den norske terminologien om det å motta offentlige tjenester. Det kan ha fordrevet begrepene pasient og klient, også fra situasjoner der disse begrepene ville vært mer dekkende for virksomheten. Dels er fokuset på brukere kun en retorisk endring, men det kan tenkes at det har innholdsmessige implikasjoner for måten systemet for tjenestefordeling forholder seg til mottakerne av tjenestene. I begrepet bruker ligger det et krav om egenaktivitet som ikke er der i begrepene om pasient og klient. Men som vist er brukerinvolvering et mangetydig begrep både når det gjelder utgangspunktet for medvirkningen og målsettingene for den. Brukerinvolvering, i sin individuelle form, kan henspille til at det skal gjennomføres organisatorisk effektivisering i tjenestefordelingen. I effektivisering vil det dermed ligge at tjenestene koordineres syklisk og tilpasses den enkelte mottaker, og at tjenesteytere er lydhøre. Brukerinvolvering er i et slikt perspektiv en måte å stille tjenesteytere til ansvar for de beslutningene de fatter, og det impliserer deltakelse fra mottakere av tjenester. Organisert eller kollektiv brukerinvolvering er rettet mot en eller annen organisert virksomhet i

offentlig tjenestefordeling. Disse formene for deltakelse skilles det i liten grad mellom i litteraturen. De vil være svært forskjellige hva angår implikasjoner for mottakeres egen involvering, for den profesjonelle innstillingen til mottakeres involvering, for profesjonell yrkesutøvelse, for det enkelte tjenestested og for politiske institusjoner.

Alle disse formene for brukerinvolvering peker mot at den sosiale arena vokser fram som deltakelsesarena. De tre formene for organisert brukerdeltakelse retter et fokus mot borgerskapet som aktivitet. I de to første er aktiviteten knyttet opp mot at representanter skal velges til et organisert brukerorgan, og aktiviteten retter seg så vel mot dem som har i oppgave å velge sine representanter, som mot dem som velges til representanter. I denne formen for brukerstyre er det de politiske aspektene ved borgerrollen som kan overføres til den sosiale arena, og kommunikasjonen mellom velger og valgt fokuseres, og den medvirker til at det kan etableres fellesskap rundt sentrale former for politisk virksomhet som debatt og deliberasjon. Organisert brukerinvolvering er etablert som en kontinuerlig virksomhet, samt at deltakelse er en rettighet alle som tilhører en bestemt gruppe har. I den siste formen er det ikke definert en gruppe borgere med like rettigheter til å delta, og aktiviteten vil derfor ikke rette seg mot kommunikasjon mellom velgere og valgte i et brukerorgan. Også brukere vil være til stede som eiers representanter.

De fire formene for ikke-organisert brukerinvolvering retter fokuset mot borgerskapet som status. Der blir de sivile og rettighetsorienterte sidene ved borgerrollen understreket. Dette er en liberal forståelse av borgerrollen som vektlegger de individuelle rettighetene man har i forhold til fellesskapet, rettigheter av sivil og privatrettslig art, og rettigheter i forhold til den offentlige tjenesteyting. Forestillingen om borgeren som bruker eller kunde knyttes på denne måten til liberal demokratiteori (Barber 1984, Kymlicka og Norman 1994). Det impliserer at det er knyttet rettigheter til å motta tjenester til den individuelle borgerstatusen, men uten at det nødvendigvis gir brukeren en form for motmakt. Pasientrettighetsloven har for eksempel etablert en distinksjon om lovbundne og skjønnsmessige rettigheter, der de skjønnsmessige gjøres avhengige av tilgjengelige økonomiske ressurser på det sosiale feltet (Ot.prp. nr. 12 1998-99). Dette gjør det mulig å bruke rettighetsbegrepet uten at det også etableres muligheter for den enkelte bruker til å gå rettens vei for å få utløst de tjenester vedkommende mener å ha krav på. I en del tilfeller, men ikke angående alle typer helsetjenester, er det etablert fritt valg. Det gir i prinsippet brukeren motmakt, men er trolig ikke implementert innenfor det psykiske helsearbeidet.

Disse fire formene knytter seg også opp mot begrepet om empowerment som er et begrep som brukes om brukerinvolvering i relasjon til den enkelte yrkesutøver. Begrepet har et sterkt individuelt aspekt og knyttes til at individuelle brukere av tjenester skal involveres i sin egen behandling. Begrepet er mye brukt innenfor utdanning av velferdsyrkerne, som også i mange tilfeller utgjør det psykiske helsearbeidets 1. linje. Begrepet henvender seg til yrkesgrupperepresentantene og skal bevisstgjøre dem om deres handlingsmønster i deres relasjoner med hjelpetrequende.⁶

Et empowerment-perspektiv på psykisk helsearbeid innebærer at hovedvekten legges på yrkesgruppene i velferdsstaten, men også på lokale myndighetsorganer som fatter beslutninger om at det etableres lokale og fleksible behandlingstilbud nær til brukeres hjem og hverdag. Perspektivet er likevel overraskende lite opptatt av å se problemstillingene fra brukernes side.

⁶ Se for eksempel Raustøl (1996), Stang (1998), Andersen, Brok og Mathiasen (2000), Rønning og Solheim (2000), Sandbæk (2001)

2 Kommunenes arbeid med brukerinvolvering

2.1 Innledning

Kommunene er pålagt å utarbeide planer for den virksomheten den skal gjennomføre innenfor rammene av Opptappingsplanen. Planene skal godkjennes av den enkelte kommunes kommunestyre, og den skal godkjennes av fylkeslegen. Planene inngår som grunnlag for finansiering av de kommunale tiltakene innenfor Opptappingsplanen.

Den generelle målsettingen som kommer fram i de kommunale planene er at utformingen av tjenestene i størst mulig grad bør stimulere tjenestemottakere til mest mulig å kunne opprettholde et aktivt, meningsfylt og selvstendig liv. Planene skiller gjerne mellom tiltak som gjennomføres for å sikre behandling, tiltak til hjelp for den daglige livsførselen og tiltak for å ha en meningsfylt fritid. Begge målsettingene angår brukeres livsverden. Planene viser altså til at det i stor grad er utviklet en forståelse for helhetene i psykiske lidelser, og at det dreier seg om å sikre den enkelte bruker hjelp på flere områder av livsførselen. Tiltakene som angår den konkrete behandlingen ligger i liten grad på kommunalt nivå, og i den foreliggende litteraturgjennomgangen er det behandlet i avsnittene om samarbeid mellom etater. Samarbeidet omfatter likevel noen av de tiltakene der brukere har best muligheter til å komme til orde, nemlig individuelle planer og ansvarsgrupper. Dette er arbeidsredskaper som konstituerer et samarbeid mellom ulike involverte etater og instanser, samt brukere. Ved siden av disse tiltakene behandler de kommunale planene diverse brukerstyrte aktiviteter, kultur og arbeid, støttekontakter og botilbud.

Det er forskjell på de ulike kommunenes planer. Noen kommuner tilkjenner at de har hatt tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser også tidligere, mens andre er helt klare på at dette er et nytt arbeidsfelt de skal inn på. Små kommuner har naturlig et helt annet behov for tiltak innenfor psykisk helsearbeid enn større kommuner, og det avspeiles tydelig i den måten planene utformes. Mens de store kommunene spesifiserer tiltak bygget ut fram til opptappingsplanen kom i gang, nye tiltak opptappingsplanen skal finansiere og setter opp anslag og budsjetter, gjør de små kommunene lite av slikt i sine planer. De er mer forsiktige og peker på hvilke områder tjenester bør bygges ut, eventuelt etableres.

Det psykiske helsearbeidets kvalitetsrådgivere som er plassert hos fylkeslegen skal arbeide opp mot fylkets kommuner. Antagelsen som ble gjort i designet til denne evalueringen av brukerinvolvering var dermed at de ville ha et oversyn over virksomheten i kommunene i sine respektive fylker.

2.2 Tiltak som fokuserer samarbeid

Samarbeid mellom kommunale etater, mellom kommuner og mellom kommuner og 2.linjetjenesten oppfattes av de fleste kommunene i materialet som et felt der det er en del ugjort. Samarbeid kan organiseres syklisk eller lineært. Den sykliske organiseringen innebærer at ulike tiltak, og de avdelingene eller etatene tiltakene er organisert til, involveres kun ut fra brukernes behov. I en slik koordineringsprosess er det et poeng at ikke alle brukere har behov for de samme tiltakene, men at tiltakene tillates å variere ut fra de artikulerte behov enkeltbrukere har. Motsatsen til en syklisk koordinering er en lineær koordinering. Det innebærer at individuelle brukere mottar hjelp og tjenester ut fra en allerede fastlagt, og gjerne administrativt definert rekkefølge, og at grensene mellom tiltak og de administrative enhetene tiltakene organisatorisk er plassert hos, er tydelige og vanskelige å overskride (Helgesen 1997:22). Koordinering i en syklisk modell vil være mer problematisk enn koordinering i en lineær modell, fordi de enkelte deltakende etater og instanser er nødt til å forholde seg til hverandre, samt til brukeren. Den sykliske koordineringen legger opp til at tiltakene innenfor psykisk helsearbeid gjennomføres som en fleksibel tjeneste tilpasset den enkelte bruker, og dermed med fokus på det lokale, mens i den lineære vil koordineringen styres av sektorielle eller profesjonelle faktorer som ikke nødvendigvis knyttes til den enkelte bruker. En syklisk koordinering vil ha mer relevans i store enn i små kommuner fordi store kommuner vil ha større og mer fragmenterte fagenheter, og dermed kan det tenkes at tjenestene er mer uoversiktlige for den enkelte bruker. Kravet om å integrere psykiatritjenesten i den generelle kommunale omsorgen kan gjøre bildet mer uoversiktlig for den enkelte bruker, men dette er sammensatt fordi det også kan lette den kommunale samordningen av tjenester til brukere.

I opptrappingsplanen vektlegges det at den enkelte brukers behov for hjelp eksisterer uavhengig av faglige grenser og grenser mellom etater. Det innebærer at utviklingen av tilbudene tar utgangspunkt i de helhetlige behovene individuelle brukere har. Da står brukeren i sentrum for tiltaket og koordineringsformen er den sykliske. Institusjonelt og organisatorisk manifesterer den sykliske koordineringsprosessen seg som individuelle planer og ansvarsgrupper. Disse skal ligge til grunn for de tiltakene og tjenestene den enkelte skal motta.

I en kommunal plan refereres det til at kvalitet i et brukerperspektiv forutsetter at brukerne er subjekter, og at det er brukernes behov og ressurser som skal utløse tjenester. Videre pekes det på at opplevelsen av kvalitet er individuell, og at metoder og verktøy som utvikles vil måtte sikre at tjenester blir samordnet og individuelt tilrettelagt (plan 8a). Det er fire kommuner i materialet som på eget initiativ har foretatt brukerundersøkelser, men i mange kommuner er kvalitet og individuell tilrettelegging tema som kommer igjen. En kommune peker på at brukerbegrepet forutsetter aktivitet fra brukeres side, men at dette kravet om aktivitet må imøtekommes med at brukere gis muligheter for valg og brukere kan avslå tilbudene som gis. Brukeren forventer å bli spurt og stiller krav om å bli hørt. Brukeren bør også kunne forvente at de som tilbyr tjenester er villige til å lytte, og ta hensyn til brukeres synspunkter (plan 13).

Kommunene omtaler også noen ganger samarbeidet mellom etatene uten at det skjer i sammenheng med deres omtale av utarbeidelse av ulike planer og etablering av team (plan 8a, 19). Større kommuner har gjerne behov for å samordne bydelsadministrasjoner og må sette av møtetid til å administrere det. Det samarbeides om utprøving av nye tiltak. Og i en kommune er det etablert det som kalles administrativt og klinisk samarbeidsutvalg. Det administrative utvalget skal godkjenne prosedyrer for samhandling om felles pasienter, avklare saker som er av prinsipiell, administrativ og økonomisk

karakter. Det kliniske utvalget skal avklare samarbeidssaker på utøvende nivå og behandle saker der det er uenighet om brukere. Det skal også evaluere samarbeidsprosedyrer (plan 10a, 19).

De aller minste kommunene omtaler i liten grad tjenester for barn og unge, mens de større i en del tilfeller utarbeider egne delplaner for denne gruppen. Tjenestene inngår i mange tilfeller under rubrikken forebygging, og helsesøstertjeneste, helsestasjonstjenester og skolehelsetjenester er de mest vanlige tiltakene kommunene vil bygge ut for gruppen. Det er ingen kommuner som i sine planer ser for seg at barnevern eller skole er kommunale etater som kan inngå i ansvarsgrupper, selv om noen peker på at barnevernet bør styrkes. Kommunene omtaler noen ganger at de skal styrke sitt samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i 2. linjen.

Departementet anbefaler videre at samarbeid mellom kommuner og 2. linjen gjennomføres som faste samarbeidsrutiner. Argumentet er at samarbeid fremmer pasientenes interesser og letter arbeidet med å løse vanskelige situasjoner som måtte oppstå. Samarbeidet kan omfatte utarbeidelse av individuelle planer og deltakelse i ansvarsgrupper (Rundskriv 1-4/99:11). Større, men også mellomstore, kommuner rapporterer om etablert samarbeid med 2.linjetiltak som poliklinikker og distriktpsikiatriske sentra. Det foregår gjerne i den formen at team fra institusjonene har kontortid i kommunene og der driver veiledning overfor kommunalt ansvarshavende i det som kalles samarbeidsmøter. For kommunen møter psykiatrisk sykepleier, kommunelege, avdelingsleder for hjemmetjenesten og andre aktuelle samarbeidspartnere. Det samarbeids også med poliklinikker. En kommune påpeker at det er psykiatrisk sykepleier som har faste samarbeidsmøter med poliklinikken. En annen viser til at det er et team med ansatte på kommunalt nivå som har møter med det polikliniske teamet. Eksempler på kommunale yrkesgrupper er allmennlege, psykiatrisk sykepleier og sosionom. I denne ene kommunen utgjør disse yrkesgruppene en basis i teamet, mens de andre yrkesgruppene møter ved behov. Kontakten med kommunene kan også dreie seg om at poliklinikken gir veiledning (plan 4, 8b, 13, 16).

Slikt samarbeid er det de fleste kommunene som uttrykker størst problemer med. De innser i en del tilfeller at deres 1.linje er svakt utviklet og at de er i behov av en mye tettere kontakt med 2.linjen enn de for tiden har for å kunne gi brukere et fullverdig tilbud (plan 6b, 16). Andre har satt styrket kontakt på sin liste over prioriterte tiltak, og håper på at det ambulerende teamet kan besøke kommunen en gang per måned (plan 12). En større kommune viser til at samarbeidet med 2.linjetjenesten er litt problematisk fordi definisjonen av hvor tiltak hører hjemme er uklar. I sin plan påpeker kommunen at tiltak den mener tilhører 2. linjen blir forsøkt ført over på kommunen. Kommunen har satt i gang et forhandlingsarbeid med 2. linjen for å unngå å få dagbøter for ferdigbehandlede pasienter (plan 8a).

Den samme kommunen referer til at det er etablert interkommunalt samarbeid som samarbeidsmøter mellom tre kommuners psykiatriske sykepleiere. Dette synes å være møter der felles problemer tas opp og der det søkes fellesskapsløsninger (plan 8b). Også en liten kommune peker på at den inngår i et etablert samarbeid mellom psykiatriske sykepleiere. Samarbeidet brukes til gjensidig rådgivning og kvalitetssikring (plan 16).

I et par kommuneplaner vises det til at det er tenkt gjennomført en brukerundersøkelse i form av spørreskjema til kommunens innbyggere for å registrere hvilke behov det måtte være for tjenester i det psykiske helsearbeidet (Plan 4, 14, 17). Andre kommuner viser til at det er foretatt kartlegging av behov blant brukere, og at brukere uttrykker ønske om tilgang til flere typer tjenester. Bolig, støttekontakt og aktivitetstilbud spesifiseres (plan 8b, 16, 17, 19).

2.2.1 Ansvarsgrupper

Ansvarsgruppe er en modell for koordinering av tjenester til enkeltpersoner som brukes på flere fagområder enn psykisk helsevern. I tillegg til å skape kontinuitet og trygghet for den enkelte bruker, kan denne modellen bidra til å plassere ansvar for ulike sider ved den enkelte brukers behandling hos respektive etater og organisasjoner. Det er tjenesteutøvere fra de aktuelle etater og organisasjoner som inngår i ansvarsgruppene, og de møtes for å avklare behov for tjenester og hvem som får ansvaret for de forskjellige deltjenestene (St.meld. nr. 25 1996-97:95). Modellen tas i bruk for å unngå det meldingen kaller ”skrankeproblemet”. Dette problemet er satt sammen av flere faktorer som mangel på informasjon, uoversiktighet, ansvar som er spredd til flere kommunale etater eller avdelinger, og mellom administrative nivåer (ibid:94). Ansvarsgruppemodellen, slik den tas i bruk i det psykiske helsearbeidet, er utarbeidet i tråd med det som kalles ”helhetlig psykiatriplanlegging”. Dette er en metode som har som formål både å utnytte eksisterende ressurser på en bedre måte, samt avdekke ønskede/uønskede behov hos brukere. Metoden er blant annet utarbeidet på bakgrunn av intervjuer med brukere (Hansen 1995:41, St.meld.nr. 25 1996-97:95). I praksis blir ansvarsgruppen den instansen som skal kvalitetssikre og effektivisere oppfølgingen av enkeltbrukere. Den skal sørge for at det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet rundt brukeren fungerer, utarbeide mål, oppfølgingsplan, fordele ansvar og evaluere oppfølgingen (plan 10a).

Kvalitetsrådgivere mener at ansvarsgrupper er et godt innarbeidet arbeidsredskap i kommunene, men at det muligens ikke har vært så mye brukt innenfor de psykiske helsetjenestene. Ansvarsgrupper ble innført som redskap i forbindelse med trygdens basisgrupper, og er siden utvidet til flere områder av de kommunale brukerrelaterte tjenestene. Små kommuner blir sett som i stor grad å være avhengig av å ta i bruk ansvarsgrupper fordi fagfolk der ofte er ensomme, og det er begrenset hva ensomme fagfolk kan få til. Det må flere faggrupper inn i bildet.

Ansvarsgrupper kalles også trolig samarbeid, tverrfaglig samarbeid og tverretatlig samarbeid i ulike kommunale planer. Generelt påpekes det i de kommunale planene som er gjennomgått at de viktige tjenesteyterne rundt brukeren er medlem, de er vanligvis to til fire personer. Det er ikke lovbestemt verken at det skal etableres slike grupper rundt brukere, eller at brukers skal delta i møtene i ansvarsgruppene. Det er dermed opp til hver enkelt kommune om det etableres ansvarsgrupper. I noen kommunale planer påpekes det at ansvarsgrupper opprettes hvis brukere ønsker det, det er også kun få kommuner i det foreliggende materialet som oppgir at de involverer brukerne direkte i slike møter. De som gjør det, påpeker at brukeren selv er medlem hvis ønskelig, og at det kan være medlemmer fra brukerens sosiale nettverk eller blant pårørende. Det er også kun hvis brukeren ønsker det (plan 10, 14, 15, 18).

Kommunene omtaler likevel ansvarsgruppene som et viktig redskap for å gi brukere av psykiske helsetjenester myndighet over eget liv. Det er i ansvarsgruppen de vil kunne delta med sin unike kunnskap om egne behov og muligheter, og det vil letter kunne etableres likeverd i relasjonen mellom hjelpere og mottakere fordi hjelpeinstanser i kommunen ansvarliggjøres (plan 1, 2, 3, 4, 18). Noen kommuners planer påpeker at ansvarsgrupper også etableres for andre grupper av brukere. For eksempel funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede. Kultur- og oppvekst har ansvaret fram til brukere er fylt 18, deretter overtar helse- og omsorg (plan 8a).

I noen kommunale planer er det spesifisert etater og yrkesgrupper som deltar med representanter i ansvarsgrupper. Eksempler er sosialkontor, arbeidskontor, trygdekontor, avdeling for psykiatri eller psykiatrisk sykepleier (plan 7, 10a, 18).

I de kommunene der det er etablert avdelinger for psykiatri står trolig denne avdelingen for organiseringen av ansvarsgruppene. I en plan påpekes det at brukere deltar på samarbeidsmøter, men det poengteres ikke om dette er møter i ansvarsgrupper (plan 7). I en annen kommunes plan påpekes det at psykiatrisk sykepleier ofte fungerer som koordinator og har ansvaret for innkalling til møter og samling i ansvarsgruppe om den enkelte bruker (plan 8b).

Det opereres i noen planer med begrepet primærkontakt. Dette er trolig en tilpasning av metoden "case management" og ansvarsgruppemodellen. I "case management"-metoden får brukeren tildelt en fagperson som gis et samlende faglig og administrativt ansvar for å koordinere ulike tilbud og sørge for kontinuitet i behandlingen (St.meld.nr. 25 1996-97:95).

Små kommuner nevner i liten grad ansvarsgrupper som arbeidsform, men er i større grad opptatt av at de skal bedre sine rutiner for samarbeid mellom ulike etater. To kommuner oppgir i sine planer at de nå skal sette i gang organisering av ansvarsgrupper for sine brukere av psykiske helsetjenester. I en kommune blir dette fokusert i planen, fordi det kom fram i en behovsundersøkelse kommunen gjennomførte, at brukere ønsket å forholde seg til kun en ansvarlig person. I en annen kommune er planlegger opptatt av at brukere ikke skal ha for mange instanser å forholde seg til (plan 5, 6, 9, 11, 17, 18).

2.2.2 Individuelle planer

Individuelle planer er planer som utarbeides for å sikre kontinuitet, progresjon og samarbeid mellom ulike etater og nivåer i hjelpeapparatet for den enkelte bruker. Individuelle planer skal ha en koordinerende funksjon. Alle brukere med langvarige og sammensatte problemer har rett til en individuell plan og ansvaret for å initiere og utvikle planer er lagt til helseforetak, behandlingsinstitusjon og kommuner. Tjenesteapparatet har altså hovedansvaret, og alle tjenesteytere som er i kontakt med en bruker som har sammensatte problemer kan vurdere om det er behov for en individuell plan. Bruk av individuelle planer er lovfestet i helselovene, og de utformes etter at det er fattet vedtak om å tilby tjenester. Planene er anbefalt utformet i samarbeid med mottaker og pårørende, eventuelt nettverk, og det anbefales at bruker gis et eiendomsforhold til planen. I det psykiske helsearbeidet, både for voksne, barn og ungdom er det en lege i overordnet stilling, og som er spesialist i psykiatri, som har ansvaret for å treffe vedtak (Forskrift av 12. januar 2000, par 3 og 4, Veileder for individuell plan 2001). Det kan implisere at det i de fleste tilfeller er behandlingsinstitusjon i 2. linjen som initierer planen.

Kvalitetsrådgivere har i stor grad inntrykket av at implementeringen av individuelle planer er kommet kort, men en kunne vise til at alle kommunene i sitt fylke hadde begynt arbeidet. Noen rådgivere peker på at arbeidet med å utarbeide individuelle planer som sykehus, DPS og kommuner kan ta i bruk, er satt i gang, og at det er etablert samarbeid om å finne fram til egnede modeller. En del rådgivere påpeker at de ansporer kommunene til å starte arbeidet med individuelle planer. Spørsmålet tas opp i samtaler med kommunene, ved samlinger som holdes, eller det holdes kurs og gis informasjon. En pekte på at det for en del kommuner var uklart hvorfor individuelle planer skulle settes i verk, og at brukere i liten grad etterspurte dem. Brukere hadde ikke den nødvendige informasjonen for å etterspørre planer for egen behandling og oppfølging. To rådgivere pekte på at de allerede hadde mottatt de første klagen på manglende planer fra brukerorganisasjoner, en av dem viste også til at tjenestested i deres fylke hadde fått anmerkning i en tilsynsrunde fordi individuelle planer ikke var implementert. Også angående spørsmålet om individuelle planer er det et problem at fagfolkene er ensomme i mange kommuner. Det er de samme fagfolkene som skal arbeide med alle typer tiltak, og

som blir forventet å være interessert i å implementere også det nye. Men de inntar en avventende holdning og vegrer seg i en del tilfeller for å engasjere seg i nye ting.

Det kan se ut til at de kommunale planene vi har fått tilgang til gir det samme bildet angående kommunenes arbeid med individuelle planer som rådgiverne ga uttrykk for: Det er kommet ganske kort. En del kommuner omtaler likevel slike og andre typer planer som kan karakteriseres som individuelle planer. Betegnelsene ressursplan, rehabiliteringsplan og oppfølgingsplan er i bruk i kommunene. Rehabilitering er medisinsk rehabilitering og defineres bredt. Den fokuserer på funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt i samfunnet (St.meld. nr. 21, plan 8a). Ressursplan antas å stå i sammenheng med ressursteam som noen kommuner påpeker i sine planer at de også arbeider for å etablere. Ressursteam består av representanter fra kommunens sosialavdeling og fra de statlige etatene arbeidskontor og trygdekontor. Oppgavene teamet skal ha er å ta i mot og å formidle tilbud, samt følge opp aktuelle brukere etter ønske og behov. Ressursteamet kan også få ansvaret for at aktuelle instanser og fagenheter innkalles til ansvarsgruppe om enkeltbrukere. Da skal psykiatrisk sykepleier delta (plan 8b).

Kommunene bruker også samarbeid om individuelle planer som et redskap til hjelp i planlegging og koordinering av tiltak innenfor psykisk helsearbeid. I en kommune pekes det på at målsettingene med å utarbeide individuelle planer er flere. For det første at alle parter som er involvert i tiltak for en bruker, skal få samme forståelse av hvilke oppgaver som skal utføres og hvordan de skal utføres. For det andre at det eksisterer individuelle planer som dekker ulike tjenester og samarbeid med andre etater. Brukerinvolvering er sentralt på alle områdene og kommuneplanen understreker at det skal avspeiles også i planleggingen av de individuelle tjenestene. Den enkelte bruker, eventuelt pårørende, ønskes derfor trukket med i planleggingen for å sikre at kunnskapen de har utnyttes og tas hensyn til. Denne kommunen understreker i sin generelle plan for helse- og sosialtjenestene at det er LEON-prinsippet som skal ligge til grunn for organiseringen. LEON står for lavest effektive omsorgsnivå, og vil i følge kommunen utnytte brukernes egne ressurser i størst grad (plan 8a).

I et par kommunale planer nevnes utarbeidelsen av individuelle planer eksplisitt som brukerinvolvering, og det understrekes at brukerne skal gis mulighet til å delta i utarbeidelsen av "sin individuelle plan" (plan 4, 14,15). Primærlegen regnes for å være en sentral posisjon for å fange opp nye brukere. I noen kommunale planer regner en med at mange av henvendelsene som kommer til primærlegen dreier seg om psykiske lidelser. Noen kommuner påpeker i sine planer at deres primærlegetjeneste er dårlig rustet til å delta i arbeidet, den har for lite kompetanse (plan 8a, 19). Primærlegen har blant annet som oppgave å kontakte psykiatrisk sykepleie hvis det antas at en pasient har behov for psykiatrisk oppfølging, og legetjenesten må besitte den nødvendige kompetanse til faktisk å oppdage når henvendelser dreier seg om psykiatiske spørsmål og til å inngå i samarbeid med kommunale etater. Robberstad (2002) viser til at henvisning mellom primærlege og psykiatrisk sykepleie i liten grad har vært gjort i den perioden psykiatrisk sykepleie i kommunene ble bygget ut, og at det kanskje fortsatt gjøres i for liten grad. I en kommune påpekes det at det ikke har vært henvendelser fra primærlege til psykiatrisk sykepleie siden det ble startet et prosjekt om selvmordsforebygging i 1993 (plan 9). Primærhelsetjenesten skal også henviser direkte til distriktpsikiatriske sentra (plan 7, 8a).

Også psykiatrisk sykepleier gis en sentral rolle i mange kommuner. Særlig i planene til små kommuner er det pekt på at psykiatrisk sykepleier har det direkte behandlingsrelaterte ansvaret overfor brukerne. De gis også ofte posisjonen som psykiatrikoordinatorer i kommunene. De kommunene som ikke har psykiatrisk

sykepleier, eventuelt ikke har en sykepleier med videreutdanning i psykiatri, understreker at det er et stort behov å få dekket, og at det er vanskelig (plan 12, 17, 18).

Av de 19 kommunale planene som utgjør dette materialet er det få som oppgir at kommunen er i gang med individuelle planer. De minste kommunene nevner ikke arbeid med individuelle planer, de store kommunene skal sette det i gang i sammenheng med sitt samarbeid med 2. linjen, eller få det inn i mer systematiske former. De kan poengtere at det er vanskelig å koordinere tjenester, og at individuelle planer er en arbeidsform som lider under det. Utarbeidelse av individuell planer i en del kommuner kan dermed være tilfeldig.

2.3 Dagsentra og aktivitetssentra

Kvalitetsrådgiverne mener at det varierer med hensyn på om kommunene kan tilby sine brukere av psykiske helsetjenester et dagsenter. Det framheves at dette er problematisk i de små kommunene. En rådgiver viser til at kommuner i fylket samarbeider om å tilby dagsenter, for andre fylker er dette helt utenkelig på grunn av avstandene. Andre rådgivere viser til at det er organisert tilbud som er felles for flere grupper av brukere. Det er særlig eldre og brukere av psykiske helsetjenester som ses i sammenheng. Dette blir sett som positivt av de fleste rådgivere fordi det skaper en mulighet for å gi denne gruppen et tilbud, men en peker på at det også kan være negativt. For det første fordi brukere av psykiske helsetjenester ikke ønsker å være sammen med eldre, og for det andre fordi de eldre kan finne det problematisk å dele tilbud med psykiatriske pasienter, særlig hvis disse er for utagerende. I andre tilfeller ble det pekt på at tidspunktet for å bruke sentrene var atskilt, brukerne innenfor psykiatrien kunne ta sentrene i bruk på ettermiddags- og kveldstid. Det er også eksempler på at dagsentrene organiseres sammen med frivillighetssentralene og med organisasjonene på feltet. Noen rådgivere viser til at kommuner har brukt opptrappingsmidler til utbygging av dagsentertilbudet.

Kommuneplanene ser også ut til å følge det mønsteret rådgiverne hadde observert, bort sett fra at så godt som alle kommunene i materialet har dagsentertilbud. De kan også vise til at det har økt, eller at det er ønskelig at det økes. Kommunene melder om at det er pågang for å delta i dagtilbudet, det er likevel en del kommuner som ikke ser for seg at dagtilbudet skal være tilgjengelig alle hverdager (plan 2, 7, 4, 5, 8b, 11, 12). De to minste kommunene i utvalget har ikke eget dagtilbud, men kjøper dette som tjeneste i en nabokommune (plan 6a, 16). En av disse lot psykiatrisk sykepleier og helsesøster alternere på å ha vakt på en IT-kafé som blir arrangert en gang hver 14. dag. Også to andre av de små kommunene peker på at de mangler dagsentertilbud (plan 9, 17), men det er bare en av dem som legger planer for å etablere et tilbud.

Små kommuner delte altså i en del tilfeller sitt dagsentertilbud mellom ulike grupper av brukere. Det kan medføre at mennesker med psykiske lidelser får tilgang til tilbudet så lite som en dag i uken (plan 2, 11). Det fysiske stedet som rommer dagsenteret deles gjerne mellom ulike typer aktiviteter. Noe som også medfører at dagsentertilbudet for brukere av psykiske helsetjenester ikke kan ha åpent hver dag i en del kommuner (plan 12). I en kommune med geografisk spredt bosetning, ble det tatt opp i planen at dagsenterets aktiviteter kunne flytte mellom ulike sentra i kommunen, og ha faste åpningsdager også andre steder enn der det var lokalisert per dato. Det ble ansett slik at det var egnede lokaler i de sentra der det kunne være aktuelt å la aktiviteter ambulere til (plan 13).

I de fleste kommunale planene kommer det fram at dagsenteret fungerer som aktivitetssenter, og i de kommunene som oppgir hva det arbeides med, nevnes diverse former for maling, snekring og arbeid med naturprodukter, samt friluftaktiviteter og sosialt samvær. Noen tilbyr også måltider. I noen kommuner har senteret også tilbud på kveldstid. I en kommune, der det ikke er tilbud hver dag, er det likevel satset på å kunne ha åpent eller drive noen aktiviteter i helgedagene; på lørdager i vinterhalvåret og søndager i sommerhalvåret. Spørsmålet om å holde åpent i helger blir også løst ved at brukere selv har ansvaret for å holde tilbudene åpne (plan 7, 8a og b, 12, 18, 19).

Kommunene anser i stor grad at de har behov for å øke sitt dagtilbud, både hva angår antallet plasser, typene aktiviteter og stillinger. Slik det ser ut til at kommunene vurderer situasjonen, bør aktivitetene omfatte aktiviteter som grenser mot arbeid, men som er mindre forpliktende enn arbeid. Dette begrunnes i noen kommunale planer i at brukernes gjennomsnittsalder har sunket. Arbeidstrening er muligens en brukbar betegnelse på det de ser for seg. I en kommune er betegnelsen dagsenter også brukt om arbeidstreningstiltakene, mens dagtilbudet kalles lavterskeltilbud. Å legge til rette for brukermedvirkning der brukerne deltar i å drive dagsenteret, vurderes som et ledd i å legge til rette for slike mindre forpliktende arbeidsaktiviteter. Andre kommuner er opptatt av at de skal gi et tilbud som både er en møteplass, men også et tilpasset, allsidig og målrettet aktivitetstilbud. De ser for seg at dette vil medføre at brukernes selvfølelse øker, og at det vil gi dem muligheten til å mestre egne liv bedre (8a, 10a, 12, 19).

I en kommune har psykiatriske sykepleiere kontor plassene sine på dagsenteret. Da senteret ikke har åpent alle dager i uken, medfører det at psykiatrisk sykepleier ikke er tilgjengelig alle dager i uken. Dette oppleves som et problem, og i planen gis det uttrykk for at det er problematisk å finne en løsning. En kommune påpeker at skyss til dagsenteret er prioritert fordi det er store avstander i kommunen (plan 8b). Dagtilbudet blir i mange kommuner et tiltak med stor grad av deltidsarbeid. Det er i en del tilfeller snakk om å ansette personale i 50% stilling. I noen kommuner opereres det med en stillingsprosent på 20 uten at det påpekes at eksisterende stillingsbrøker bygges ut.

Større kommuner har gjerne flere dagtilbud som opererer på ulike måter, det vil si involverer brukere i større eller mindre grad. Det kan dreie seg om tilbud som er 100% brukerstyrt, der det hele tiden arbeides med nye tiltak, og der grensene for deltakernes evne og vilje til å forplikte seg tøyes. Store kommuner har også ofte tilbud for de som ikke ønsker å la seg involvere i like stor grad (plan 10a). Det gis også tilbud om hjelp til å finne fram til aktiviteter som kan være gode for den enkelte (plan 15).

Noen kommuner tilbyr også organisasjonene på feltet, i de fleste tilfeller Mental Helse, plass i slike lokaler (plan 13, 14). I andre tilfeller drives dagsenteret som et samarbeid mellom kommunen og en frivillig organisasjon, også det som regel Mental Helse (plan 15).

Dagsentra, aktivitetssentra, møteplasser; hva det kalles og hva det faktisk er varierer mellom kommuner, er opprettet for å gi brukere en mulighet til egenaktivitet. Innenfor et overordnet terapeutisk siktemål gis slike sentra flere typer målsettinger: De skal medvirke til at brukere bryter isolasjon og deltar i sosiale sammenhenger utenfor den nære familien, de skal bidra til at brukere får styrket sine nettverk og at de derigjennom kan oppnå større sosial trygghet. De skal også bidra til at brukere kan aktiviseres og delta på turer. I noen tilfeller kan brukere ha samtaler med psykiatrisk sykepleier på dagsenteret.

2.4 Brukerstyrte aktiviteter og kultur

Kvalitetsrådgiverne viser til at dagsentra kommunene har plassert seg et sted på skalaen fra at sentrene kun er en møteplass uten videre vekt på brukerinvolvering til at de er fullt brukerstyrte. Brukerstyrte sentra er noen ganger drevet av organisasjonene, i andre tilfeller dreier det seg om at det er kommunale sentra, det vil si at de finansieres over kommunale midler, men at brukere driver dem. Det kan se ut som om det er tilfelle for de sentra som etableres etter "Fountainhouse-modellen", men de finnes også i andre varianter. Felles for de brukerstyrte sentra ser ut til å være at brukerne deltar på allmøter, diskuterer ansettelser og økonomi, og inngår i dialog og utveksling med administrasjon og kommuner.

Rådgivere viser til at det er store forskjeller mellom små og store kommuner. I de største kommunene er det et mangfold av sentra, mens i de mindre kommunene er det ett, eller de drives for flere brukergrupper i fellesskap, og at de drives tradisjonelt. Med tradisjonelt mener rådgiverne at sentra er fagstyrte, at de kan minne om dagavdelinger eller at de kun er et sted å være, en møteplass der det kan drives hobbyvirksomhet.

Fagstyrte sentra står i motsetning til de brukerstyrte. De er i yrkesgruppens grep, og rådgivere spekulerte litt omkring at det muligens er sykepleierne med sitt fundament i å gi omsorg og tilrettelegge som er de dominerende yrkesgruppene i utformingen av sentra. Dette kunne komme i veien for en kommunal eksperimentering med ulike typer sentra, og for at unge brukere av psykiske helsetjenester kunne rekrutteres som brukere til sentra rundt om i kommunene. En rådgiver mente kommunene er konservative i sin tenkning om dagsentra.

En annen rådgiver pekte på at integrering kan skje motsatt vei av hva man vanligvis tenker: Ikke ved å trekke de andre, brukerne av psykiske helsetjenester, inn i kommunen, men ved å flytte kommunen ut, ut til brukere av tjenester og inn på dagsenteret. Sentra er en arena for empowerment, mente noen rådgivere, aktiviteten er orientert mot brukere og brukere involveres. Men i hvilken grad de involveres er avhengig av bevisstheten fagfolkene har om spørsmålet.

Dagsentra er altså forskjellige, og de involverer brukere på forskjellige måter. Også fagstyrte sentra involverer brukere i allmøter, ved å involvere dem aktivt i planlegging av sentra, at de medvirker i å bestemme hvilke aktiviteter sentra skal ha, hvor turer skal legges til etc. Det kunne også dreie seg om at brukere forplikter seg på en bredere basis og medvirker til å utarbeide programmer for nye brukere, arrangere kafeen og sørger for at internett fungerer. Brukerne kunne også selv stå for samarbeid med etater og instanser, som a-etat eller idrettsorganisasjoner.

Hva som egentlig utgjør brukerstyrte aktivitetene er uklart i mange kommunale planer. Ytterpunktene er på den ene siden at det brukes navn på etablerte tiltak som er drevet av brukere, og på den andre refereres det kun til at brukere skal delta (plan 1, 3). I de minste kommunenes planer nevnes det ikke at det skal eksistere brukerstyrte tiltak (plan 5, 11, 12, 17). Brukerstyrte tiltak, eller tiltak der brukere skal kunne delta og være i aktivitet, er i mange kommuner det samme som dagsenter eller dagtilbud. I en kommune skilles det mellom ulike former for dagtilbud der noen er brukerstyrte, mens andre ikke er det. Brukerstyrte aktiviteter, eller aktiviteter som legger til rette for brukermedvirkning, er i en del tilfeller drevet helt på frivillig basis, mens dagtilbudene har ansatt personale. En kommune framhever at ideen med brukermedvirkning er at brukere skal få et eierforhold til senteret og til aktivitetene som drives der, for at de på lengre sikt skal kunne overta og drive aktivitetene på egen hånd. I de kommunene der det etableres senter i forbindelse

med Opptrappingsplanen kan det se ut til at brukere involveres helt fra senteret er på planleggingsstadiet. Brukere blir også i en del tilfeller bedt om å komme med forslag til aktiviteter senteret skal drive med. I planene framheves det at brukere viser interesse for å delta i slike former for planlegging (plan 10a, 13, 19).

Det påpekes også at det er etablert et samarbeid mellom dagtilbudet, frivillige organisasjoner på feltet, psykiatritjenesten, støttekontakter og kulturetaten om tiltak som, om ikke annet, grenser opp mot kultur. En kommune ser sitt tilbud om dagsenter i tilknytning til kommunens kulturskole, og det legges planer for å knytte denne tettere til det psykiske helsearbeidet (plan 18). I plan 12 vises det til at det samarbeides om å arrangere turer som kan gi brukere andre opplevelser. Eksempelene som nevnes er turer og fysisk aktivitet. Det anføres at det kan være viktig at det gis offentlig støtte til slike tiltak fordi mange brukere har dårlig økonomi og ikke tar seg råd til slike aktiviteter. Det anføres også at brukere ofte er misfornøyde med sine sosiale nettverk, eller at sosiale nettverk er ikke-eksisterende utover de nærmeste familierelasjoner. En del brukere i noen kommuner er også uten familie (plan 11, 14). I slike tilfeller ønsker kommunene å tilby hjelp slik at brukere kan etablere nettverk, aktivitetssentra og kulturtiltak ses som et redskap i dette arbeidet.

I sin omtale av kulturtiltak påpeker departementet at ulike etater og instanser i kommunene bør inngå i samarbeid. Kulturtiltak vil kunne innebære et større fokus på den enkeltes ressurser, bidra til økt trivsel og livskvalitet, og fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv (Rundskriv 1-4/99). Kultur er et tiltak de minste kommunene utelater å omtale (plan 5, 9,11), eller det er et tiltak de innser at de ikke har muligheter til å tilby (plan 6). De større kommunene peker i sine planer på at det eksisterer mange tilbud for deltakelse i kulturaktiviteter, men at det ikke finnes spesielt tilrettelagte aktivitetene for en gruppe brukere med psykiske lidelser. Kommunene ser likevel for seg at tilrettelagte tiltak kan etableres, men da i samarbeid med frivillige organisasjoner (plan 14). Det kan også se ut som om kultur blir en form for restbetegnelse. Tiltak som ikke går inn under andre rubrikker plasseres her, samt at kulturetat eller kulturkontor kan få ansvaret for å finne fram til egnede fritidsaktiviteter for brukere med psykiske lidelser. Fysisk aktivitet inngår som viktig (plan 15).

2.4.1 Samarbeid med frivillige organisasjoner

I sitt rundskriv 1-4/99 påpeker departementet at et tema for samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommunen om psykisk helsevern er at organisasjoner kan stå for rekruttering og opplæring av støttekontakter. Et annet tema for samarbeid er rehabilitering og attføring i form av arbeid og arbeidstrening for personer som har psykiske lidelser. Et tredje er kulturtiltak og fritidstiltak (Rundskriv 1-4/99).

Kvalitetsrådgiverne ga uttrykk for at kommunens samarbeid med organisasjonene på feltet varierte. I en del kommuner i noen fylker var samarbeidet godt bygget ut og kontinuerlig, i andre var det samarbeid fra sak til sak, mens i atter andre var det lite samarbeid. Noen mente kommunene i deres fylke var for lite interessert i å satse på slikt samarbeid, mens andre så at det i deres fylke var et mangfold av samarbeidsformer. Årsakene til manglende samarbeid kunne altså ligge på kommunalt nivå, for eksempel er det fortsatt mange kommuner som ikke er villige til å gi organisasjonene på feltet kommunal støtte, men det kunne også ligge på organisasjonsnivå. Rådgivere ga uttrykk for at organisasjonenes kommunale tillitsrepresentanter hadde for lite kunnskap om det arbeidet de drev, og at de ikke hadde tilstrekkelige kvalifikasjoner til å opptre i rollen som tillitsrepresentant. De satte seg selv på sidelinjen fordi alle spørsmål ble tolket i

sammenheng med den egne personlige situasjonen; representantene fortalte sin egen livshistorie, de drev lite representasjonsarbeid.

Det ser ut til at brukerråd er etablert kun i få kommuner. De rådgiverne som hadde kunnskap om hvordan forholdene var i deres kommune på dette området, mente at det kunne være vanskelig å holde slike råd i gang med hensyn på brukere innenfor psykiatrien fordi det ikke var lokallag av noen organisasjoner i kommunen. Samtidig var de kritiske til kommunenes holdninger, de tok fantasien alt for lite i bruk. Rådgiverne mente det ville være mulig for kommunene å bruke nabokommunens lokallag, det ville være mulig å henvende seg til fylkesnivået, og det vil være mulig å engasjere aktive enkeltpersoner til å sitte i råd og utvalg. En rådgiver henviste likevel til at det var aktive enkeltpersoner som ble engasjert, det var de samme personene som gikk igjen i alle sammenhenger der psykiatriens brukere skulle representeres. Mangelen på brukerråd kan til en viss grad oppveies av at det eksisterer et råd for funksjonshemmede, men slike råd er heller ikke opprettet i alle norske kommuner. Det rådet som er pålagt kommunene å opprette er eldrerådet, det nevnes i noen tilfeller at eldrerådene brukes som høringsinstanser for saker som angår brukerne av psykiatriske helsetjenester.

Det kan se ut til at kommunene tenker brukermedvirkning inn i en korporativ tradisjon. For at brukerinvolvering på systemnivå i kommunen skal være aktuelt, må brukere være organisert i sivilsamfunnet. På den måten kan organisasjonene representere sine medlemmer, og de kan være mottakere av høringsnotater og skrive uttalelser. Et unntak ble nevnt over, der brukerhøringer ble lagt til dagsenteret. Det kan også se ut til, i intervjumaterialet, at det er to kommuner som har valgt denne løsningen.

I en kommune er frivillige organisasjoners arbeid og samarbeid med kommunen de tiltakene, sammen med frivillighetssentralen, som er plassert under rubrikken brukermedvirkning (plan 7). Det faktum at organisasjoner på psykiatriområdet brukes som høringsinstans i saker som angår gruppen kalles også i noen tilfeller for brukerinvolvering (plan 4). Små kommuner peker på at de ikke har lokallag av de organisasjonene som framstår som brukerorganisasjoner innenfor det psykiske helsearbeidet. Det påpekes for en av dem at det er ønskelig at Landsforeningen for pårørende innen psykiatri og Mental Helse etablerer seg i deres kommune. Samtidig framheves det at det likevel er mulig å samhandle med andre lokale frivillige organisasjoner om aktuelle problemstillinger, eller at kommunens innbyggere er medlemmer i nabokommunens lokallag (plan 9, 16, 17). Andre mindre kommuner påpeker at de er avhengige av at organisasjonene deltar i arbeidet når det gjelder deres dagtilbud, og muligheter til å støtte driften økonomisk framstilles som en del av tiltakene de vil skal komme inn under Opptrappingsplanen. Kommuner kan også se for seg at organisasjonene skal brukes til rekruttering av støttekontakter.

En større kommune påpekte at den er interessert i å styrke samarbeidet med alle typer frivillige organisasjoner i kommunen slik at organisasjonene kunne bli mottakere av frivillig arbeidskraft som var tilgjengelig blant brukerne av psykiske helsetjenester (plan 10a). Denne kommunen har også etablert faste kontaktpunkter med organisasjonene i form av møter. Organisasjonene møter da som representanter for brukerne. Gjennom disse møtene håper kommunen at flere synspunkter på tiltak kan komme fram og at brukere kan få innflytelse på beslutninger og prioriteringer. Likevel påpekes det at det ikke er mulig å begrense denne representasjonen til organisasjonene fordi så få brukere er organisert. Det ønskes derfor etablert et forum der brukere, pårørende og fagpersonell i fellesskap kan luften og diskutere sine syn. Dette kunne igjen, i fellesskap, bli presentert for politikere og media (plan 10a). En kommune ønsker å etablere en frivillighetssentral blant annet for å kanalisere frivillig arbeid inn i omsorgen for psykisk syke, formidle

kontakt og tjenester på tvers av alder og gruppetilhørighet, men også fordi frivillighetssentralen kan medvirke til å skape felles arenaer der enkeltpersoner og grupper gis anledning til aktiviteter og kontakt med hverandre (plan 18).

Brukerrettede tiltak er en betegnelse som brukes i en del kommuneplaner og det henviser til at brukerorganisasjoner på ulike måter involveres i tiltakene for psykisk helsevern. Kommuner spesifiserer gjerne brukerrettede tiltak som at brukeres organisasjoner høres i planarbeid som angår gruppen. I tillegg påpekes det at kommunene kan gi organisasjonene økonomisk støtte, samt at samarbeid kan være aktuelt angående markeringen av "Verdensdagen for psykisk helse" (plan 8a). Små kommuner er eksplisitt på at de forutsetter frivillig innsats ved dagsentra og treffsteder (plan 9). Andre kommuner forutsetter frivillighet ved hele sitt tilbud av tjenester innenfor psykisk helsevern (plan 10a).

Små kommuner tenker seg at de skal stimulere frivillige organisasjoner til å arbeide med mennesker med psykiske lidelser. Blant annet kan dette gjennomføres ved at organisasjonenes arbeid koordineres. Koordineringen er kommunene gjerne innstilt på å finansiere deler av, men noen kommuner klarer likevel ikke å spesifisere hvordan de tenker seg koordineringen gjennomført, eller hva organisasjonene skal kunne bidra med.

Av de 19 kommunale planene som er gjennomgått er det kun en kommune som peker på at brukere har rett til å bli involvert på andre måter enn i tiltak av terapeutisk karakter. Der pekes det konkret på at brukerne, gjennom organisasjonen Mental Helse og det kommunale Rådet for funksjonshemmede, har rett til å delta i planlegging av tilbud og tjenester, og at de har uttalerett i saker som angår dem. I sin plan vektlegger denne kommunen også at denne rettigheten må styrkes, og det foreslås blant annet at brukere gis møtetogtdgjørelse når de deltar i kommunale møter og planleggingsfora. Det foreslås også at den organisasjonen som alt er etablert, men også nye som muligens vil etablere seg, får bruke lokaler i tilknytning til det kommunale dagsenteret (plan 14).

2.5 Andre tiltak

Andre former er her definert som arbeid, botilbud og støttekontakt. Disse er valgt ut fordi de utgjør tiltak som er viktige både for at brukere skal kunne ha et tilfredsstillende dagligliv, samt ha en meningsfylt fritid.

2.5.1 Arbeid

Arbeid og integrering i arbeidslivet ses som tiltak som har betydning for den enkeltes status, identitet, deltakelse og utviklingsmuligheter. For å styrke de mulighetene mennesker med psykiske lidelser har til å få et arbeid, anbefales det at kommunene legger til rette for samarbeid mellom ulike etater. Det anbefales at det etableres rutiner for kontakt, først og fremst mellom den enkelte og behandlingsapparatet, samt mellom helse- sosial- og arbeidsmarkedsetatene (Rundskriv 1-4/99). Arbeidsmarkedsetaten deltar i samarbeid med andre instanser og arbeidssøker for å tilrettelegge for egnet arbeid tilpasset den enkeltes muligheter og behov. Det uttrykkes fra en del kommuner at slikt samarbeid ønskes videreført i jevnlig møter. I dette samarbeidet deltar også noen ganger trykdeetaten (plan 8a, 14, 17, 18). To store kommuner påpekte at kjennetegnene ved tiltakene arbeidsmarkedsetaten kan tilby: at den enkelte bruker inntar en aktiv rolle som arbeidssøker, mottar lønn, har et ansettelsesforhold og er medarbeider, er for snevre. Et par kommuner argumenterer for å utvide arbeidsbegrepet for at flere skal kunne ta del og oppleve det som antas å være positivt for den enkelte med å inneha et arbeid.

Kjennetegnene ved arbeid som er at det skal være forpliktende, ha fast sted, fast tid og forventninger om oppmøte, kan også være problematisk å imøtekomme for en del mennesker med psykiske lidelser. Det kan likevel inngås arbeidsavtaler og andre typer forpliktelser, det kan satses på arbeid som det er behov for, også for det som eventuelt produseres, og det kan være både lønnet og ulønnet. Disse trekkene definerer arbeid bredere enn de første, men likevel slik at hobbyaktiviteter og arbeidsterapi utelates (plan 10a, 14). Den ene av disse kommunene stiller også i sin plan opp konkrete forventninger til hva arbeidsmarkedssetaten bør delta med på psykiatrifeltet (plan 10a), mens den andre vil ta i bruk aktivitetssenteret til arbeidstrening (plan 14). Det er likevel bare det vi kan kalle store kommuner som legger til rette for at mottakere av psykiske helsetjenester skal kunne ha vanlig arbeid, drive arbeidstrening eller ha arbeid med bistand.

Større kommuner har fylldige oversikter over de tilbudene de har i tilknytning til arbeid (plan 1, 7, 14), mens små kommuner gjerne unnlater å omtale det (plan 5 og 6, 9, 11, 16). En kommune viser til at det i den avholdte brukerundersøkelsen kom fram at kun svært få av de aktuelle brukerne av tjenester innenfor psykisk helsearbeid, var interessert i å få tilgang til arbeid. Det kommenteres, og henvises til at det likevel kan tenkes at det vil være mulig å motivere noen av brukerne til arbeid (plan 17). Andre igjen fokuserer på at brukere må ha minimum 50% restarbeidsevne for å komme i betraktning for arbeidstiltak, også for vernede bedrifter. Det er bare et fåtall kommuner som nevner spørsmålet om vernede bedrifter, og de nevner gjerne at samarbeid med slike bedrifter er under utvikling (plan 18). Noen kommuner er i sine planer eksplisitt på at de har brukere i tiltak som arbeid med bistand, arbeidsforberedende trening, eller at de tilrettelegger arbeidsplassen, eventuelt omplasserer arbeidstakere med psykiske lidelser. En kommune påpeker at dette er tiltak som bør styrkes fordi de fokuserer på motivasjon og mestring, og at kommunen bør styrke økonomien i disse tiltakene (plan 8a, 12, 14).

Grønt samarbeid

Betegnelsen ”grønt” blir i kommunal sammenheng gjerne brukt om tiltak som på ulike måter impliserer deltakelse fra frivillige organisasjoner (Lyngstad et al. 1997). I to av de kommunale planene som utgjør dette materialet brukes betegnelsen grønt samarbeid rent billedlig for å omtale samarbeid med gårdsbruk om sysselsettingstiltak for brukere av psykiatriske helsetjenester.

2.5.2 Bolig

Egen bolig oppfattes som et sentralt tiltak for å kunne sette brukere i stand til å fungere i sin hverdag. Hjemmet vurderes som en viktig livsarena og ut fra det får boligen en helt sentral plass i det kommunale tilbudet til brukere av psykiske helsetjenester. Mange av de kommunale planene som er gjennomgått tar opp botilbud som et tiltak som enten er under utvikling, eller som skal utvikles. Kommunene er altså bevisste på boligens rolle i menneskers liv, og ut fra det gjøres det en distinksjon mellom bolig og tjeneste. Tjenester er individuelt utformet og tilbys brukere som har en bolig. Brukere mottar tjenester i sin bolig, de bor ikke i en bemannet bolig. Langt de fleste kommunene ser bolig og omsorgstjenester i sammenheng, blant annet for å fokusere sine målsettinger om å gi bruker en tilpasset bolig. Begrepet differensiert boligtilbud er i en del tilfeller i bruk. Det omfatter bofellesskap, omsorgsboliger, bokollektiv og samlokaliserte boliger. Forskjellen på bokollektiv og bofellesskap omtales i en plan som at bokollektivet har hybler mens fellesskapet kan dreie seg om leiligheter. Samlokaliserte boliger er boliger som er plassert romlig i nærheten av hverandre, for eksempel to eller flere leiligheter i en blokk. Samlokalisering kan være av betydning også fordi brukere av psykiatritjenester ofte mangler nettverk. Nærhet, og fellesskap i bolig, antas derfor å gi trygghet, samt fungere

positivt for brukere som har behov for sosial trening og som trenger å unngå isolasjon (plan 8a, 13, 17, 19).

Mange kommuner legger seg, i sin kartlegging, på nivået for eksisterende behov eller de presenterer minimumstall. Det vil si at behovet for boliger i liten grad blir framskrevet. Dette er særlig framtreddende i de minste kommunenes planer (plan 5, 6b, 11, 14). Andre kommuner framskriver behovet sitt og planlegger å etablere nye boliger for brukerne av psykiatriske helsetjenester. Det dreier seg da i særlig grad om ulike kollektive boformer (plan 10a, 12, 13, 17). Noen kommuner påpeker at deler av botilbudet er noe de tilbyr i sammenheng med andre kommuner eller at de disponerer et antall plasser ved navngitte institusjoner som er beliggende i annen kommune eller tilhører helseforetaket. Det påpekes også at det er behov for å etablere bofellesskap for brukere som trenger tettere oppfølging. Kommunene anser det slik at en del av brukerne av psykiatriske helsetjenester har behov for vanlige boliger, eller hjelp til å klare det praktiske med en vanlig bolig (plan 8a, 13, 14). Noen små kommuner omtaler ikke botilbud for brukere av psykiatriske helsetjenester spesielt i sine kommunale planer. De ser det i sammenheng med botilbud for andre typer brukere, påpeker kun at botilbudet er for dårlig, eller at det er, eventuelt bør utvikles (plan 8b, 9, 15, 16).

Selv om det i de kommunale planene gjøres en distinksjon mellom bolig og tjenester, er det bygging av nye omsorgsboliger kommunene omtaler. Det er boliger som det skal være lett å yte tjenester i, og de skal kunne utnytte kapasiteten til hjelpetjenestene på en best mulig måte. Selv om det også ses som en fordel at boligene ligger i nærheten av andre aktuelle, gjerne kommersielle servicetiltak, omtaler kommunene i liten grad at det er mulig å ta i bruk boliger i den eksisterende boligmassen i kommunen. Utvikling av hjemmetjenestene er også et tiltak som styrker brukere, og mange kommuner poengterer dette i sine planer, gjerne i sammenheng med omtalen av bolig. Det er i stor grad det generelle tilbudet innenfor hjemmetjenestene som nevnes, men en kommune påpeker behovet for å ha husmorvikar for at kommunen skal kunne gi et tilbud til familier der mor er syk (plan 5, 13, 18).

2.5.3 Støttekontakt

Støttekontakter er et tiltak som er påbudt kommunene å tilby i følge lov om sosial omsorg. Departementet anbefaler kommunene å styrke det i utbyggingen av tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Det anses som å være et godt tilbud for å hindre sosial isolasjon, og det er et tiltak som er lovfestet og baserer seg på vedtak knyttet til enkeltpersoner. Det anbefales at støttekontaktene som skal virke innenfor psykisk helsevern bør være modne og med livserfaring, samt at tyngdepunktet bør ligge på kontakt og støtte på brukerens premisser (Rundskriv 1-4/99). Støttekontakter ses særlig som viktige for at brukere skal kunne nyttiggjøre seg diverse kulturtilbud, men de er også viktige for at brukere skal kunne starte etablering av sosiale nettverk. Støttekontakter nevnes også av en kommune som et redskap for å forhindre overforbruk av andre tjenester, som kan utvikles fra brukeres kontaktbehov (plan 17). Kommunale planer påpeker at støttekontaktene, men også de sosiale møteplassene, er viktige i dette arbeidet. Likevel er det en kommune som påpeker at det er påkrevet med en avklaring mellom kultur- og oppvekstetat og helse- og omsorgsetat med hensyn på oppgavefordeling og rekruttering av støttekontakter (plan 8a). I andre kommuner er støttekontaktene, og et styrket arbeid for å rekruttere, beholde og avlønne dem, prioriterte tiltak (11, 12, 14, 18). Men særlig mindre kommuner ser støttekontakt som et mindre viktig tiltak fordi de innser at de ikke har mulighet til å gi kulturtilbud (plan 6). Det er for dem ikke noe poeng i å

tilby støttekontakt, når denne ikke kan ta med brukeren ut for å benytte tilbud utenfor hjemmet.

Støttekontakt er dermed ikke et virkemiddel alle kommuner tar i bruk i sitt arbeid for å tilrettelegge for deltakelse i ordinære aktiviteter og integrering i fritidsaktiviteter. For noen kommuner blir det slik fordi fritidstiltak ikke eksisterer, og tilsynelatende har de ingen planer om å ta initiativ til å etablere dem. Noen kommuner påpeker også at fritidsassistenter kan være aktive i denne sammenhengen, eventuelt at ledsagere kan brukes. Også besøkstjeneste, transport og telefon er tiltak som nevnes som virkemidler for å styrke brukernes sosiale kompetanse og mulighet til å bryte isolasjon (plan 9, 10a, 11, 15).

Rundskrivet poengterer også at kommunene må bidra aktivt med å kurse støttekontaktene, blant annet for å sikre kontinuitet (Rundskriv 1-4/99). I de kommuneplanene der støttekontakter nevnes som tiltak, nevnes det også i stor grad at de arbeider med å avholde kurs eller planlegger kurs for støttekontakter. Kommunene påpeker at det kan være problematisk å rekruttere støttekontakter, delvis fordi de er dårlig lønnet, og det planlegges markedsføringstiltak i et par kommuner. I en kommune vil man sette i gang tiltak for å gjøre støttekontaktarbeidet mer variert. I en del kommuner er veiledning en betegnelse som brukes i tillegg til, eller i stedet for kurs. Veiledning tenkes også å omfatte oppfølging av støttekontaktene (plan 8b, 10a, 14, 16, 18).

2.6 Ikke-organisert og organisert brukerinvolvering i kommunene

Ikke-organisert brukerinvolvering er definert som brukerorientering- og hensyn, ansikt-til-ansikt-relasjoner mellom brukere og yrkesutøvere og terapeutisk medvirkning, brukerundersøkelser og fritt brukervalg. Organisert brukerinvolvering er styre av brukere, brukerrepresentasjon i råd og utvalg og representasjon i driftsstyrer eller styrer generelt. Det er deltakelse mot et nivå organisert i det offentlige og med beslutningskompetanse på et gitt område.

Tiltakene de kommunale planene behandler finner vi på individnivå. Det er tiltak som retter seg mot behandling og brukeres daglige livsførsel, så vel som mot deres arbeids- og fritidsliv. Brukerinvolveringen vil måtte foregå som ikke-organisert involvering både med hensyn på brukeres organisering og med hensyn på nivå i det kommunale systemet for tjenestefordeling som involveringen retter seg mot. Det dreier seg om ansikt-til-ansikt-relasjoner mellom brukere og yrkesutøvere, og om brukeres terapeutiske medvirkning både i tiltak som bolig, støttekontakt, arbeid og i stor grad i forhold til dagsentra. Kvalitetsrådgiverne pekte på at det var noe variasjon i den involveringen som kunne foregå via dagsentra, der kan det også dreie seg om organisert involvering i forhold til å styre og drive sentra. Rådgiverne mente også det kunne foregå organisert involvering i råd og utvalg på kommunalt nivå, men at dette ikke var systematisert, verken i eller mellom kommuner.

Materialet viser også at det er de små kommunene som ser ut til å være kommet kortest med hensyn på begge typene brukerinvolvering. Dette kan referere til at små kommuner i mindre grad enn de store har hatt tiltak innenfor psykisk helsearbeid før opptrappingsplanen kom i gang. De har behov for å bygge ut sine tiltak fra grunnen, støttekontakter utgjør muligens ett unntak. Små kommuner mangler også ofte organisasjoner på feltet, og fordi kommunene i stor grad tenker tradisjonelt, vanskeliggjør det brukeres involvering på systemnivå. Det kan også tenkes at små kommuner vil ha

problemer med å involvere brukere på individnivå fordi slike kommuner også har små fagmiljøer.

Også involvering via dagsenter er vanskelig i små kommuner. Mange små kommuner tilbyr ikke slik aktivitet, eller de tilbyr den felles for flere brukergrupper. Gjennomgangen av de kommunale planene viste likevel at en del kommuner, også blant de mindre, kan være kreative, og at det arbeides med spørsmålet om brukerinvolvering på ulike måter.

Dette betyr at de oppgavene brukere deltar med når de involveres på kommunalt nivå, i stor grad vil dreie seg om oppgaver som ligger tett opp til dagliglivet. Det kan også implisere at de yrkesgruppene brukere involveres i forhold til på kommunalt nivå, er de med lav eller ingen utdanning, eventuelt velferdsyrkene med tre til fireårig utdanning. Beslutninger om behandling fattes i 2.linjen, det er også her initiativet i stor grad tas til å etablere individuelle planer for enkeltbrukere. Involvering av brukere i disse beslutningene er viktig, men beslutninger om behandling fattes kun få ganger, forhåpentligvis bare en, deretter gjennomføres behandlingen i samarbeid med kommunen.

Spørsmål det kan være fornuftige å avklare videre i prosjektet blir dermed for det første hvilke implikasjoner samarbeidet mellom nivåene har for hvordan brukere involveres. Samarbeidet vil måtte legge betingelser for de prosedyrer det er mulig å etablere for å involvere brukere på begge nivåer. For det andre er det de yrkesgruppene som arbeider tettest på brukerne over lengst tid, som har minst utdanning eventuelt ingen utdanning. Noe som også må antas å legge betingelser for de prosedyrer det er mulig å utvikle for hvordan brukere involveres. Et interessant spørsmål er for eksempel om det går noen grenser for brukerinvolvering i de tjenester som leveres i bolig, og om disse grensene eventuelt er nedfelt i arbeidsinstrukser eller om de utvikles uformelt. For det tredje er det interessant hva yrkesgruppene på de ulike nivåene i systemet for tjenestefordeling faktisk gjør når de involverer brukere i beslutningene de fatter. Hvordan de tar i bruk det skjønnnet de har mulighet til å utøve, både for å gi rom til brukerne og for å utforme egen yrkespraksis, er interessant på alle nivåer.

Litteratur

- Andersen, V.N. og M. Helgesen (2001): "Mellom egeninteresse og fellesskap. Nye former for demokratisk deltakelse på skoleområdet i Danmark og Norge". *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*. Vol. 17 427-451
- Andersen, M.L, P.N.Brok og H.Mathiasen (2000): *Empowerment på dansk*. Dafolo Forlag, Fredrikshavn
- Barber, B, (1984): *Strong Democracy. Participatory Politics for a New Age*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California
- Bleiklie, I., K.D. Jacobsen og J, Thorsvik (1992): "Forvaltningen og den enkelte". I: T. Christensen og M. Egeberg (red). *Forvaltningskunnskap*. TANO
- Dahl, R. (1989): *Democracy and its Critics*. Yale University Press, New Haven and London
- Dahlberg, M. og E. Vedung (2001): *Demokrati och brukarutvärdering*. Studentlitteratur, Lund
- Eriksen, E.O. (2001): *Demokratiets sorte hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Abstrakt forlag AS, Oslo
- 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, T. (1999): *Brukeres stemme I psykiatrien – hørt eller overhørt? En kvantitativ studie av diskrepans og overprøving i hjelperelasjonen ved behovsvurdering*. Hovedoppgave i psykologi, NTNU
- Helgesen, M. (1997): *Attføring – en tjeneste i velferdsstaten. En komparativ undersøkelse av attføring i Norge og Sverige*. Rapport nr. 56, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet I Bergen
- Kymlicka, Will and Wayne Norman (1994): "Return of the Citizen: A Survey of Recent Work on Citizenship Theory". *Ethics* 104 (January 1994):352-381.
- Lipsky, M (1980): *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation, New York
- Lyngstad, R. (red.)(1997): *Kommunen som velferdsyter*. Universitetsforlaget, Oslo

- Marshall, T.H. (1992): "Class, Citizenship and Social Development". I: T.H.Marshall and T.Bottomore: *Citizenship and Social Class*. Pluto Press, London
- Olsen, J.P (1990): *Demokrati på svenska*. Carlssons Bokförlag, Helsingborg
- Raustøl, T. (1996): *Fra medviter til medvirker. Brukermedvirkning i kommunale sammenhenger*. Tano Aschehoug, Oslo
- Robberstad, H. (2002): *Kommunepsykiatri: pionerar, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget, Bergen
- Rønning, R og L.J.Solheim (2000): *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Sandbæk, M. (red.)(2001): *Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- 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
- Ørstavik, S. (1996): Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang. INAS-NOTAT 1996:8

Annet

- Intervjuer med kvalitetsrådgivere hos fylkeslegen
- Kommunale planer nr. 1-19
- Lov Nr. 348 av 24 maj 1989: Lov om ændring af lov om folkeskolen (Forenkling av styrelsesregler mv.). København, Statstidende
- Lov av 25 september 1992 nr. 107: *Om kommuner og fylkeskommuner*
- Ot.prp.nr. 12 1998-99: *Pasientrettighetsloven*
- Rundskriv 1-4/99
- Sosial- og helsedirektoratet (2001): Veileder for individuell plan
- St.meld.nr. 14 1996-97: Om foreldremedverknad i grunnskolen
- St.meld.nr. 25 1996-97: Åpenhet og helhet