



Marit Helgesen

Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene

NOTAT
2004:136

Tittel: **Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene**

Forfatter: Marit K. Helgesen

NIBR-notat: 2004:136

ISSN: 0801-1702
ISBN: 82-7071-524-7
Prosjektnummer: 0-1886
Prosjektnavn: Brukerdeltakelse og brukervedvirkning.
Evaluering av Opptrappingsplanens fokus på brukere

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Notatet er en kvalitativ empirisk kartlegging av hvordan det legges til rette for at brukere involveres i psykisk helsearbeid i kommunene. I kommuner som har lokale lag av organisasjoner på feltet kan brukere involveres kollektivt via deltakelse i lokale råd for funksjonshemmede eller brukerråd. Om lag halvparten av norske kommuner har etablert råd av denne typen. Brukere involveres i hovedsak individuelt i mottak av egne tjenester og yrkesgruppene i det psykiske helsearbeidet har ansvaret for å legge til rette for involveringen. Brukere involveres også i stor grad via dagsentra og de ulike tiltak og aktiviteter som dagsentra tilbyr.

Sammendrag: Norsk

Dato: Desember 2004

Antall sider: 97

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

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 22 37 02
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2004

Forord

NIBR har en portefølje på seks prosjekter som evaluerer Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid. Evalueringen er forskningsbasert og gjennomføres i regi av Norges forskningsråd. Opptappingsplanen løper fra 1998-2008, dette prosjektet, "Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptappingsplanene fokus på brukere", ledet av Marit K. Helgesen kom i gang sent 2001 og løper ut 2006. Hensikten med prosjektet er å evaluere om implementeringen av Opptappingsplanen i kommunene legger til rette for at brukere i større grad kan involveres på kommunalt nivå; både kollektivt gjennom sine organisasjoner og individuelt i mottaket av egne tjenester.

I dette notatet rapporteres en intervjuundersøkelse som er gjennomført i syv kommuner. Det er gjennomført intervjuer med profesjonelle medarbeidere i psykisk helsearbeid og tilgrensende tjenesteområder, samt med administrativt ansatte i kommunene. Det er en videreføring av NIBR-notat 2003:117 som også behandlet tilrettelegging for å involvere brukere på kommunalt nivå.

Oslo, desember 2004

Hilde Lorentzen
Forskningsjef

Innhold

| | |
|--|----|
| Brukerinvolvering i kommunene | 12 |
| 1.1 Innledning | 12 |
| 1.2 Opptrappingsplanens målsetting for brukerinvolvering | 12 |
| 1.3 De kommunale planenes målsettinger for brukerinvolvering | 13 |
| 2 Metode | 16 |
| 2.1 Innledning | 16 |
| 2.2 Utvalg av kommuner til casestudien | 16 |
| 2.3 Reliabilitet og validitet | 19 |
| 3 Medarbeideres arbeidsoppgaver, kommunal organisering og arbeidsdeling | 20 |
| 3.1 Innledning | 20 |
| 3.2 Profesjoner | 20 |
| 3.3 Subjektive og objektive egenskaper ved medarbeidernes arbeidsoppgaver | 22 |
| 3.4 Kommunal organisering | 23 |
| 3.5 Arbeidsdeling | 25 |
| 3.5.1 Ledelsesproblematikken | 25 |
| 3.5.2 Styring av psykisk helsearbeid på kommunalt nivå | 30 |
| 3.6 Organisering for brukerinvolvering | 32 |
| 3.7 Organisering og arbeidsdeling | 33 |
| 4 Brukerne | 36 |
| 4.1 Innledning | 36 |
| 4.2 Konsumentkunnskap; organiserte og individuelle brukere | 36 |
| 4.3 Antallet brukere | 37 |
| 4.4 Hvem er brukerne av psykisk helsearbeid i kommunene | 37 |
| 4.5 Oppsummering | 40 |
| 5 Organisert involvering | 41 |
| 5.1 Innledning | 41 |
| 5.2 Antall kommuner med lokallag av organisasjoner på feltet | 41 |
| 5.3 Organisert involvering i kommunale prosesser | 42 |
| 5.4 Oppsummering | 44 |
| 6 Ikke-organisert brukermedvirkning; medisinere | 45 |
| 6.1 Innledning | 45 |
| 6.2 Subjektive kjennetegn ved arbeidsoppgavene | 45 |
| 6.3 Objektive kjennetegn ved arbeidsoppgavene | 46 |
| 6.4 Oppsummering | 47 |
| 7 Ikke-organisert brukerinvolvering; psykiatriske sykepleiere | 49 |
| 7.1 Innledning | 49 |
| 7.2 Psykiatrisk sykepleie | 49 |
| 7.3 Subjektive kjennetegn ved arbeidsoppgaver | 51 |

| | | |
|-------|--|----|
| 7.3.1 | Oppfølging av brukere | 52 |
| 7.3.2 | Samtale vs. aktivering | 54 |
| 7.3.3 | Involvering av brukere | 56 |
| 7.3.4 | Sykepleieres oppfatninger om egen rolle og forutsetninger for arbeidet | 58 |
| 7.4 | Objektive kjennetegn ved arbeidsoppgaver | 59 |
| 7.4.1 | Sykehuset | 59 |
| 7.4.2 | Distriktpspsykiatriske sentre (DPS) | 61 |
| 7.5 | Samarbeid med enheter i kommunen | 63 |
| 7.5.1 | Hjemmetjenesten | 64 |
| 7.5.2 | Legen | 65 |
| 7.6 | Arbeidsredskaper | 66 |
| 7.6.1 | Koordinator og primærkontakt | 67 |
| 7.6.2 | Individuell plan | 68 |
| 7.6.3 | Ansvarsgrupper | 71 |
| 7.7 | Involvering av brukere | 73 |
| 8 | Ikke-organisert involvering; medarbeidere i andre stillingskategorier og dagsentra | 75 |
| 8.1 | Innledning | 75 |
| 8.2 | Sosionomer | 75 |
| 8.3 | Dagsentra | 77 |
| 8.3.1 | Aktiviteter | 79 |
| 8.4 | Involvering av brukere | 82 |
| 8.4.1 | Allmøter | 82 |
| 8.4.2 | Motivering | 85 |
| 8.4.3 | Oppsummering | 85 |
| 9 | Oppsummering og avslutning | 87 |
| 9.1 | Innledning | 87 |
| 9.2 | Kravet om samarbeid | 87 |
| 9.3 | Kommunal organisering | 90 |
| 9.4 | Yrkesutøvernes arbeidsbetingelser og involvering av brukere | 91 |
| | Litteratur | 92 |
| | Vedlegg 1 Intervjuguide | 95 |

Tabelloversikt

| | | |
|------------|---|----|
| Tabell 2.1 | <i>Oversikt over kommunene</i> | 17 |
| Tabell 2.2 | <i>Yrkesgrupper og utdanning i materialet</i> | 18 |
| Tabell 3.1 | <i>Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid.....</i> | 23 |
| Tabell 3.2 | <i>Oversikt over kommunale administrativ organisering av psykisk helsearbeid i kommunene.....</i> | 24 |
| Tabell 3.3 | <i>Organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet i casekommunene....</i> | 26 |
| Tabell 4.1 | <i>Antallet brukere per ansatt i operativ tjeneste i casekommunene</i> | 37 |
| Tabell 5.1 | <i>Oversikt over kommuner som har lokale lag av Mental Helse eller Landsforeningen for pårørende i psykiatrien.....</i> | 41 |
| Tabell 5.2 | <i>Andel kommuner som yter økonomisk eller annen støtte til sivil sektor.....</i> | 42 |
| Tabell 5.3 | <i>Antall kommuner som samarbeider med sivil sektor etter type organisasjon og type tiltak i 2001. Prosent</i> | 42 |
| Tabell 5.4 | <i>Antall kommuner med brukerråd, og råd for funksjonshemmede. Prosent ...</i> | 43 |

Sammendrag

I sammendraget presenterer de viktigste observasjonene som det innsamlede kvalitative materialet gir grunnlag for å gjøre. I alt er det gjort kvalitative undersøkelser i syv kommuner, se ellers kapittel to for en nærmere gjennomgang av metoden.

Integrert vs. ikke-integrert tjeneste

Av de syv casekommunene var det bare i de to største kommunene at satsningen på psykisk helsearbeid var av forholdsvis ny dato. Alle hadde psykiatrisk sykepleier før satsningen, de små kommunene hadde en, forholdsvis nylig ansatt før Opptappingsplanen kom i gang, de større hadde gjerne flere. Psykisk helsearbeid var før Opptappingsplanen organisatorisk underlagt pleie- og omsorg i alle kommunene. Etter Opptappingsplanen var det kommet større variasjon i den kommunale organiseringen. En av de 7 kommunene i casestudien, den minste, driver på tidspunktet psykisk helsearbeid som fullstendig integrert i pleie- og omsorg. Her er en organisasjonsendring under debatt, og helse framstod som en alternativ organisasjonsform. I to er det psykiske helsearbeidet enheter i pleie- og omsorg, mens det er enhet i helse- og sosial, og i rehabiliteringsavdelingen i hver sine respektive kommuner. I en kommune er det psykiske helsearbeidet i stab hos rådmannen og i en siste er det egen enhet. Med unntak av den minste kommunen har alle likevel reorganisert sitt psykiske helsearbeid fra en modell integrert i pleie- og omsorg til en modell der ressursene er samlet. Dette er gjort med utgangspunkt i at Opptappingsplanen sikrer at det kommer ressurser til feltet, og i at den integrerte modellen ble vurdert som lite tjenlig. Observasjonene som gjøres i casestudien angående organisering er dermed at ressursene som tas i bruk i det psykiske helsearbeidet i kommunene organiseres sammen for å synliggjøre behovet for å utvikle tjenesten og for å sikre at ressursene faktisk kommer brukergruppen til gode.

Ledelse

Kommunene reorganiserer sin virksomhet til det som kalles flat struktur og implikasjonene skal være at antallet mellomledernivåer bygges ned. Dette er prosesser som er på gang også i kommunene som er case i denne undersøkelsen, og organiseringen medførte at variasjonen er stor med hensyn på antallet ledelsesnivåer, samt med hensyn på hvordan spørsmålet om faglig ledelse er ordnet. Faglig ledelse anses som viktig for å kunne operasjonalisere endrede betingelser til aktuelle handlingsalternativer for det psykiske helsearbeidet. En av kommunene hadde fjernet alle mellomledere og kommunen har ett ledernivå som er rådmannsnivået. I en kommune er psykisk helsearbeid i sin helhet plassert innenfor rammene av pleie- og omsorg, i to kommuner har det egen leder innenfor rammene av pleie- og omsorg. I en femte kommune er lederen for rehabiliteringsavdelingen også leder for psykisk helsearbeid, i den sjette er det lederen for helse- og sosial som er lederen for psykisk helsearbeid. I den syvende og siste kommunen er det egen leder for det psykiske helsearbeidet, samt at det er innført deltidsledelse ved enhetene innenfor avdelingen for psykisk helsearbeid.

Denne kommunen hadde etablert 2,5 ledelsesnivåer, og er en av de kommunene der det kunne forventes at psykisk helsearbeid også hadde faglig ledelse. Den faglige ledelsen var imidlertid nedprioritert fordi enheten arbeidet under stadig endrede og dårligere økonomiske betingelser som den brukte ressurser på å argumentere mot. Her var spørsmålet om økonomisk ledelse plassert langt nede i organisasjonen, hos deltidslederne, som også hadde ansvaret for å tilpasse de endrede økonomiske betingelsene til de arbeidsoppgavene deres enheter har ansvaret for. I kommuner der psykisk helsearbeid har egen leder innenfor rammene av pleie- og omsorg er det etablert tre ledelsesnivåer, og det er gjort plass til faglig ledelse for det psykiske helsearbeidet. Endrede betingelser hadde dermed noe større mulighet til å bli omgjort til gode handlingsalternativer for de ansatte i psykisk helsearbeid, og en kommune var for eksempel kommet langt i arbeidet med å implementere individuell plan. I de kommunene der psykisk helsearbeid er organisert i en to-nivåmodell og ledes av enten rehabiliteringsavdelingen, helse- og sosialavdelingen eller pleie- og omsorg, er det ikke satt av ressurser til å drive egen faglig ledelse. Det var det heller ikke gjort i den kommunen der det psykiske helsearbeidet lå direkte under rådmannsnivået uten å være skilt ut som egen enhet med egen leder.

Når psykisk helsearbeid er organisert langt ned i organisasjonen viser det seg altså at det er problematisk å finne rom for å drive faglig ledelse, men det er også tilfelle der det ligger tett opp til rådmannsnivået. Det kan se ut til at faglig ledelse må legges spesielt til rette for, og at det gjøres i mindre og mindre grad. Det er heller ikke uten betydning hvilken avdeling psykisk helsearbeid legges til. Materialet viser at tilknytning via pleie- og omsorg kan oppfattes som problematisk fordi det psykiske helsearbeidet da blir rettet inn mot den målgruppen som er i fokus i avdelingen. Det påpekes at det er ønskelig å løfte psykisk helsearbeid ut av fokuset på eldre og over mot andre grupper, og at skal det lykkes å inkludere barn og unge, kan psykisk helsearbeid ikke ligge til pleie- og omsorg.

I materialet er det to kommuner som forsøksvis organiserer seg med særlig hensyn på brukere. Det er en kommune som er i ferd med å etablere serviceskranke der alle henvendelser til kommunen skal rettes, og det er en kommune som har organisert en bestiller-utfører-modell som inkluderer psykisk helse. Felles for disse organisasjonsformene er at de tar imot flere typer henvendelser, og det kan dermed bli enklere for brukere å ta kontakt, og bli vist videre til kommunens enhet for psykisk helsearbeid, fordi den initierende kontakten ikke er stigmatiserende. Trolig vil ordningen med serviceskranke stille flere krav om ressurser fra psykisk helsearbeid fordi det er her vurderingen om slike tjenester er hensiktsmessig for den aktuelle brukeren, og eventuelt hvilke tjenester brukeren skal få, må gjennomføres. I kommunen med bestiller-utfører-modell er det den psykiatriske sykepleieren i bestillerenheten som foretar denne typen vurderinger, og sender en konkret bestilling til enheten for psykisk helsearbeid som ikke behøver å bruke egne ressurser for å vurdere brukeren og finne fram til egnede tjenester for vedkommende. Bestillerenheten kan dermed få en bufferfunksjon som sikrer at ressursene i det psykiske helsearbeidet når de brukerne som faktisk har behov for enhetens tjenester. Som neste avsnitt viser er det få av enhetens brukere som henvender seg på eget initiativ for å få tilgang til psykiske helsetjenester.

Konsumentkunnskap; organiserte og individuelle brukere

Brukere av det kommunale psykiske helsearbeidet er delt i to grupper. Det er de som har valgt å organisere seg og som dermed signaliserer at de har valgt å oppfatte seg enten som brukere av psykiske helsetjenester eller som pårørende til brukere av psykiske helsetjenester. Den andre gruppen er individuelle brukere. Slike brukere mottar individuelle tjenester fra tjenesteapparatet enten i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. For at brukere skal kunne involveres både som organiserte og som individuelle brukere

må de ha kunnskaper om sin rolle som konsumenter av tjenester fra apparatet; de må ha konsumentkunnskap.

Hvem er brukerne i det kommunale apparatet for psykiske helsetjenester

I alle kommunene oppgis det at de har hele spekteret av brukere og at brukernes diagnoser har endret seg mye de siste årene. Det hadde gått fra ”gråtedamer” i den perioden psykiatrisk sykepleier var en ressurs i den kommunale hjemmetjenesten, til schizofreni, selvskading, tunge psykoser, manisk depressive, angst, fobier, og doble diagnoser med rus og psykiatri. Veksten var særlig merkbar etter at Opptrappingsplanen ble satt i gang. De små kommunene oppga at de hadde tilsvarende diagnosegrupper som de store, men at det muligens kunne være i mindre målestokk.

Hvor kommer brukere fra

Antallet brukere per ansatt i det kommunale apparatet for psykiske helsetjenester er mellom 25 og 30 for en 100 % stilling. Kontakthypigheten varierer mellom brukere. Det hyppigste er tre ganger per uke, det sjeldneste er en gang hver 14. dag. Informantene til denne undersøkelsen viser til at de brukere som er i det kommunale apparatet for psykisk helsetjenester i all hovedsak kommer fra spesialisthelsetjenesten eller fra fastlegen. De oppgir alle at det er meget få brukere som tar direkte kontakt med dem som ansatte i det kommunale apparatet for psykiske helsetjenester. De brukere som gjorde det, ble bedt om å oppsøke fastlegen for å få en henvisning. Det kom også oppfordringer fra hjemmetjenestene om at ansatte i psykisk helsetjenester tar kontakt med deres brukere. Det ble gjort vurderinger, men det resulterte sjelden i at brukere fra hjemmetjenesten også ble brukere av tjenestene i apparatet for kommunale psykiske helsetjenester.

Organisert brukerinvolvering

Til sammen er det godt over halvparten av alle norske kommuner som har et råd for funksjonshemmede eller et brukerråd der brukere av psykiske helsetjenester kan delta. Et problem er imidlertid at det kun er ca. halvparten av norske kommuner som har lokale lag av en organisasjon for brukere av psykiske helsetjenester eller deres pårørende. På tidspunktet for innsamlingen av materialet til den kvalitative undersøkelsen var det en av kommunene i materialet som hadde Råd for funksjonshemmede. Det var helt nyopprettet. Ingen hadde brukerråd. Ingen av kommunene hadde lokale lag av Landsforeningen for pårørende, fire hadde lokale lag av Mental Helse. I 181 kommuner ytes det økonomisk støtte til lokale lag av organisasjoner på feltet psykisk helsearbeid.

Ikke-organisert brukerinvolvering

De ansatte i psykisk helsearbeid, det vil si de ulike yrkesgruppene, har mye av ansvaret for at brukere involveres. Brukere involveres derfor i mottak av egne tjenester, altså som enkeltindivider i en terapeutisk situasjon, de involveres i mindre grad kollektivt som gruppe. Det er dermed yrkesgruppene som legger til rette for involveringen, og generelt gjøres det i tråd med normer og retningslinjer for hvordan relasjoner med brukere etableres og vedlikeholdes. Yrkesgruppenes utdanning og den måten de bygger opp sin faglighet og velger å gjennomføre sine arbeidsoppgaver er likevel viktig. Det samme er tilgjengelige ressurser i egen og andre organisasjoner, samt de arbeidsredskapene og nye normer som gis for hvordan arbeidsoppgaver lokalt skal gjennomføres. En del av disse faktorene retter seg mot de delene av arbeidsoppgavene yrkesgruppene selv kan definere, de subjektive kjennetegnene. Det er oppgaver som utredning og vurdering av behandlingsbehov hos nye brukere, oppfølging av brukere og gruppevirksomhet. Andre defineres i instanser utenfor yrkesgruppenes kontroll så som den kommunale organisasjonen, Helsedirektoratet og spesialisthelsetjenesten. Disse er kalt objektive

kjennetegn ved arbeidsoppgavene og er koordinering og samarbeid, dagsentervirksomhet, samt krav om at nye arbeidsredskaper, så som individuell plan, skal tas i bruk.

Medisinere

På kommunalt nivå er medisin en viktig yrkesgruppe i det psykiske helsearbeidet. Denne yrkesgruppen har ansvaret for å kommunisere med spesialisthelsetjenesten om henvisninger. Dette har vist seg å utgjøre et problem av i hovedsak to årsaker. For det første fordi det i en del kommuner fortsatt er ustabil legedekning. Legene er så korte perioder i kommunene at de ikke blir kjent med sine pasienter og psykiske lidelser kan bli oversett, eventuelt at legene ikke ønsker å gå inn i slike problemer. For det andre er tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten et problem i den betydning at det ikke kom tilbakemeldinger. Fastlegens arbeid med brukerne omfatter arbeid med ansvarsgrupper og individuell plan, samt medikamentell oppfølging. Det ser ut til at fastlegen i stor grad selv kan bestemme hvilke brukere de skal følge opp og hvilke som vises videre i det kommunale psykiske helsearbeidet. Observasjonene i materialet viser også at fastlegene unnlater å følge opp ansvarsgrupper og arbeidet med individuell plan. Psykiatrisk intervensjon i fastlegens kontakt med sine pasienter krever at brukere involveres. Fastlegene i materialet har erfaring med at slik intervensjon ikke har vært mulig fordi pasienten ikke har delt legens oppfatning av problemet.

Sykepleiere

Av 18 intervjuer som er gjort med ansatte i det kommunale psykiske helsearbeidet, er det intervjuet 16 sykepleiere med videreutdanning i psykiatri, en sykepleier med tverrfaglig videreutdanning, samt med en sosionom med tverrfaglig videreutdanning. Det er altså langt overveiende psykiatriske sykepleiere som er ansatt i kommunenes psykiske helsearbeid. Sykepleiere kan involvere brukere terapeutisk i det arbeidet de gjør, og langt de fleste arbeidsoppgavene er av en slik karakter at brukere må involveres.

Sykepleiere driver i all hovedsak oppfølgingsarbeid. Det inkluderer i liten grad oppfølging av medisiner. Det er etablering og vedlikehold av en allianse med brukerne som er det som oppfattes som viktigst fordi en allianse er grunnlaget for å komme i en hjelpeposisjon overfor brukere. Sykepleierne oppfatter at dette er arbeidskrevende, og at det må gjøres store tilpasninger til hver enkelt bruker. De blir blant annet avvist, brukere er til dels veldig syke og situasjoner de er i sammen med brukere kan oppfattes som skremmende. Når sykepleiere er kommet i hjelpeposisjon overfor brukere overtar treningen, og i denne involveres brukere terapeutisk. Det trenes på alle mulige slags daglige situasjoner så som matlaging og annet husarbeid, handling, reising med tog og buss for å ta seg fram til sitt DPS for å få behandling, samt det å gå på kafé. Noen sykepleiere vektlegger at deres arbeid i hovedsak består av å samtale med brukere og at dette er nødvendig fordi brukere har behov for å rydde i sine inntrykk og redusere kaos. I en kommune, der samtalen var det vanligste i oppfølgingsarbeidet, kunne aktivisering og trening overlates en gruppe miljøarbeidere, mens i andre kommuner kan aktivisering overlates til et dagsenter.

Det er kun en av kommunene i materialet som har en tilnærmet felles forståelse av hva brukeres involvering består i. Det vil si at brukeres involvering er diskutert. Her er det ressursperspektivet, at brukere har ressurser som de ansatte skal hjelpe brukerne å hente fram, som er utgangspunktet for den felles definisjonen. I de andre kommunene ser det ut til at det i sin helhet overlates den enkelte sykepleier å selv definere hva de skal legge i kravet om at brukere skal involveres. Det ble observert tre måter sykepleierne fortolket dette kravet. Den første var at brukere måtte styres, det er eksemplifisert i medisinering. Den andre at sykepleierne skal hjelpe brukerne til å stille seg spørsmål om hva som kan

gjøres og hvordan, gitt den enkelte brukers situasjon. Denne holdningen kan sikre at brukere får nødvendig konsumentkunnskap, det vil si får oversikt over hvilke tilbud kommunen har og hjelp til å velge det som kan passe. Den tredje holdningen er at brukere selv har rett til å bestemme og at sykepleiere eller andre ikke skal styre brukere i deres valg; de skal selv ha rett til å bestemme sin livskvalitet selv om det innebærer at de gjør ingenting eller kommer inn i nedadgående spiraler. Det direkte arbeidet med brukere framstår derfor som motsetningsfullt, og det er opp til sykepleieren å finne den balansen som motiverer brukere til å delta terapeutisk og gjennom det bidra til selv å bestemme sin livskvalitet.

Denne balansen skal sykepleiere finne innenfor de ressurser og organisatoriske rammer som kommunene og relasjonene til spesialisthelsetjenestene utgjør for deres arbeid. Relasjonene til spesialisthelsetjenesten framstår som dårlige. Fra sykehus gis det lite informasjon om brukere, både om når de skrives ut og hvilken behandling, samt medisiner, de har fått under innleggelse. Sykepleiere oppfatter det også slik at brukere ofte er for syke når de skrives ut, og de vet ikke om de for eksempel er i stand til å bo alene. Det blir også oppfattet at relasjonen til DPS er dårlig, det er likevel ikke en like gjennomgående oppfatning som angående relasjonene til sykehuset. Oppfatningen er at det er tendenser til spesialisering og noen brukergrupper faller derfor systematisk utenfor i DPS-sammenheng. Videre er observasjonene at sykepleiere mener at det er for få sengeplasser, at DPS er lokalisert for langt unna, og at det kan være problematisk for brukerne å følge opp egen behandling ved DPS. Årsakene antas blant sykepleierne å være at DPS og sykehus fortsatt vet for lite om hva det innebærer å drive psykisk helsearbeid i kommunene.

De fleste kommunene i materialet har fått på plass et samarbeid mellom ulike enheter i kommunen som er involvert i psykisk helsearbeid. Det vil si at det er samarbeid med kommunenes hjemmetjeneste og at denne yter hjemmetjenester til gruppen på lik linje med andre som har behov. De ansatte i det psykiske helsearbeidet oppfatter det likevel slik at hjemmetjenesten ikke forstår hva det innebærer å yte tjenester innenfor psykisk helsearbeid, og det oppstår derfor gjerne små konflikter om innholdet i det psykiske helsearbeidet. Årsaken til dette antas blant sykepleierne å være at psykisk helsearbeid har vært en del av hjemmetjenesten og at det var noe problematisk at det ble skilt ut og enkeltoppgaver deretter igjen overlatt hjemmetjenesten. Sykepleiere har blandete erfaringer angående samarbeid med fastleger. En del påpeker at fastlegen unndrar seg ansvar for å delta i ansvarsgrupper og arbeide med individuelle planer, mens andre mener at fastlegen bidrar så godt som det lar seg gjøre. En kommune har inngått et samarbeid med fastlegene som medfører at alle brukere som får tjenester fra det psykiske helsearbeidet er henvist fra fastlegen.

Arbeidet med ansvarsgrupper og individuelle planer konkretiserer samarbeidet i kommunene og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, det plasserer ansvar og konkretiserer hvordan brukere kan involveres. Det er bare en av de syv kommunene i materialet som er godt i gang med individuelle planer og har tatt det i bruk for de fleste av sine brukere. De andre er i startgropen. Individuelle planer oppfattes som ressurskrevende, i en kommune er det gjort et estimat som viser at utarbeidelse av en plan vil ta ca. 18 timer. To kommuner i materialet har løftet arbeidet med planer opp på et nivå over sykepleierne, det vil si at hvordan det skal arbeides med planer er omforent på administrativt nivå. I den ene kommunen i enheten for psykisk helsearbeid, i den andre er det løftet over på en egen enhet for koordinering. Det ble oppfattet som negativt at planen ikke spesifiserer hvor ansvaret for å koordinere arbeidet med den skal ligge. Det kan se ut til at det utvikler seg rutiner der den yrkesutøveren som har mest med enkeltbrukere å gjøre også tar på seg ansvaret for koordinering av individuell plan. Ansvaret for planer for

en kommunes brukere kan dermed ligge i ulike kommunale enheter på ulike nivåer i det psykiske helsearbeidet.

Ansvarsgrupper har tilsvarende funksjoner som individuelle planer. Som arbeidsredskap er slike grupper mer innarbeidet på kommunalt nivå enn individuelle planer, men det kan se ut til at det er problematisk å samle de ulike instansene som skal inngå i gruppene. Det var årsaken til at det i en kommune var etablert en koordineringsenhet; at den instans som skulle innkalle til møter i ansvarsgrupper måtte ha myndighet på rådmannsnivå.

Begge disse arbeidsredskapene oppfattes som å ha en uklar status med hensyn på å involvere brukere. Ansvarsgrupper er et kjent redskap og tas i bruk i kommunene, individuell plan er en rettighet brukere har, men ingen av dem gir brukere rett til å motta tjenester eller delta i tiltak som eventuelt tas opp i grupper eller spesifiseres i planer. Det ble også gjort observasjoner som antyder at ansvarsgrupper faktisk kan virke mot sin hensikt; de viser for brukerne at ingen instanser vil ha det faktiske ansvaret. De tydeliggjør dermed at brukere er kasteballer i systemet.

Involvering via dagsenteret

Det er fem av de syv kommunene i materialet som tilbyr gode dagsenterfasiliteter. Sentra som er besøkt inngår som en integrert del, og som en ressurs i virksomheten i det kommunale psykiske helsearbeidet. I den rollen ser det ut til at de har to hovedmålsettinger som er aktivisering og ettervern. I dette notatet er det aktiviseringen som er fokus. Kommunene har valgt å ha en ordning der brukere må søke om å få plass ved dagsenteret, og det er de sykeste brukerne som får plass. Det er kun et av de fem dagsentra som har åpent for brukere som kommer på eget initiativ, og det er en dag i uken. Dagsentra har ulike yrkesgrupper ansatt. Ledere er i 100 % stilling og er sosionom, psykiatrisk sykepleiere (to), ergoterapeut og barnevernspedagog med tverrfaglig videreutdanning. Ellers er det mange ansatte i små stillingsbrøker som kan ha ansvaret for å gjennomføre bare ett eller to tiltak. Dagsentra er ikke dimensjonert i forhold til et opptaksområde med et gitt antall brukere, men i forhold til tilgjengelige ressurser. Dermed varierer også tiltakene det er mulig for dagsentra å tilby.

Dagsentra avlaster sykepleierne i spørsmålet om å aktivisere brukere og mye av brukeres involvering foregår i kommunens dagsenter. Dagsentra involverer brukere terapeutisk, men de involverer også brukere direkte i beslutninger og i gjennomføring av arbeidsoppgaver som grenser opp mot frivillig arbeid. Den terapeutiske involveringen foregår i all aktivisering dagsentra gjennomfører for brukere, og aktiviteten er variert. Brukere involveres i det daglige arbeidet med matlaging, rydding og vasking, samt i arbeidsoppgaver av merkantil karakter. Videre involveres de i mange ulike typer fysisk aktivitet, hobbyvirksomhet og reparasjonsarbeider. Økningen i antall brukere har medført at dagsentra har tilpasset seg og utviklet tiltak for grupper som er bredt satt sammen med hensyn på både kjønn og alder.

Allmøter har utviklet seg til å bli dagsentras styreform. Alle sentra i materialet har etablert rutiner på å avholde allmøter enten hver eller hver annen måned. I allmøtene deltar brukere direkte i diskusjoner om saker som kommer opp og dermed i beslutninger som skal fattes. Ut fra allmøtene kan det gå ulike grupper som har saksforberedende eller iverksettende oppgaver. Allmøtene gir brukere muligheter til å lære teknikker for deltakelse, samt hvordan de skal te seg i debatter både med hverandre, ansatte ved dagsentra og i resten av det psykiske helsearbeidet, samt i ett tilfelle med andre innbyggere i kommunen. Allmøtene gir også brukere mulighet til å arbeide med konkrete oppgaver som grenser opp mot frivillig arbeid. Dagsentras allmøter framstår som en

instans som bringer brukere inn i prosesser der de kan utvikle seg fra brukere til borgere fordi det tar i bruk diskusjons- og møteteknikker, samt lærer brukerne å mestre dem.

1 Brukerinvolvering i kommunene

1.1 Innledning

NIBR gjennomfører på oppdrag fra NFR devalueringer av Opptappingsplanen i psykisk helsearbeid. Denne rapporten er en underveisrapport fra prosjektet "Brukerdeltakelse og brukervedvirkning. Evaluering av Opptappingsplanens fokus på brukere". Den rapporterer den første intervjuundersøkelsen i kommunene om hvordan yrkesgrupper legger til rette for medvirkning eller involvering fra mottakerne av tjenester. Rapporten viderefører notat 2003:117 med samme tittel. I notatet fra 2003 ble det gått gjennom 19 kommunale planer for psykisk helsearbeid i kommunene med henblikk på å kartlegge hvordan kommunene legger til rette for brukerinvolvering. Kommunene legger til rette for at brukere skal involveres på to måter; organisert eller kollektivt og individuelt eller ikke-organisert.

Brukere er definert som alle som mottar et sluttprodukt av en tjeneste eller en ytelse fra det kommunale psykiske helsearbeidet. Tjenester fordeles til individuelle brukere, ikke i kraft av at de er medlemmer i en organisasjon; det er dermed mulig å si at brukere involveres i mottak av tjenester som ikke-organiserte brukere. Brukere er individuelle fordi tjenesten de ønsker tilgang til kun kan brukes av dem, og fordi det er et individuelt ansvar å skaffe seg tjenesten. Organiserte brukere opptrer kollektivt. Da ses brukere som en gruppe som tar i bruk sin rett til å organisere seg for å fremme sine interesser overfor myndighetene. Når brukere er medlemmer i en organisasjon har de selv tatt beslutning om at de vil bli definert som brukere av ulike velferdsstatlige tjenester eller ytelser, og at de vil samarbeide med andre for lettere å kunne hevde sine interesser. Også pårørende til dem som mottar en tjeneste kan oppfattes som brukere.

I dette notatet skal materialet fra empiriske undersøkelser i syv kommuner presenteres. Den vil i all hovedsak konsentrere seg om den individuelle medvirkningen, dette fordi utgangspunktet dette notatet tar er hvordan kommunene og kommunale medarbeidere i psykisk helsearbeid legger til rette for at brukere kan involveres.

1.2 Opptappingsplanens målsetting for brukerinvolvering

Opptappingsplanen har målsettinger for at brukere skal involveres både som ikke-organiserte, individuelle mottakere av tjenester og som medlemmer i organisasjoner på feltet som arbeider kollektivt for å fremme egne interesser. Den skiller derfor mellom to måter brukere kan involveres: I utforming av individuelle tiltak, altså i relasjonen mellom bruker og profesjonell medarbeider, og i utformingen av tjenester og tilbud, altså ved å levere innspill til kommunale myndigheter i konkrete saker. I spørsmålet om brukeres

involvering i utformingen av individuelle tiltak vektlegger Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" at tjenester til mennesker med psykiske lidelser skal ta utgangspunkt i brukernes behov, dette gjelder både for hvilke tjenester som ytes og hvordan de organiseres. Meldingen viser videre til Pasientrettighetsloven som på tidspunktet er under utarbeidelse. Om medvirkning sier Pasientrettighetsloven at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp. Under det har de rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Pårørende gis rett til å medvirke sammen med pasienten dersom vedkommende ikke har samtykkekompetanse (Ot.prp. 11 1998-99).¹

Stortingsmelding nr. 25 viser også til at det er under utarbeidelse en lovbestemt plikt for kommunene til å utarbeide individuelle planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov, og at brukere skal ha rett til å medvirke i utformingen av en slik plan. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) påpeker imidlertid at det er uhensiktsmessig å lovfeste en slik rett fordi den kan bli vag og uklar da pasienten kun får rett til en plan, ikke rett til å motta de tjenestene planen omfatter. Individuelle planer er derfor flyttet til lov om spesialisthelsetjenester som foreslår at både kommunehelsetjenesten og fylkeskommunen pålegges plikt til å utarbeide dem. Brukeres rett til å få utarbeidet individuelle planer er siden innarbeidet i flere lover som regulerer virksomheten rundt det psykiske helsearbeidet på kommunenivå, men det er ikke lovfestet som en plikt at alle brukere skal ha slike planer.

I spørsmålet om utformingen av tjenester og tilbud påpeker meldingen at det arbeides for å etablere lokale brukerråd eller råd for funksjonshemmede. Slike råd bør opprettes for å etablere møtepunkter mellom myndigheter og brukere, og har vist seg å være viktige for at brukere av psykiske helsetjenester skal komme til orde. Det påpekes videre at det bør arbeides for at lokale myndigheter samarbeider med brukeres organisasjoner, at organisasjonene gis mulighet til å organisere brukermedvirkning, etablere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet (St.meld. nr. 25 1996-97:32). Pasientombud er en ordning som vil omfatte begge typene brukerinvolvering, og meldingen peker på at det arbeides med å styrke ordningen (ibid).

1.3 De kommunale planenes målsettinger for brukerinvolvering

Det ble forventet å finne igjen målsettingene om brukermedvirkning fra St.meld.nr. 25 i de kommunale planene for psykisk helsearbeid. Det er i liten grad tilfelle. Det kan se ut til at det opereres med en generell målsetting i planene om at tjenestene brukere får tilgang til skal stimulere til å opprettholde et aktivt, meningsfylt og selvstendig liv. Planene skiller typisk mellom tiltak som sikrer behandling, tiltak til hjelp for den daglige livsførselen og tiltak for å ha en meningsfylt fritid. Det varierer i hvilken grad beslutninger om tiltak som sikrer den enkelte tjenester fra det kommunale psykiske

¹ Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke vurderes ut fra handlemåte og omstendigheter. Rett til å samtykke har myndige med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og mindreårige over 16 med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser og tiltakets art. Psykiske forstyrrelser er en av tilstandene der samtykke kan bortfalle helt eller delvis. Det er den som gir helsehjelpen som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Helsepersonell skal legge forholdene til rette for at pasienten skal samtykke. Se ellers kapittel 4 i Lov om pasientrettigheter.

helsearbeidet faktisk ligger på kommunalt nivå. Tjenestene kan være begrenset til timer hos fastlegen, og beslutninger kan dermed fattes av legen uten at andre deler av tjenesteapparatet involveres. Beslutningene kan ligge i spesialisthelsetjenesten, og for brukere med enklere problemer kan de også ligge hos andre ansatte på kommunalt nivå, enten i det kommunale psykiske helsearbeidet, eller i andre instanser. De ansatte på kommunalt nivå har ofte ansvaret for å sikre den daglige livsførselen og fritid, og dermed har de også ansvaret for å følge opp de behandlingsbeslutninger som er truffet andre steder i tjenesteapparatet.

Organisert involvering i form av at organisasjoner er representert i Råd for funksjonshemmede, brukerråd, eller andre råd og utvalg på kommunalt nivå, er i mye mindre grad omtalt i de kommunale planene. I de kommunene som har lokallag av organisasjonene på feltet omtaler kommunene at de kan trekkes inn i planarbeidet som høringsinstanser, andre kommuner påpeker at de kan høre eller har hørt enkeltpersoner som blir ansett for å være representative for brukergruppen (Helgesen 2003).

Dette notatet skal ta disse problemstillingene noe lenger og presenterer den første empiriske analysen av intervju materialet fra syv kommuner. I notat 2003:117 ble det skilt mellom ulike former for individuelle eller ikke-organisert og kollektiv eller organisert involvering av brukere i fordelingen av tjenester i psykisk helsearbeid.

Ikke-organisert/ individuell brukerinvolvering

Brukerorientering- og hensyn

Ansikt-til-ansikt-relasjoner/
terapeutisk medvirkning

Brukerundersøkelser

Fritt brukervalg

Organisert/ kollektiv brukerinvolvering

Brukerstyre

Brukerrepresentasjon i råd og
utvalg

(Drift)-Styrer

Individuell eller ikke-organisert involvering kan foregå på flere måter: Brukerorientering- og hensyn, terapeutisk medvirkning i ansikt-til-ansikt relasjoner, brukerundersøkelser og til sist som fritt brukervalg. I de kommunale planene er det brukeres involvering i den direkte relasjonen med yrkesutøver som er mest framtrødende, det er altså den individuelle eller ikke-organiserte involveringen. Som vist i notat 2003:117 kan slik involvering være ansikt til ansikt relasjoner som kommunenes medarbeidere inngår i med brukere, for eksempel når det skal fattes beslutninger om tildeling av en tjeneste, eller det kan være terapeutisk involvering som foregår når brukere involveres av medarbeidere i situasjoner der det skal ytes en tjeneste i hjemmet, i et bokollektiv eller en institusjon, alternativt når det skal trenes eller brukeren skal lære å takle egen hverdag. I tråd med det arbeides det her med en hypotese om at kommunene legger til rette for at brukere skal involveres individuelt fordi de skal trenes eller lære noe. Brukere kan også involveres i utformingen av tiltak de selv skal ha tilgang til i ansikt til ansikt relasjoner med medarbeidere i psykisk helsearbeid, for eksempel på et kommunalt kontor. En hypotese som følger på disse to er at terapeutisk/ ansikt til ansikt involvering krever forholdsvis lite tilrettelegging fra kommunens side fordi det er medarbeiderne i det psykiske helsearbeidets ansvar å faktisk involvere brukere.

For å belyse disse problemstillingene går det nærmere inn på hvordan medarbeidere i kommunalt psykisk helsearbeid faktisk legger til rette for brukeres involvering i sin yrkesutøvelse og til dels hvordan kommunene, gjennom sin organisering av psykisk helsearbeid, og samarbeid og kommunikasjon med andre enheter og etater, legger til rette for at medarbeidere kan involvere brukere i sitt arbeid. Dette gjøres ved å rette oppmerksomheten mot arbeidsoppgavene medarbeidere har innenfor psykisk helsearbeid. Her tas Hummelvoll og Graneruds (1996) distinksjon mellom direkte og indirekte oppgaver i bruk, den kombineres med Abbotts (1988) skille mellom subjektive og objektive egenskaper ved arbeidsoppgaver yrkesgrupper har. Objektive egenskaper ligger utenfor medarbeiderens kontroll, de danner rammene for de subjektive egenskapene som sier noe om den tilpasningen medarbeidere kan gjøre til hver enkelt bruker. Dette behandles i kapitlene seks, syv og åtte. Slik involvering dreier seg om involvering i bredden av de kommunale tiltakene, og yrkesgruppene blant medarbeiderne som inkluderes er medisinske, sykepleiere og andre som arbeider i kommunenes psykiske helsearbeid.

Kollektiv eller organisert brukerinvolvering kan, som vist over, foregå på tre måter: Som brukerstyre, brukerrepresentasjon i råd og utvalg og som brukeres representasjon i driftsstyrer. I en del kommuner er det også etablert brukerråd eller brukerpaneler i tilknytning til enkelte tjenester. Hovedhypotesen angående denne formen for involvering er at den krever langt mer organisering og tilrettelegging enn den ikke-organiserte involveringen. Det kan implisere at kommunene ikke gjennomfører tiltak som medfører at muligheter for organisert involvering etableres, men det kan også tenkes at det tar lengre tid både å introdusere slike tiltak i kommunen og iverksette dem. For å belyse denne problemstillingen reanalyseres spørreskjemamaterialet som er samlet inn i via SINTEF/NIBRs spørreskjema fra 2003. I undersøkelsen er det stilt spørsmål om kommunene har lokallag av organisasjoner på feltet, om kommunene yter dem økonomisk støtte, om kommunene på andre måter samarbeider med organisasjonene, og om kommunene har etablert organer som brukere kan medvirke gjennom. Dette belyses i kapittel fem.

Før jeg kommer inn på dette skal imidlertid notatets metodiske grunnlag presenteres i kapittel to. Kapittel tre diskuterer kommunal organisering som ramme for involvering av brukere og kapittel fire presenterer kommunenes situasjon med hensyn på brukere; hvor de kommer fra og hvor mange de enkelte medarbeiderne i intervju materialet har hovedansvaret for.

2 Metode

2.1 Innledning

Denne undersøkelsen er en kvalitativ casestudie av brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i sju kommuner. Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av intervjuer av nøkkelpersonell i kommunene, samt med medarbeidere i kommunenes psykiske helsearbeid. I en slik studie kan det gjøres observasjoner av situasjonen i spesifikke kommuner, men slike observasjoner kan ikke generaliseres til hele populasjonen av kommuner. Grep som tas her er derfor å gjennomføre en analytisk generalisering (Yin 1984). Det innebærer at det må brukes plass på å presentere teorier og andre arbeider som omhandler tilsvarende problematikk. Dette gjøres for å finne fram til begreper og måter å forstå problematikken på som er begrunnet, og som kan være intersubjektiv, det vil si deles av flere. Samfunnsvitenskapens språk om sammenhengene mellom variabler må, i et slikt grep, brukes enda mer forsiktig enn hva som er vanlig, og etableres det sammenhenger mellom variable som kan tolkes som årsaker, må analysen gå den tunge veien om de generelle og abstrakte begrepene (Ragin 1994).

Dette prosjektet fokuserer på brukerinvolvering på systemnivå. Problemstillingen peker på at det er hvordan medarbeiderne, som er profesjonsutdannete, og kommuneorganisasjonen legger til rette for at brukere kan involveres som er hovedtema i notatet. Det impliserer at effektene ulike former for involvering har på brukeres mulighet for faktisk medbestemmelse i individuell utforming av tiltak, eventuelt på situasjoner der det skal trenes og læres, og overfor utformingen av tjenester og tilbud er studert. Skal effekter kunne spores må erfaringer høstes, og dette prosjektet baserer seg altså på erfaringer fra nøkkelpersonell og medarbeidere i kommunalt psykisk helsearbeid, ikke først og fremst fra brukere. Det er likevel også snakket med brukere. Det er ikke gjort på systematisk vis, men i alle, unntagen en kommune, som har dagsenter er dette gjort, samt at det er snakket med et par brukere i en setting som kan minne om intervjuets.

2.2 Utvalg av kommuner til casestudien

Seks av kommunene som inngår i denne studien er valgt ut på bakgrunn av at de har svart på spørreskjema sendt ut i regi av SINTEF/NIBR i 2003. De kommunene er dels valgt ut på grunnlag av størrelse, samt at små kommuner ligger i nærheten av en stor. Den siste kommunen er valgt på bakgrunn av at det er antatt at den er vellykket med hensyn på å involvere brukere på flere måter innenfor det psykiske helsearbeidet. Den er liten og ligger forholdsvis langt fra nærmeste store kommune. Den skiller seg også fra de andre kommunene fordi den har relativt god kommuneøkonomi og en lang tradisjon for å drive psykisk helsearbeid.

Tabell 2.1 *Oversikt over kommunene*

| Kommune | Innb. | Pol.org. | Adm.org. | Psyk.org. | Friv. org? | Dagsenter |
|----------------------|--------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| A² | 235450 | Parl. | Område-modell/ sektor | Tjeneste i Plo | Ja | Ja |
| B | 21884 | Hovedutv. | Virksomheter | Tjeneste i Plo | Ja | Ja |
| C | 22967 | Komite-modell | Resultat-enheter | Egen enhet | Ja | Ja |
| D | 14918 | Fagkomiteer | Virksomheter | Tjeneste i Helse- og sosial | Ja | Ja |
| E | 3923 | Hovedutvalg | Resultat-enheter | Tjeneste i Rehab enhet | Nei | Ja |
| F | 3136 | Utvalg | Virksomheter | I stab hos rådmann | Nei | Nei |
| G | 2318 | Utvalg | Sektor | Integrert i Plo | Nei | Ja, en dag i uken |

Kilder: Kommunenøkkel, intervjuer i kommunene

Som tabellen viser, varierer kommunene mye med hensyn på antall innbyggere, samt politisk og administrativ organisering. Interessant nok er det likevel at seks av de sju kommunene mener selv de har organisert seg med det som kalles en flat administrativ struktur, det gjelder også for den minste kommunen som er sektororganisert. Kommunene varierer også med hensyn på organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet. Det er bare denne kommunen som fortsatt har organisert sitt psykiske helsearbeid integrert i pleie- og omsorgstjenesten, mens det er fire som har organisert det som en tjeneste innenfor rammene av et større tjenesteområde. To har lagt tjenesten til pleie- og omsorg, en til helse- og sosial mens den siste har lagt den til en forholdsvis nyetablert rehabiliteringstjeneste. Den største kommunene har egen tjeneste i pleie- og omsorg som er egen sektor. Den siste kommunen har lagt det psykiske helsearbeidet til stab hos rådmann. Tabellen viser også at de to minste kommunene ikke har dagsenter, og at de tre minste kommunene ikke har lokallag av noen av organisasjonene på feltet.

Intervjuene med profesjonelle medarbeidere, og andre ansatte, i kommunene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det vil si at det er utarbeidet intervjuguider der det er bestemt hvilke tema som skal tas opp, og der noen spørsmål er faste for alle intervjuene. Rommet for oppfølgingsspørsmål er gjort stort fordi ulikheter i kommunal organisering legger ulike betingelser for gjennomføringen av arbeidsoppgavene i det psykiske helsearbeidet.

² For denne kommunen dekker casestudien en bydel

Tabell 2.2 *Yrkesgrupper og utdanning i materialet*

| Yrkesgr.\ Utdannelse | Med. | Sykepleie | Sosionom | Ergoterapi Miljøarbeid | Verne- Hjelpepleie | Barnevernsp. |
|------------------------------|------|-----------|----------|---------------------------|-----------------------|--------------|
| Allmenn/til sammen | 3 | 25 | 4 | 5 ³ | 3 | 1 |
| Psykiatrisk sykepleie | | 16 | | | | |
| Tverrf. videreutd. | | 1 | 1 | | | 1 |
| SEPREP | | 5 | 1 | | | |
| Klinisk spes. | | 2 | | | | |
| Kognitiv spes. | | 1 | 1 | | | |
| Helsesøster | | 5 | | | | |
| Annet | | | 1 | | | |

⁴Tallene for videreutdanninger summeres ikke til det samlede tallet for intervjuede for de enkelte utdanningskategorier fordi en ansatt kan ha flere typer videreutdanninger.

Denne tabellen spesifiserer de ulike typene allmenn- og videreutdanninger profesjonsutøvere i casekommunene har. Det er til sammen gjennomført intervjuer med 39 profesjonsutøvere, fire i institusjon. Videreutdanningene er ujevnt plassert og i noen kommuner er det ansatte, særlig sykepleiere, som har flere typer videreutdanning. Av de 25 sykepleierne er det kun en som har tverrfaglig videreutdanning, men 16 som har videreutdanning som psykiatrisk sykepleier. Fem har videreutdanning som helsesøster, mens tre har andre typer videreutdanning. Den nest minste kommunen har psykiatrisk sykepleier i 1,5 stilling, den minste har ansatt en psykiatrisk sykepleier og en hjelpepleier med videreutdanning i psykiatri, her var det også planlagt å ansette enda en sykepleier i 50 % stilling. Den tredje minste kommunen har to psykiatriske sykepleiere og miljøarbeidere. Det kan se ut til at det går et kompetanseskiller ved kommuner som har dagsenter. I kommuner som er store nok til at det er etablert et dagsenter, rekrutteres det bredere enn i kommuner som ikke har dagsenter. Den minste kommunen er et unntak her, der ledes dagsenteret av psykiatrisk sykepleier, men det er åpent kun en dag i uken. Ingen av de seks andre kommunene har en psykiatrisk sykepleier som leder av dagsenteret, det ledes av sosionom eller annen yrkesgruppe med videreutdanning i psykiatri eller psykisk helsearbeid. De største kommunene rekrutterer også bredt og ansetter sosionomer, vernepleiere og andre yrkesgrupper med tverrfaglig videreutdanning, for å gjøre tilsvarende arbeid som psykiatriske sykepleiere. I noen av disse kommunene er psykisk helsearbeid organisert i det som kalles ambulerende team. Organiseringen kommer jeg nærmere inn på nedenfor.

³ Dette dreier seg om to intervjuer. I et var det til stede to representanter, i det andre tre.

⁴ Det refereres til intervjuene i parenteser med dato for når intervjuet er gjennomført

2.3 Reliabilitet og validitet

At undersøkelsen er reliabel innebærer at den er pålitelig, konsistent og treffsikker. Det er blant annet knyttet til at samme typen måling gjøres på flere tidspunkter med tilsvarende måleinstrumenter. Dette er en terminologi for kvantitative studier, men den intervjuundersøkelsen i kommunene som de presenterte observasjonene er hentet fra, skal gjennomføres to ganger. Dette gjøres for, med noenlunde sikkerhet, å kunne peke på retningen utviklingstrendene tar i casekommunene. Her rapporteres imidlertid kun fra den første runden med intervjuer. Materialet skal også sammenlignes med tidligere studier av hvordan psykiatriske sykepleiere oppfatter sin yrkesrolle og de arbeidsoppgaver de gjennomfører. Diskusjoner av eventuelle avvik og sammenfall av observasjoner mellom denne studien og tidligere studier vil styrke observasjonenes reliabilitet. Den vil kunne sette observasjonene i denne undersøkelsen i perspektiv og medvirke til å styrke oppfatningen av utviklingstendenser.

Validitet er knyttet til gyldigheten av det som måles og kan sikres på flere måter i en kvalitativ studie av denne typen. For det første er begrepsvaliditeten viktig fordi den sier noe om dataene som brukes gjenspeiler det som skal undersøkes. For å sikre begrepsvaliditeten er det brukt tid med informantene for å komme fram til felles forståelser av innholdet i viktige begreper. Kjennetegnene ved kommunene som vi har oppfattet som distinkte, og de begreper som har vært generiske i beskrivelsen av den kommunale organisasjonen, endres når den kommunale organisasjonen endres (Thagaard 2003). Et eksempel er at begrepene byråkrati, styring, hierarki og etat erstattes med flat struktur, delegering og resultatenheter eller virksomhet. Begrepet sektor erstattes ofte av målgruppe eller områdeorganisering.

Validitet kan også sikres ved å benytte seg av flere typer datakilder, og i denne studien skal det trekkes noe veksler på surveymaterialet hentet inn i samarbeid med SINTEF, samt andre studier som handler om problemstillinger som grenser opp til dem det arbeides med her. I intervjubaserte casestudier er metodetriangulering et redskap som er viktig å ta i bruk også fordi samme virkelighet kan oppfattes ulikt av forskjellige aktører. Dette er også en grunn til at rommet for oppfølgingsspørsmål bør være stort i en undersøkelse som omfatter så mange som sju kommuner (Thagaard 2003). Et siste spørsmål angående validiteten er den ytre validiteten, altså muligheten for å generalisere. I et materiale som ikke er representativt kan det kun gjøres observasjoner, det gjøres ingen funn. Det kan likevel gjøres bestrebelser på å generalisere ved å knytte variablene som benyttes til teoretiske begreper. Det kalles analytisk generalisering. Kontrasteringen til tidligere gjennomførte studier kan også bringes inn i analysen med et slikt siktemål (Yin 1984).

3 Medarbeideres arbeidsoppgaver, kommunal organisering og arbeidsdeling

3.1 Innledning

Organisering er tema for et annet prosjekt NIBR arbeider med innenfor evaluering av Opptrappingsplanen. Det skal likevel behandles kort i denne rapporten fordi problemstillingene om hvordan brukere involveres på kommunalt nivå blir berørt av kommunenes valg av organisasjonsform og ledelsesmodeller. Spørsmålene om organisering ligger som betingelser for den brukerinvolvering som kan finne sted på kommunalt nivå, både for den kollektive eller organiserte og den individuelle eller ikke-organiserte. Opptrappingsplanen argumenterer for at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser skal organiseres innenfor rammene av kommunenes ordinære tjenesteapparat. Det framheves videre at det er viktig at det ikke etableres en særomsorg, men at kommunene finner fram til en organisering som ivaretar brukernes behov fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer (St.prp. nr. 63 1997-98). Det går ikke nærmere inn på hvordan integrering bør skje, og det er derfor nærliggende å anta at organisering av psykisk helsearbeid vil inngå i den organisasjonsformen kommunene allerede har, og det arbeidet som gjennomføres i kommunene for å reorganisere virksomheten. Hvordan kommunene har valgt å organisere sitt psykiske helsearbeid legger betingelser for ledelse i de forskjellige kommunene, og organisering og valg av ledelsesform styrer medarbeidernes tilrettelegging for å involvere brukere.

Medarbeiderne i det kommunale psykiske helsearbeidet er i overveiende grad utdannet innenfor universitets- og høyskolesystemet. De inngår som en del av velferdsstatens profesjoner og er yrkesgrupper med helse- og sosialfaglige bakgrunner. I kapittelet skal medarbeidernes arbeidsoppgaver skisseres og hypoteser om hvordan arbeidsoppgavene kan medføre at brukere involveres skal settes fram. Dette skal også knyttes til organisering og arbeidsdeling i det kommunale psykiske helsearbeidet. Det tas utgangspunkt i Abbotts (1988) inndeling av egenskapene ved en yrkesgruppes arbeidsoppgaver i subjektive og objektive som så knyttes til Hummelvoll og Graneruds (1996) skille mellom det psykiske helsearbeidets direkte og indirekte arbeidsoppgaver.

3.2 Profesjoner

Rent pragmatisk er en profesjon en yrkesgruppe som kan avgrenses fra andre grupper ut fra utdanningsbakgrunn (Michelsen m. fl. 2002). Strand (2001) setter opp følgende kjennetegn ved profesjonene:

- De har en spesifikk utdanning fra universitet eller høyskole
- De har praktiske yrkesferdigheter tilegnet fra erfarne kolleger
- Medlemskap i yrkesorganisasjon/fagforening som monopoliserer adgang til yrket og som overvåker yrkesutøvelsen gjennom faglige og etiske regler
- De har oppgaver eller klienter som bare den profesjonelle yrkesutøveren kan ivareta
- Lojalitet mot arbeidet og profesjonen, forpliktet på etiske normer
- Kollegiale og etiske standarder for profesjonen (Strand 2001:250).

Profesjonene har vært et viktig styringsredskap for staten i utbyggingen av moderne velferdsordninger, og medisin har vært en yrkesgruppe som gjennom hele det 19. århundre har kunnet tilby løsninger på helsemessige og sosiale problemer myndighetene stod overfor (Kuhnle og Ervik 1993). I utbyggingen av den moderne velferdsstaten har utviklingen av kompetanse på sosial og helseområdet stått sentralt og forskjellige yrkesgrupper har blitt tilordnet arbeidsoppgaver i kommunen. Eksempler er sosionomer til sosialkontoret, lærere til skole, helsesøstere til helsestasjonen og psykiatriske sykepleiere til stillinger som ble opprettet for denne yrkesgruppen fra tidlig på 80-tallet (Ramsdal m.fl. 2002, Fimreite m.fl. 2002). Yrkesgruppene har ekspandert i kommunene under statlig vern (Terum 1982).

Profesjonenes utdanning sosialiserer dem til å støtte bestemte normer og verdier, og de utvikler problemstrukturer, som er måter å se og fortolke problemer og deres løsninger på, som er særegne for deres faglige bakgrunn (Jacobsen 1964). Dette har medført at den profesjonelle logikken i mange tilfeller har vært sammenfallende med den kommunale organiseringen. Yrkesgruppene hadde sin spesifikke kompetanse, og deres faglige posisjon var en garantist for at kommunene fikk et tilstrekkelig faglig grunnlag for velferdstjenestene staten bygget ut på kommunalt nivå. De kommunale sektorene ble en realitet og det ble bygget sterke organisatoriske grenser rundt de ulike kommunale tjenestene og de profesjonene som hadde det faglige ansvaret. Ny organisering i kommunene medvirker til at denne rollen for profesjonene er i endring, og automatikken i relasjonen mellom yrkesgruppene og statlig nivå er i ferd med å bli brutt opp, det samme er de organisatoriske grensene rundt arbeidsoppgavene på kommunalt nivå. Fortsatt står yrkesgruppene, gjennom sin utdanning, som en garantist for det faglige innholdet i velferdstjenestene, men organisering og styring av velferdstjenestene er i større grad overlatt det kommunale nivået, og som vi skal se senere i kapitlet reorganiseres det i alle casekommunene.

Å tilslutte seg yrkesgruppens etiske kodeks inngår i yrkesgruppens sosialisering (Johnson 1972), og de fleste yrkesgruppene det her er snakk om har fortsatt monopol på utøvelse av bestemte oppgaver. Abbott (1988) mener at yrkesgrupper i et velferdssystem vil konkurrere om arbeidsoppgaver og at denne konkurransen skaper en dynamikk som er grunnleggende i formingen av systemet. Det er også i fordeling og ordning av arbeidsoppgavene at organisasjonsendringer og Opptrappingsplanen intervensjoner. Organisasjonsendringene intervensjoner i relasjonene mellom yrkesgruppene på kommunalt nivå, samt at Opptrappingsplanen intervensjoner direkte i den eksisterende fordelingen av arbeidsoppgaver mellom yrkesgruppene. Den medfører at noen yrkesgrupper har fått flere oppgaver lagt til sitt monopol over arbeidsoppgaver på kommunalt nivå, medisin og helsesøster er eksempler på det, mens den har vært en medvirkende årsak til at andre yrkesgrupper har fått noe svakere tilknytning til det de har oppfattet som sine arbeidsoppgaver. Både psykiatriske sykepleiere og sykepleiere i hjemmetjenestene er

eksempler på det. Hjemmetjenesten har i casekommunene mistet oppgaver, mens psykiatriske sykepleiere har fått styrket sin organisatoriske tilknytning i kommunene, men de har samtidig fått konkurranse om stillingene fra andre yrkesgrupper. Fortrinnsvis sosionomer og andre treårige velferdsyrker.

3.3 Subjektive og objektive egenskaper ved medarbeidernes arbeidsoppgaver

Abbott mener kjennetegnene ved yrkesgruppens arbeidsoppgaver kan være både subjektive og objektive. Subjektive kjennetegn er å stille diagnose, bestemme behandling og trekke slutninger om relasjonen mellom diagnose og behandling. Disse begrepene er generelle, og de betegner egenskaper ved oppgaver som er subjektive fordi de konstrueres og utformes i det øyeblikket de ansatte bestemmer hvordan de vil legge opp arbeidet med de oppgavene som inngår i deres ansvarsområde. Dette skjer trolig i det som over er kalt ansikt til ansikt relasjonene og den terapeutiske medvirkningen, og omfatter de oppgavene Hummelvoll og Granerud (1996) kaller direkte pasientarbeid. Direkte pasientarbeid er: Utredning og vurdering av behandlingsbehov hos nye pasienter, oppfølging av pasienter i hjemmet, etablere og drive gruppevirksomhet, systematisk samtalebehandling, samt oppfølging av medikamentbehandling.

Objektive kjennetegn ved arbeidsoppgavene utgjøres av de betingelsene de ansatte, eller en yrkesgruppe utøver yrket sitt under. Det kan være den kunnskap og teknologi en yrkesgruppe besitter, ressurser de har til rådighet, samt den organisasjonen og kulturen arbeidsoppgavene utøves innenfor. Disse generelle beskrivelsene kan omfatte det Hummelvoll og Granerud kaller indirekte oppgave i psykisk helsearbeid. De er: Koordineringsfunksjonen, samarbeid med andre yrkesgrupper, etablering av dagsentervirksomhet, veiledning og konsulentarbeid, samt planlegging av hjelpetilbud til brukere. Hummelvoll og Granerud spesifiserer også et sett forebyggende oppgaver, men de faller utenfor i denne sammenhengen.

Både Opptappingsplanen og kommunene intervenserer i yrkesgruppens arbeidsoppgaver gjennom de krav som stilles til det psykiske helsearbeidet. Intervensjonen fra Opptappingsplanen endrer først og fremst ressurstilgangen fordi tilgangen til økonomiske midler i kommunene blir bedre. Den endrer også spørsmålet om koordinering og samarbeid, særlig med spesialisthelsetjenesten, og det settes fram en del forventninger og betingelser for hvordan yrkesgruppene kan arbeide med oppgavene sine. Kravet om utarbeidelse av individuelle planer er det mest eksplisitte kravet, ved siden av det generelle kravet om at yrkesgruppene, samt den kommunale organiseringen skal legge til rette for brukermedvirkning. Intervensjon fra kommunene dreier seg om å endre organisasjonen som det psykiske helsearbeidet gjennomføres innenfor, samt om tilretteleggingen, eller mangel på sådan, for koordinering, utarbeidelse av individuelle planer og brukerinvolvering. Begge typene intervensjon dreier seg om å gi det psykiske helsearbeidet i kommunene nye rammer, og kan dermed også påvirke hvordan profesjonelle medarbeidere velger å utforme de subjektive kjennetegnene ved sine arbeidsoppgaver.

Disse faktorene, økonomiske ressurser og tilrettelegging for yrkesutøvelsen på kommunalt nivå, samt profesjonelle medarbeideres sosialisering til normer og standarder i egen utdanning, ses her som bestemmende for hvordan medarbeiderne velger å forholde seg til brukerne av de psykiske helsetjenestene. De forskjellige yrkesgruppene som arbeider innenfor det psykiske helsearbeidet, arbeider innenfor et sett av yrkesetiske

retningslinjer om hvordan de skal forholde seg til sine brukere, eventuelt pasienter og klienter.⁵ Yrkesgruppene har i tillegg ofte eksplisitt kompetanse om brukerinvolvering gjennom utdanningens fokus på styrking og myndiggjøring av brukere. Yrkesgruppens relasjon til brukerne inngår i utformingen av egen faglighet og den rammes inn av organisatoriske og institusjonelle trekk i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

3.4 Kommunal organisering

Kommunene organiserer trolig det psykiske helsearbeidet inn i sin organisasjon i tråd med det arbeidet som drives for å reorganisere og modernisere den kommunale virksomheten. Kommuneloven av 1992 gjorde det mulig for kommunene å organisere relasjonen mellom politikk og tjenesteproduksjon på nye måter. En av målsettingene med dette var å bryte ned den tradisjonelle sektorpolitikken, og argumentet var at i den tradisjonelle kommunale organisering, med hovedutvalg og sektorer, ble de profesjonelle yrkesgruppens definisjoner av mål og midler gjort til sektorens logikk, og politikerne ble forsvarere av egen sektor og mistet helheten av syne (Michelsen m.fl. 2002). Nå har den kommunale organiseringen blitt mer mangfoldig. Flat struktur er en organisasjonsmodell som er blitt mer og mer vanlig, og den har en målsetting om å bygge ned ledeshierarkiene, samtidig som den skal redusere de profesjonelle yrkesgruppens innflytelse over den kommunale tjenesteproduksjonen. Hovedprinsippet for modellen er desentralisering av myndighet til resultatenheter. Videre innføres det et system med mål- og resultatstyring i tråd med NPM-ideologien, eller Ny Offentlig Styring som begynner å bli innarbeidet som norsk terminologi. Dette systemet skal gi enhetene størst mulig frihet til å drive tjenesteproduksjon (Michelsen m.fl. 2002, Vabo 2004). Hvordan det skal legges til rette for koordinering og samordning, samt faglig ledelse er viktige spørsmål som må finne sin løsning på nye måter innenfor modellen med flat struktur og resultatenheter. Hvordan det legges til rette for dette vil påvirke arbeidsdelingen og samhandlingen mellom enhetene, samt at det vil påvirke hvordan nye krav til virksomheten transformeres til gode handlingsalternativer for enhetenes medarbeidere.

Dette kommer jeg tilbake til i neste avsnitt, her skal kommunenes organisering av psykisk helsearbeid presenteres. Tabell 3.1 viser en oversikt over kommunenes overordnede organisering av sitt psykiske helsearbeid.

Tabell 3.1 *Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid*

| | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Egen enhet for psykisk helsearbeid | 42 | 17 |
| Egen tjeneste for psykisk helsearbeid | 173 | 68 |
| Ansvar plassert i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef | 11 | 4 |
| Integrerte tjenester | 24 | 9 |
| Ubesvart | 4 | 2 |
| Totalt | 254 | 100 |

⁵ Se for eksempel hjemmesidene til Den norske lægeforening, Norsk sykepleieforbund og Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere der yrkesetiske retningslinjer er presentert.

Kilde: Myrvold 2004

Tabellene 3.1 og 3.2 viser at kommunene i intervjumaterialet er forholdsvis representative i forhold til surveymaterialet. Egen enhet er definert som en enhet på linje med pleie- og omsorg, sosialtjenesten og legetjenesten. Enheten har egen ledelse, eget budsjett og egen personalgruppe som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid. Det er 42 kommuner som har egen enhet for psykisk helsearbeid, i intervjumaterialet er det en kommune med egen enhet i pleie- og omsorg. Egen psykiatritjeneste er definert som en enhet med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. I denne modellen legges det også vekt på å styrke kompetanseoppbyggingen blant ansatte i de ordinære tjenestene. Det er 173 kommuner som har etablert en egen tjeneste innenfor et større område, i intervjumaterialet er det fire kommuner. Både kommunen som har integrert psykisk helsearbeid i pleie- og omsorg og den som har lagt det i stab hos rådmannen representerer modeller som er overrepresentert i intervjumaterialet. Det gjør de fordi av den første finner vi 24 i surveymaterialet og av den andre finner vi kun 11. De representerer henholdsvis 9 og 4 % av kommunenes organisering av psykisk helsearbeid. Det øker imidlertid intervjumaterialets kvalitet at alle modellene er representert.

Tabell 3.2 *Oversikt over kommunale administrativ organisering av psykisk helsearbeid i kommunene*

| Kommune | Innbyggere | Administrativ organisering | Org. av psykisk helsearbeid |
|---------|------------|----------------------------|------------------------------------|
| A | 235450 | Områdemodell | Tjeneste i Plo |
| B | 21884 | Virksomheter | Tjeneste i Plo |
| C | 22967 | Resultatenheter | Egen enhet |
| D | 14918 | Virksomheter | Tjeneste i Helse- og sosial |
| E | 3923 | Resultatenheter | Tjeneste i rehabiliteringsavdeling |
| F | 3136 | Virksomheter | I stab hos rådmann |
| G | 2318 | Sektor | Integrert i Plo |

Kilder: Kommunenøkkel, intervjuer i kommunene

Alle kommunene har reorganisert virksomheten sin og seks av sju kommuner har valgt å implementere flat struktur, og er i ferd med å gjennomføre, eller har nettopp gjennomført, store endringer. Flat struktur behøver ikke å være det samme i alle kommunene som sier at de har organisert seg på denne måten. Opedal et. al (2002) viser at kommuner som sier de har flat struktur kan ha 2, 2,5 eller 3 administrative ledelsesnivåer. Felles for dem er imidlertid at det er etablert enheter som rapporterer direkte til rådmann eller rådmannsnivået. I noen kommuner er det etablert en avdelings- eller etatsmodell der de tidligere etatene er omgjort til resultatenheter, og dette vil være typisk for kommuner der det er tre ledelsesnivåer. I kommuner med to ledelsesnivåer er alle virksomhetene resultatenheter. Den tredje typen er gjerne en kombinasjon av at virksomhetsledere rapporterer direkte til rådmann, eller at det rapporteres gjennom en resultatensleder, for eksempel leder for resultatenhet pleie- og omsorg. I denne modellen blir det et lavere antall enheter som rapporterer direkte til rådmann (Opedal, Stigen og Laudal 2002:23-4).

Hvor mange ledelsesnivåer en kommune har kan være vanskelig å lese ut av en sammenstilling av opplysninger som tabellene 3.2 og 3.3 er. Av de syv kommunene i materialet har en kommune (F) faktisk bare ett ledelsesnivå for det psykiske

helsearbeidet, og det er rådmannen. Pleie- og omsorgssjefen var nylig fjernet og all aktivitet innenfor den sektoren har fått ny organisatorisk tilknytning til kommunen gjennom kommunale virksomheter. Reorganiseringen omfatter ikke psykisk helsearbeid. Det fikk ikke ny organisatorisk tilknytning, men ble lagt direkte til rådmannens stab. Andre aktivitetsområder i kommunen er dermed underlagt to ledelsesnivåer, mens psykisk helsearbeid bare har ett, som er rådmannen. Kommunen er på leting etter en brukbar organisatorisk tilknytning også for det psykiske helsearbeidet.

Tre av kommunene, D, E og G, har to ledelsesnivåer. Der er den administrative organiseringen rubrisert som virksomheter, resultatenheter og som sektorer, og tjenestene har egne ledere som rapporterer til en mellomleder, som igjen rapporterer til rådmannen. I alle disse tre kommunene er de ansatte i psykisk helsearbeid tilknyttet en leder som har ansvar for flere typer aktiviteter, og det er helse- og sosial, henholdsvis rehabiliteringsavdelingen og pleie- og omsorgssektoren som rapporterer til rådmann.

Kommune C er organisert med resultatenheter og psykisk helsearbeid er egen enhet på linje med andre aktiviteter. Psykisk helsearbeid er altså egen resultatenhet, men innenfor denne enheten er det innført et ledelsesnivå under enhetsleder. Hvert av aktivitetsområdene innenfor psykisk helse er gitt en deltidsledelse der 40 % skal gå til administrasjon og 60 % skal være operativ virksomhet.

De to siste kommunene, A og B, er de to største og de har tre ledelsesnivåer. Der har det psykiske helsearbeidet egen ledelse innfor rammene av pleie- og omsorgsavdelingene. Kommune A er organisert med en områdemodell, og innenfor områdene er de enkelte aktivitetene tilknyttet den kommunale ledelsen via sektorer. Kommune B mener selv den er organisert med virksomheter, der virksomhet pleie- og omsorg kommuniserer mellom ledelsen av det psykiske helsearbeidet og rådmannsnivået. I denne kommunen har den administrative utflatingen medført at det er etablert flere enheter på rådmannsnivå som har den samme myndigheten som rådmannen. To enheter som blir behandlet her er bestiller-utfører-enheten, som tar imot, vurderer og sender videre diverse bestillinger som gjøres på tjenester innenfor pleie- og omsorg, og koordineringsenheten.

3.5 Arbeidsdeling

Antallet ledelsesnivåer får betydning for hvordan arbeidsdelingen mellom ulike kommunale enheter kan struktureres. Opptappingsplanen intervensjoner i arbeidsdelingen fordi den tilfører eksterne ressurser til psykisk helsearbeid, samtidig medfører den kommunale reorganiseringen generelt, og av det psykiske helsearbeidet spesielt, at arbeidsdelingen mellom enheter i kommunene, og mellom ulike yrkesgrupper må gå opp på nytt. Som vi skal se senere har dette ført til konflikter i noen kommuner, mens det i andre har foregått forholdsvis smertefritt. Det som skal tas opp her er hvordan reorganiseringen i kommunene påvirker spørsmålet om ledelse av det psykiske helsearbeidet i kommunene.

3.5.1 Ledelsesproblematikken

Kommunene blir anbefalt å ha en koordinator for det psykiske helsearbeidet. En slik koordinator vil ta på seg ledelsesoppgaver av både faglig og administrativ art. Hvordan ledelsen av det psykiske helsearbeidet er organisert varierer likevel med organiseringen og med antallet nivåer i kommunens organisasjon. Tabell 3.3 viser kommunens organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet.

Tabell 3.3 *Organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet i casekommunene*

| Kommune | Innb. | Adm. org. | Org. av psyk. helsearb. | Ledelse i psyk. helsearb. | Arb.deling i psyk. helsearb. | Arb.deling ml. psyk. og andre enheter |
|----------|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| A | 235450 | Område-modell | Tjeneste i Plo | Egen leder innenfor Plo | Ja | Ja |
| B | 21884 | Virksomheter | Tjeneste i Plo | Egen leder innenfor Plo | Ja | Ja |
| C | 22967 | Resultatenheter | Egen enhet | Egen leder + deltidsledelse | Ja | Nei |
| D | 14918 | Virksomheter | Tjeneste i Helse- og sosial | Leder i helse- og sosial | Ja | Ja |
| E | 3923 | Resultatenheter | Tjeneste i rehab.avd. | Leder i rehabiliterings-avdelingen | Ja | Ja |
| F | 3136 | Virksomheter | I stab hos rådmann | Rådmann | Nei | Ja |
| G | 2318 | Sektor | Integrert i Plo | Leder i Plo | Nei | Ja |

Kilder: Kommunenøkkel, intervjuer i kommunene

I terminologien om organisasjoner kan resultatenheter sammenlignes med ekspertorganisasjoner. Der er posisjon i organisasjonen basert på yrkesmessig status og erfaring, og de ansatte er rekruttert på bakgrunn av dokumentert fagkompetanse. Videre vil arbeidsprosesser og samordning bestemmes av den ekspertkunnskapen de ansatte innehar og de faglige normene de er opplært til å akseptere. Ledelse ut over det som er basert på faglig autoritet vil ha liten plass (Strand 2001:28). Samtidig utfordres den faglige ledelsen av en administrativ og økonomisk logikk som kan bringe inn prinsipper for ledelse som bryter med den faglige fortolkningen. Det er delvis dette vi ser når antallet nivåer i den kommunale organisasjonen reduseres.

Flat struktur desentraliserer deler av beslutningsmyndigheten til virksomhetene eller resultatenhetene. Dette aksentuerer lederens rolle i virksomhetene, samtidig som ledelsesproblematikken tradisjonelt ikke har en stor plass i offentlige organisasjoner (Strand 2001:272). Tvert om er slike organisasjoner preget av mange og motstridende mål, og lederne må leve med uavklarte prioriteringer og vanskelige avveininger. Ekspertorganisasjonen karakteriseres av Strand (2001) som en organisasjon der vanlige ledelsesoppgaver kan være overflødige, og administrativ ledelse er besværlig og lite ønskelig. Den administrative ledelsen er rettet mot eksterne aktører og den forholder seg til det omkringliggende kommunale byråkratiet. Opedal m.fl. (2002) viser i sin studie at resultatenhetene i kommunene som etablerer flat struktur får en ledelse. Problemet i det psykiske helsearbeidet oppstår når det ikke blir etablert som egen enhet, eller ikke får egen ledelse, og mangel på faglig ledelse kan bety at det ikke er noen til stede i organisasjonen som har til oppgave å håndtere usikkerhet og endring, og som kan transformere eksterne aktørers premisser, for eksempel reduserte budsjetter og vekt på brukerinvolvering, til handlingsalternativer som er operasjonalisert for psykisk

helsearbeid. Slike prosesser står dermed i fare for å bli overlatt til den enkelte profesjonsutøver og usikkerheten kan bli stor:

Det foregår en endring der ni driftsenheter reduseres til tre. Det betyr at en driftsleder leder tre tjenester”. ”Akkurat nå er kommunens omorganisering i et svært usikkert stadium, det må selvfølgelig gå seg til, men vi ansatte får ikke svar når vi spør, men det henvises til oss som fagfolk. Vi har spurt hvilken retning det hele går i, vi forventer å få svar, men får ingen. Det hele er svært ovenfra og ned”. ”.... Må spørre hvilken rolle vi som fagfolk skal ha i kommunen, særlig i psykiatrien. Vi bør høres angående endringer, nå blir vi behandlet som truende fordi vi er fagfolk”. ”Omorganiseringen settes i verk fordi kommunene skal spare penger. Den reduserer mellomledernivået fordi hver leder nå har tre enheter.(27.10.03 nr. 2).

Det er enda ikke avklart om det kommer en fagansvarlig for psykiatri. Akkurat nå har vi en uavklart ledersituasjon(27.10.03. nr. 1).

Den tidligere lederen av psykiatrienheten fungerte som koordinator, men ble altså ofret for å redusere antall mellomledere i kommunen. Også i en av de andre kommunene hadde det psykiske helsearbeidet mistet sin nærmeste leder:

Men det har oppstått et problem nå når pleie- og omsorgssjefen er borte. Da den stillingen forsvant, forsvant noe verdifullt. En del av vedkommendes ansvarsområder gikk ned til institusjonsnivå (enhetsnivå i kommunen), mens andre gikk oppover. For psykiatrien er det uklart hvilken tilknytning vi har til kommunen. Vi to psykiatriske sykepleierne er for tiden i stab hos rådmannen (19.02.04. nr. 2).

I tillegg til at deres tilknytning til kommunen oppfattes som uavklart, er kommunen stor og spredt befolket slik at de psykiatriske sykepleierne arbeider i ulike distrikter. Det betyr også at de har få muligheter til å trekke veksler på hverandre og koordinere sine arbeidsoppgaver. I denne kommunen, F, ligger altså ledelsen av psykisk helse hos rådmannen, men organisasjonen er i ferd med å endres mot at psykisk helsearbeid skal få egen ledelse. Det var ikke avgjort på det tidspunktet jeg var i kommunen.

Det var en konkret hendelse, der en bruker med voldelig atferd ble sendt tilbake til kommunen både fra DPS og psykiatrisk sykehus, som aksentuerte kommunens organisasjonsproblem. Uforberedt var rådmann og rådmannsassistent kommet i en posisjon der de fikk direkte ansvar for en bruker i en situasjon der ingen faglige spørsmål var avklart, heller ikke medisinerings. Uten myndighet til selv å fatte beslutninger om å iverksette tiltak, måtte psykiatrisk sykepleier skyve ansvaret oppover i systemet, dvs. til rådmannen. Det var rådmannen som måtte kontakte lege, DPS og sykehus for å komme fram til løsninger (19.02.04. nr. 1 og 2, samt 18.02.04). Organisasjonsalternativene som utredes for denne kommunen er flere: Det første er å organisere psykisk helse sammen med bofellesskapet for psykisk utviklingshemmede, det andre å legge det til hjemmetjenesten, den tredje å etablere en egen administrative avdeling. De to første løsningene er de to psykiatriske sykepleierne i kommunene uenig i, og de argumenterte mot i den kommunale prosessen som er på gang.

Ledelsesproblematikken kom også opp i kommuner som hadde organisert seg i egen enhet, med egen leder. I kommune C kom dette tydelig fram. Der er psykisk helsearbeid egen enhet og den har egen ledelse som rapporterer til rådmannens stab. Også her er ledelse oppfattet som et problem fordi det var uklart hvilke oppgaver leder faktisk var

ansvarlig for. Kommunen er i økonomiske problemer, og også i det psykiske helsearbeidet måtte det skjæres ned. Det medførte at leder brukte mye tid og krefter på å gå gjennom budsjetter, både egne og de som kom fra kommunen, finne muligheter for nedskjæring, argumentere for å unngå det etc. Dette var prosesser som gjentok seg flere ganger gjennom et arbeidsår, ikke bare ved budsjettider:

Generelt er økonomien vanskelig i kommunen og det rammer enhetene. Vi har opplevd nedskjæring i psykiatrienheten. Det resulterte i at jeg sendte skriv til rådmannen om at vi forventet vekst i enheten i tråd med OP. Enheten ble likevel inkludert i et krav til alle enhetene om å skjære ned 5 %. For psykiatrienheten ble det mellom 5-600 000 kroner (11.11.03).

Faglig ledelse ble det et problem å finne rom for når det måtte vies så mye tid til økonomispørsmålene. I intervju sa vedkommende at det i økende grad ble brukt fritid til faglig ledelse (11.11.03). Administrativ ledelse av de ulike enhetene ble det også lite tid til, og den ble desentralisert til de ulike underenhetene som psykiatrienheten består av. I denne kommunen var det altså innført en styringsmodell for det psykiske helsearbeidet som hadde 2,5 ledelsesnivåer, og den faglige ledelsen ble hele tiden skjøvet nedover i organisasjonen:

Min stilling kalles fagkoordinator. Det betyr at jeg er med på det første kontaktmøtet med mine brukere, at jeg saksbehandler alle brukere, at jeg tar unna alt som skal saksbehandles og oppdaterer alle brukere. I stillingen ligger det også at jeg skal disponere ressursene som skal brukes, men jeg har ikke personalansvar og ikke økonomi. På denne måten får fagkoordinatorerne roller som både formelle og uformelle ledere i organisasjonen. I det uformelle ligger det at vi likevel får litt personalansvar, i det formelle at vi skal ha ansvar for faget. Det skapes uklare linjer i organisasjonen på denne måten (10.11.03).

De som har de delte posisjonene i enhetene mente dette er lite hensiktsmessig:

Vi er ikke glade i disse stillingene, det blir dobbeltrolle for ansatte, vi blir oppfattet som å være i en uheldig dobbeltrolle. Vi skal både lage budsjetter, se til at de holdes og samtidig være i turnus. Det er konfliktfylt for oss og for de ansatte vi skal administrere (11.11.03, vernepleier).

Vike m. fl. (2002) henviser til at yrkesutøvere forvalter seg selv i prosesser av egendisciplinering. Denne egendisciplineringen er avhengig av deres subjektive holdning til de prosessene de er en del av, og farges av deres utdanning og tilslutningen til etiske kodekser. Prosessene omfatter kommunale reorganiseringer, og det kan tenkes at nedbygging av faglig ledelse og større konkurranse om oppmerksomhet medfører en form for organisatorisk og profesjonell konservering i kommunene fordi omgivelsene blir for utrygge til at det kan tenkes nytt. Det ble ikke gjort forsøk på å omgjøre de stadig nye økonomiske kravene til gode handlingsalternativer for medarbeiderne:

Det er fotfolket som får presset. Et eksempel på det er budsjettet. Det er ikke budsjettet reelt for bilbruk og ferievikarer i enheten. Vi strever med å få et reelt budsjett, og i forrige runde ble ferievikarene strøket. Hva som skal kuttes overlates det til dem nærmest brukerne å finne ut, som fagkoordinator sitter du med ansvaret for å skjære ned. I enheten har vi hatt en stor "energilekkasje" på å få tilleggsbevilgninger (11.11.03, sykepleier).

Dette sitatet kan vise til prosesser som kan være på gang i kommunens psykiske helsearbeid. På den ene siden at medarbeidere utøver sterk egendisciplinering og med

bakgrunn i det kan de, for eksempel, være villige til å bruke egen bil uten kompensasjon når de skal besøke brukere. På den andre siden viser sitatet til at den faglige ledelsen er i ferd med å bli borte. Uten faglig ledelse vil trolig det psykiske helsearbeidet forbli i sitt gamle spor. Dette fordi det kan se ut til at det er i de kommunene der det psykiske helsearbeidet har faglig ledelse at nye arbeids- og samarbeidsmåter blir implementert.

To viktige endringer det har vært mulig å observere er at det psykiske helsearbeidet er organisert i team og at det arbeides med individuelle planer. Det er kommunene B og D som er kommet lengst i dette arbeidet. De har begge organisert sitt psykiske helsearbeid i team, kommunene har flat struktur og i den ene kommunen har enheten for psykisk helsearbeid egen leder. I den andre kommunen har enheten for psykisk helsearbeid inntil nylig hatt egen leder som gjennomførte teamorganiseringen før vedkommende ble reorganisert vekk. En av lederne karakteriserte ansvars- og arbeidsområdet sitt på denne måten:

Mitt ansvar er personalansvar, fagansvar og økonomiansvar. Jeg fatter beslutninger om arbeidsdeling mellom det ambulerende teamet og boligens bemanningspersonale. Jeg driver også veiledning av begge personalgruppene jeg er leder for, og vi driver med en del rolleavklaringer. Vi stiller spørsmål ved hva som er våre roller; hva er jobben vi skal gjøre? (08.10.03).

Det som karakteriserer teamene er at stillingene, og dermed yrkesgruppene, er likestilte, dvs. det er ikke etablert et hierarki innad i teamet. I teamet inngår ofte ulike yrkesgrupper og det er etablert et organisert samarbeid der brukeres situasjon kan tas opp. Det skjer for eksempel i morgenmøter. I de to kommunene som har teamorganisering er enhetsleder psykiatrisk sykepleier. Psykiatriske sykepleiere inngår også i teamene, og ved siden av dem ble det observert at sosionomer, vernepleiere, ergoterapeuter og en gestaltpsykolog inngikk i teamene.

Teamet er tverrfaglig. Det ambulerende teamet driver støttesamtaler med brukere, de deltar i ansvarsgruppemøter, i gruppeaktiviteter, samarbeider med etater, leger, sosialkontor, etc. For tiden har det fire ansatte (08.10.03).

Sosionomer, ergoterapeuter, miljøarbeidere, psykiatriske hjelpepleiere, psykiatriske sykepleiere arbeider om en annen. Yrkesgruppene får en potetfunksjon. Det de har felles er at de har oppgaver med brukere (27.10.03.nr. 2).

Jeg arbeider i det ambulerende teamet. Der koordineres og tilrettelegges arbeidet med brukerne av psykiatritjenester i kommunen. Ambulerende team gjennomfører vurderingssamtale og kartlegger behov ut fra henvisningen, den er siste instans for de tunge pasientene. Koordineringen de gjennomfører i teamet er uformell og den foregår om hver enkelt pasient (27.10.03. sosionom).

En tredje kommune plasserte seg tett opp til denne organiseringsformen, men begrepet team ble ikke brukt, det var heller ikke ansatt andre yrkesgrupper enn psykiatriske sykepleiere i den delen av enheten for psykisk helsearbeid som arbeidet opp mot hjemmeboende brukere.

3.5.2 Styring av psykisk helsearbeid på kommunalt nivå

Avsnittene over viser at hvor ledelsen er plassert og hvilken myndighet nærmeste leder for psykisk helsearbeid har varierer. Michelsen m.fl. (2002) viser til at profesjonene inkorporerer de kommunale styringsformene i sin posisjonering mot andre yrkesgrupper i kommunene. Det innebærer at det er konkurranse mellom yrkesgrupper på kommunalt nivå om ressurser og den kommunale ledelsens oppmerksomhet.

I de kommunene som hadde tilbud til mennesker med psykiske lidelser var psykiatrisk sykepleie før Opptappingsplanen organisert som en integrert del av kommunenes pleie- og omsorgs hjemmetjeneste. Dermed var det psykiske helsearbeidet underlagt pleie- og omsorgs faglige ledelse. Robberstad (2002) påpeker at dette ikke er en optimal løsning fordi pleie- og omsorg ofte er organisert i soner eller distrikter, som også psykiatrisk sykepleier da var en del av. Psykiatrisk sykepleier var dermed plassert langt ned i organisasjonen og langt fra beslutningsmyndigheten, og måtte drive mye hard interessekamp for å synliggjøre behovene til sine brukere, samt egne behov for videreutdanning etc. Robberstad viser også at psykiatrisk sykepleier i stor grad inngikk i den generelle sykepleieressursen i distriktet, og ble brukt som avlastning i perioder med stort trykk i den somatiske hjemmetjenesten. De måtte altså sette til side sine egne brukere i slike perioder. Dette er erfaringer vi faktisk finner at kommunene nylig har gjort, og at det ligger som en årsak til at det psykiske helsearbeidet er reorganisert:

Før 2002 var psykiatritjenesten en del av hjemmesykepleien og de psykiatriske sykepleierne var organisert under en avdelingsleder som var sykepleier. Rent organisatorisk var det kaotisk, de var alt for mange som hadde innflytelse. Men ved faglig uenighet hadde de psykiatriske sykepleierne ingen innvirkning på miljøarbeidet (som tilhørte psykiatrien). Miljøarbeideren gikk i pleien og var med når det var lite folk, for eksempel ved sykdom. Vedkommende gikk mellom psykiatrien og somatikken. Somatikken hadde prioritet, ved fridager etc. ble det færre i psykiatrien (10.11.03).

Med å etablere psykiatrienheten hadde vi to målsettinger. Den første var å skape et faglig fellesskap om psykiatri i hjemmesykepleien. Slik det var organisert var somatikken det vesentligste og det var vanskelig å nå fram. Det er uttalt av arbeidstakere i psykiatrienheten at det å ” snakke samme språk er bra”. Den andre målsettingen var å organisere dette med henvendelser. Det er lettere nå (11.11.03).

I den kommunen som denne informantene arbeidet i hadde reorganiseringen av det psykiske helsearbeidet avstedkommet konflikter i relasjonen mellom hjemmetjenestene og den nye enheten for psykisk helsearbeid. Disse konfliktene var merkbare på tidspunktet og det kunne ikke gjennomføres noen arbeidsdeling om de samme brukerne mellom de to enhetene. At det oppstod konflikter av denne typen i det øyeblikket ressursene til det psykiske helsearbeidet ble løftet ut av kommunenes hjemmetjenester var erfaringer også flere kommuner hadde gjort seg, men på tidspunktet var det som regel et tilbaketrukket stadium:

Det har vært ganske vanskelig å være i pleie- og omsorg. Det var noen domenekonflikter tidligere, da psykiatritjenesten startet opp. Gruppelederne, eller kanskje det var noen tydelige enkeltpersoner, ville at de psykiatriske sykepleierne skulle integreres i gruppene og bli underlagt gruppelederne (19.05.03).

Det er fortsatt en av kommunene i materialet der psykiatrisk sykepleiere er knyttet til hjemmetjenestens distrikter. Det er kommune F. Som vi så var den overordnede organiseringen i denne kommunen i problemer på intervju tidspunktet, og nye tilknytningsformer var under debatt. De psykiatriske sykepleierne i kommunen mente at:

Psykiatrisk sykepleie bør ikke være underlagt pleie- og omsorg. En sykepleier uten videreutdanning i psykiatri bør ikke kunne fatte beslutninger om hva som skal gjøres i de tilfellene der psykiatri er inne i bildet. Hvis psykiatri ligger til pleie- og omsorg; hvem skal da bestemme? De psykiatriske sykepleierne i kommunen ønsker at det blir etablert en psykiatritjeneste, selv om den blir liten (19.02.04 nr. 1).

I den minste kommunen er ressursene i det psykiske helsearbeidet tilknyttet kommunen via hjemmetjenesten, der var det for tiden 1,5 ansatt og det ble sett som en hensiktsmessig organisasjonsform. Ny tilknytning via helse ble diskutert uten at det var fattet beslutning om det på tidspunktet (05.02.04). I tre kommuner er psykisk helsearbeid en enhet under pleie- og omsorgsraplyen. I disse kommunene ser det ut til at psykisk helse er enheter på linje med distriktene i pleie- og omsorg, og psykisk helse vil derfor ha sin egen talsperson inn mot beslutende myndighet på helse- og sosialområdet. I en kommune var det psykiske helsearbeidet organisert på tilsvarende måte, men lagt til en avdeling for rehabilitering. Dette ble ikke oppfattet som en optimal organisasjonsform av de ansatte i psykisk helsearbeid i denne kommunen.

I en oppbyggingsfase, mener jeg, er det viktig at det psykiske helsearbeidet er egen enhet. Det er viktig for å nå fram til administrasjonen. Vi har en sjef, et mellomledd mellom psykisk helsearbeid og rådmannen. Vårt ansikt er henne, da blir det vanskelig å nå fram (01.04.04).

Organisasjonen, der psykisk helsearbeid er underlagt bo- og rehabilitering, er jeg lite begeistret for. Vi ønsker å være egen avdeling eller eget tjenesteområde. Jeg vil høgere i organisasjonsstrukturen. For eksempel er det vanskelig å finne psykisk helse i kommuneplanen. Tidligere var vi der, nå er psykisk helse ikke nevnt før vi kommer ned på tiltaksnivå, det burde et slikt tjenesteområde være. Jeg er overbevist om at kommunen har valgt denne organiseringen fordi de vil ha mulighet til å sjonglere med ressursene, men det kan man ikke gjøre med statlig finansiering. Det skaper bare mye jobbing mot systemet for oss (31.03.04).

Den integrerte modellen er vi ikke tilhengere av, fordi den ikke sikrer at de psykiatriske sykepleierne har et faglig fellesskap. Vi har valgt å ha en faglig enhet som står i tett kontakt med pleie- og omsorgsavdelingen. Enheten ville ha foretrukket å ha en formell kanal til ledergruppen, det vil si være egen avdeling rett under lederen. Det kan bli for stor avhengighet av pleie- og omsorg. Orienteringen mot barn og unge krever mer, og et endret fokus mot denne gruppen krever at vi blir egen enhet. Pleie- og omsorg er i stor grad rettet mot eldre. Det er interesse for å løfte de psykiatriske tjenestene ut av det fokuset (19.05.03)

Det er en oppfatning at i den grad det psykiske helsearbeidet ble prioritert i den tradisjonelle modellen, som er en integrert modell, var det fordi pleie- og omsorg hadde en ledelse som prioriterte det, altså hadde innsikt i hva arbeidet bestod i og hvorfor det var viktig.

Jeg mener at som psykiatrisk sykepleier må en drive interessekamp i kommunen, mot administrasjon og politikere for å få dem til å forstå hvilke behov vi har i psykiatrien. Det må kjempes for å få midler til fagutvikling og opplæring. Vedkommende hadde blikk for den typen ting, de driftslederne som er nå oppfordrer ikke til videreutdanning (19.02.04. nr. 2).

3.6 Organisering for brukerinvolvering

Det er forskjell på kommuner med hensyn på deres evne og interesse for å organisere arbeidet på nye måter, og dermed legge til rette for at brukere kan involveres tettere i det som skjer innenfor rammen av det psykiske helsearbeidet. Kommune C er et godt eksempel på at tjenestefordelingen innenfor det psykiske helsearbeidet fortsatt følger en lineær organisasjonsmodell. Der organiseres arbeidet, og dermed de ulike oppgavene det består av, i følge en profesjonell og administrativ logikk. Den definerte rekkefølgen oppgavene blir gjennomført i er det altså opptil den psykiatriske sykepleieren å bestemme, fordi vedkommende alene har myndighet til å bestemme når andre typer kompetanse er nødvendig for å løse de problemene en bruker har. I denne kommunen er det fortsatt grenser mellom tiltak selv om tiltakene er organisert til en felles enhet. Grensene er i mindre grad administrative, men vektlegges som skiller mellom oppgaver de forskjellige profesjonene i det psykiske helsearbeidet skal arbeide med. Kommunen har ellers klart definerte administrative skiller mellom tjenestefelter, og det er denne kommunen som har domenekonflikter mellom den somatiske og psykiatriske hjemmetjenesten.

Kommunene som har organisert seg med ambulerende team, det er to i dette materialet, viser større evne og vilje også til å gi sin organisasjon en innretning mot brukere. Det kommer blant annet til syne i det direkte arbeidet med brukere der arbeidsoppgavene gis et tverr- eller heller flerfaglig tilsnitt, og der flere yrkesgrupper samarbeider i team. I disse kommunene tar arbeidet med brukere utgangspunkt i de behovene den enkelte bruker har, flere yrkesgrupper med ulik kompetanse kan involveres samtidig uten at noen av dem egentlig har myndighet til å definere andre inn eller ut av prosessen. Derfor snakket også yrkesgruppene i disse kommunene om at de var komplementære. Med utgangspunkt i egen yrkesbakgrunn kunne de gi hverandre råd og vink om hvordan gitte problemer kunne løses. Dette er derfor en syklisk organisering. Denne formen for organisering nærmer seg det som kalles målgruppeorganisering av kommunens tjenester. Målgruppeorganisering innebærer at alle tjenestene til en brukergruppe ses i sammenheng, for eksempel ved å tilhøre samme administrative avdeling eller samme politiske utvalg i en kommune. Denne organiseringen har også brukere i sentrum.

Kommune D er en av de to kommunene som hadde organisert sitt psykiske helsearbeid i team. Som vi så var det på gang reorganisering i den kommunale administrasjonen, ni enheter skulle bli tre, og i den forbindelse ble det også etablert en serviceskranke der alle henvendelser til kommunen skulle rettes. Det inkluderte også henvendelsene til kommunens psykiske helsearbeid. Serviceskranke er regnet som en brukervennlig organisering. Det er flere grunner til det. For det første fordi det antas å være enklere for bruker å ta kontakt når kontakten er tilgjengelig: Serviceskranke vil alltid være bemannet i kommunens åpningstider, og den vil være enkel å finne. For det andre fordi serviceskranke antas å være lite stigmatiserende: Det er den samme skranken for alle typer problemer; fra byggesaker til mentale lidelser. Denne organiseringen var de ansatte i det psykiske helsearbeidet likevel motstandere av, fordi de mente det ville øke antallet

brukere som henvendte seg, og fordi flere ressurser til avdelingen ikke var planlagt, ville det dermed også redusere kvaliteten på tjenesten de hadde muligheter til å tilby hver enkelt bruker. De ansatte ville risikere å måtte forholde seg til alle typer lidelser fordi den etablerte henvisnings- eller silingsmekanismen, som de selv kalte den, av brukere var tatt bort. Dette behandles nærmere i kapittel åtte.

Den andre kommunen hadde organisert produksjon og fordeling av ulike typer sosiale tjenester i en bestiller-utførermodell. Det inkluderte det psykiske helsearbeidet som hadde en psykiatrisk sykepleier representert i bestillerenheten. Denne enheten er den første som får kontakt med brukere, den gjennomfører vurderingen av brukeres behov, fastlegger hvilke tjenester brukere skulle få tilgang til, fatter vedtak, og henviser brukere videre i systemet. Den har også ansvaret for å revurdere vedtakene, noe som skjer fortløpende. Kommunen hadde funnet at dette var hensiktsmessig i spørsmålet om henvisning av brukere samt koordinering av tjenester. På samme måte som servicesranken er dette en mekanisme for å få brukere inn i systemet. Kunnskapen om hvor en kan henvende seg er enkel, det er lite stigmatiserende fordi enheten tar imot henvendelser for flere typer tjenester, samtidig som denne organiseringen fungerer som en kompetent henvisningsinstans for andre instanser innenfor det psykiske helsearbeidet. Det blir ikke, som i eksempelet med servicesranken, de ansatte i det ambulerende teamet som må vurdere og ta stilling til hver enkelt bruker. Det skjer i bestillerenheten.

I denne kommunen var det også etablert en koordineringsenhet som ble koblet inn for brukere med sammensatte problemer som har behov for tjenester fra flere instanser i kommunen. Som det vil bli vist til i kapittel åtte har denne enheten ansvaret både for å organisere, og drive arbeidet med ansvarsgrupper og individuelle planer i denne kommunen. Fordi nettopp ansvaret for disse spørsmålene var løftet ut av arbeidet til det ambulerende teamet, anså de intervjuede i denne kommunen at dette var både en effektiv og brukervennlig organisasjonsform.

Begge enhetene, for bestilling og koordinering, inngår i bildet som dannes av at arbeidet i denne kommunen er syklisk organisert rundt brukeres behov. Det er ikke en profesjonell eller administrativ logikk som bestemmer når og hvordan andre yrkesgruppers tjenester skal involveres i arbeidet rundt brukeren. Arbeidet organiseres i større grad enn i andre kommuner på en slik måte at brukere lettere kan artikulere sine behov til flere yrkesgrupper. Det blir ikke opp til de psykiatriske sykepleierne å selv legge til rette for at, og i ettertid bedømme om, brukerinvolvering i utformingen av tjenesten kan foregå. Slik involvering sikres gjennom å foreta organisatoriske grep i tjenesteapparatet.

3.7 Organisering og arbeidsdeling

Innenfor den kommunale tjenesteytingen kan det forventes at både økonomiske og organisatoriske rammer fungerer disiplinerende for den enkelte tjenesteyter som utformer sine arbeidsoppgaver innenfor de fastlagte rammene. Rammene vil legge betingelser for hvordan de ansatte i det psykiske helsearbeidet kan planlegge og gjennomføre oppgaver som utredning og vurdering av behandlingsbehov, oppfølging av pasienter og deres medikamentbruk, samt etablering og drift av diverse tiltak, det inkluderer involvering av brukere og iverksetting av tiltak som individuell plan. Reorganisering kan føre til en form for konservering i organisasjonen fordi usikre rammer fører til at inkorporering av nye redskaper i de profesjonelles arbeidshverdag blir problematisk.

Alle reorganiseringene har til felles at møtet mellom de profesjonelle og det kommunale byråkratiet endres fordi det kommunale hierarkiet endres eller bygges ned. I de tilfellene

der det bygges ned, legges mer ansvar på de utøvende organer og tjenester, og vi så at den faglige ledelsen av psykisk helsearbeid i en del tilfeller fikk mer usikre vilkår eller ble bygget ned. Det ble vanskelig for organisasjonen rundt det psykiske helsearbeidet å utgjøre et rammeverk som sikret den faglige virksomheten, altså det direkte pasientarbeidet. Enheter og instanser må i større grad kjempe om ressurser, de må bruke mer tid og krefter på samarbeid og koordinering, og planlegging og gjennomføring av tjenester og tiltak kan bli vanskelig, fordi de økonomiske og organisatoriske rammene er usikre.

Reorganisering aksentuerer ledelsesproblematikken og som vi ser ble den aksentuert på ulike måter. Felles ser det ut til å være at ledelse oppfattes som problematisk og som ikke å være faglig tilstrekkelig av dem som skal ledes, altså av medarbeiderne i det kommunale psykiske helsearbeidet. I en modell med resultatenheter, der psykisk helsearbeid altså er egen enhet, kan enheten kommunisere direkte med rådmannsnivået, men må samtidig inngå i mer konkurranse om kommunale myndigheters oppmerksomhet og ressurser fordi det er flere enheter som skal ha oppmerksomhet. Ledelse ble på mange måter synonymt med administrativ ledelse, det vil si den utadrettede oppmerksomheten og kommunikasjonen med kommunenes sentrale nivå ble prioritert. Faglige ledelsesoppgaver ble i denne kommunen delegert til et nivå under enhetsleder. I en modell med egen tjeneste innenfor et større tjenesteområde har psykisk helsearbeid kortere veg til egen leder, men blir avhengig av en leder som har flere ansvarsområder som vedkommende skal prioritere mellom. Også her må ulike tjenester inngå i konkurranse om ledelsens oppmerksomhet, og medarbeiderne i psykisk helsearbeid mente selv deres område ble usynlig. Når psykisk helsearbeid er egen tjeneste er det faglig ledelse i selve tjenesten, men på nivået over kan det være en ledelse som blir oppfattet som ikke å være faglig. I alle fire kommunene i dette materialet er det tilfellet. Forutsetningen for at den nødvendige faglige tilpasningen av nye krav til gode handlingsalternativer som kan integreres i eksisterende arbeidsoppgaver er likevel tilstede, som det også er når psykisk helsearbeid er egen enhet. I kommunen der psykisk helsearbeid lå direkte til rådmannen i stab kan det se ut som om ledelse ble utført ad hoc ved behov. Også i denne kommunen må medarbeidere argumentere for å synliggjøre eget ansvarsområde, og tilpasning av nye krav i det psykiske helsearbeidet ble overlatt den enkelte yrkesutøver. I den siste kommunen, som har integrert modell, blir psykisk helsearbeid ledet av lederen for pleie- og omsorgsenheten. Fordi dette er en liten kommune med oversiktlig saksgang og kort avstand fra medarbeider til rådmann ble dette ikke opplevd som videre problematisk.

Når den faglige ledelsen bygges ned, overlates altså mer ansvar til den enkelte ansatte. Dette kan være uproblematisk fordi profesjonelle har sterke faglige normer som styrer dem i deres arbeid. Særtrekket i dette bildet er at den faglige ledelsen utfordres av en økonomisk og administrativ logikk som bringer inn prinsipper for arbeidet som bryter med den faglige fortolkningen de profesjonelle er bærere av. De subjektive kjennetegnene ved arbeidsoppgaver er de kjennetegnene som styres av faglige normer profesjonelle medarbeidere tilegner seg gjennom utdanning, men som får sin endelige form innenfor en bestemt organisatorisk kontekst. Dette er blant annet utredning og vurdering av behandlingsbehov og oppfølging av brukere. De subjektive kjennetegn, eller de profesjonelle medarbeideres utforming av arbeidsoppgavene vil påvirkes av de objektive kjennetegnene som ligger utenfor de profesjonelle medarbeidernes kontroll, det vil si av endringer i tilgjengelige ressurser, muligheter for koordinering og samarbeid og det psykiske helsearbeidets organisering og plassering i det kommunale hierarkiet. Opptrappingsplanen tilsier at den økonomiske rammen for psykisk helsearbeid i kommunene styrkes, men som det ble vist, skjedde ikke det alltid i forventet grad, og i

noen kommuner opplevdes det en faktisk reduksjon i forhold til forventet finansiering av det psykiske helsearbeidet.

Organisering vil altså legge betingelser for hvordan psykiatriske sykepleiere og andre yrkesgrupper i det psykiske helsearbeidet vil kunne legge til rette for å involvere brukere. Å involvere brukere er en arbeidsoppgave det stilles krav om at de skal innarbeide i sin yrkesutøvelse, og som vi har sett fungerer ikke den kommunale organisasjonen nødvendigvis slik at nye arbeidsoppgaver lett kan integreres i det psykiske helsearbeidet. For eksempel vil det i det videre måtte stilles spørsmål om organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene kan legge betingelser som er gunstige slik at enkeltmedarbeidere kan involvere brukere. Kan de for eksempel sette i gang arbeidet med individuelle planer, er det uproblematisk å koordinere på tvers i kommunen, og hvordan fungerer koordineringen i relasjonen mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene? Dette er betingelser som er viktige i spørsmålet om å involvere brukere på en god måte, både individuelt i relasjonen til yrkesutøvere og kollektivt overfor kommunens tjenester innenfor psykisk helsearbeid eller andre tjenesteområder.

4 Brukerne

4.1 Innledning

I dette kapitlet skal det stilles noen spørsmål om hvem brukerne er. Kategoriene om organiserte og individuelle brukere skal utarbeides noe og det vil bli presentert et begrep om konsumentkompetanse. Brukermedvirkning forutsetter på mange måter at brukere har kompetanse som konsumenter, det vil si at de er i stand til å artikulere sine behov og handle ut fra dem. Videre skal det gås inn på hvem brukerne er angående diagnoser, hvor de kommer fra og antallet brukere som er knyttet til ansatte i operative stillinger skal presenteres. Det skal også gås noe nærmere inn på hvordan informantene i operative stillinger tenker om hvilke diagnosegrupper psykisk helsearbeid bør være et tilbud til. Kapitlet karakteriserer kun datamaterialet til denne undersøkelsen.

4.2 Konsumentkunnskap; organiserte og individuelle brukere

Brukere som er organiserte har gått til det skritt å melde seg inn i en organisasjon. Det vil si at de har selv fattet beslutning om å oppfatte seg som brukere, eller pårørende til brukere, av psykisk helsearbeid. Det vil si at statusen som bruker er en status som er valgt, det er fattet en bevisst beslutning om å melde seg inn i en organisasjon ut i fra det behovet en har for tjenester. Som organiserte brukere kan de ha innflytelse på utformingen av politikken gjennom organer som deltar på korporativ basis i kommunene eller på nasjonalt nivå, så som lokale råd for funksjonshemmede, Rådet for psykisk helse og lignende (Helgesen 2003). Kategorien individuelle brukere omfatter alle typer brukere som på en eller annen måte får en individuell tjeneste enten i det kommunale psykiske helsearbeidet eller i spesialisthelsetjenesten. Det er en status som kan omfatte alle typer brukere, så vel meget syke brukere uten sykdomsinnsikt, eller et bevisst forhold til sin lidelse, som sterkere brukere som er i stand til å artikulere egne behov, ønsker og interesser.

Begge disse hovedkategoriene brukere skal involveres på kommunalt nivå, og det kan antas at de organiserte brukerne lettere involveres enn store deler av de ikke-organiserte, eller individuelle brukerne. Felles for dem er at involvering av brukere forutsetter at de har det vi kan kalle konsumentkunnskap. Konsumentkunnskap er dels et begrep som hentes fra beslutningsteorien og teorien om den rasjonelle beslutningstager som sier at rasjonelle beslutningstager har oversikt over alle mulige beslutninger som kan fattes i en gitt situasjon, og konsekvensene av dem (Scott 1992). De færreste, enten de er ansatte eller medlemmer i en organisasjon, eller enkeltindivider, vil ha slik kunnskap. De fleste vil likevel ha tilstrekkelig med kunnskaper slik at de kan foreta informerte valg ut fra kunnskap om egne behov, ønsker og interesser. De må også ha oversikt over hvilke

tjenester som tilbys, og en forestilling om at tilgang til forskjellige tjenester kan være til hjelp og støtte for dem selv. Kunnskapen om egne behov, ønsker og interesser må mange lære, de må også lære om betydningen av tjenester og tilbud innenfor rammene av det psykiske helsearbeidet. Dette er kunnskap brukere kan få i sin samhandling med hverandre, i organisasjonene eller i sin samhandling med de ansatte i det psykiske helsearbeidet som de har kontakt med. Konsumentkunnskap omfatter altså kunnskap om egne behov, ønsker og interesser, samt kunnskap om hva ulike tjenester og tilbud kan bety for en selv.

4.3 Antallet brukere

Hvor mange brukere en ansatt i det kommunale psykiske helsearbeidet er primærkontakt for varierer innenfor en ramme på om lag 20 – 30 brukere. Tabell 5.1 nedenfor, viser hvor mange brukere de psykiatriske sykepleierne som er intervjuet i denne casestudien har oppgitt at de er primærkontakter for.

Tabell 4.1 *Antallet brukere per ansatt i operativ tjeneste i casekommunene*

| Kommune | Innb. | Antall intervjuede sykepleiere i operativ tjeneste | Antall brukere per ansatt |
|---------|--------|--|--|
| A | 235450 | 2 | 30, 30 |
| B | 21884 | 1 | 25 |
| C | 22967 | 1 | 15 (60% operativ stilling) |
| D | 14918 | 2 + sosionom i operativ tjeneste | 14 (50% operativ stilling), 50 (100% operativ stilling) + 30 |
| E | 3923 | 2 | 30, 25-30 |
| F | 3136 | 2 | 20 (100% stilling, lange avstander), 10-12 (50% operativ stilling) |
| G | 2318 | 1 | 25 |

En full stilling innebærer å være primærkontakt for om lag 30 brukere. Da varierer det hvor ofte det er kontakt og hva kontakten inneholder. Kontakten og møtehyppigheten avpasses etter behov. For noen brukere er det kontakt så hyppig som tre ganger i uken, mens det for andre kan dreie seg om en gang hver 14. dag. Noen brukere kan melde seg ut av kontakten i lange perioder fordi de føler seg friske, og kan komme tilbake, også det etter eget behov.

4.4 Hvem er brukerne av psykisk helsearbeid i kommunene

De intervjuede sykepleierne påpekte at hvem som var brukerne av psykisk helsearbeid hadde endret seg mye i løpet av de siste årene. Det hadde gått fra ”gråtedamer” den gang psykiatriske sykepleiere var en ressurs i hjemmetjenesten, til schizofreni, selvskading, tunge psykoser, manisk depressive, angst og fobier og doble diagnoser med rus og

psykiatri, under Opptappingsplanen. De intervjuede i kommunene viser også til at de har hele spekteret av brukere. Det har de også i de små kommunene, men i mindre målestokk enn de store kommunene.

Det var ikke noe problem å få brukere. Brukerne i kommunen omfatter alle typer problemer, fra de helt vanlige til kronisk schizofrene. Det er også noen som kommer direkte til meg, ikke mange (19.02.04 nr. 1).

Brukere jeg har kontakt med er fra dem med lettere lidelser til tunge psykoser, schizofreni, manisk depressive, angst og fobier. Vi har hele spekteret (20.10.03).

Det kommer få nye brukere inn i systemet. De vanligste diagnosene er angst og depresjoner. Gjerne i kombinasjon. Det er lite tunge diagnoser, men antallet manisk depressive har steget noe. Det er litt rus/psykiatri-problematikk. Selvskading ser jeg ikke så mye til, det forekommer mest hos unge og jeg arbeider i voksenpsykiatrien(04.02.04).

Diagnosene har endret seg etter Opptappingsplanen, det er flere av de tyngre brukerne som kommer til kommunene nå enn det var før. Det leder til at det må prioriteres mellom brukere.

Men det er en del prioriteringer som skal gjøres. Det er en del oppgaver det er for liten tid til. For eksempel kunne jeg godt tenke meg og hatt mer tid til dem på sykehjemmet som har psykiske plager. Her er det jo både HVPU-brukere i et eget bokollektiv og det er eldre. I begge disse gruppene er det en del ensomme mennesker. Jeg kunne godt tenke meg å bruke en del tid på de milde lidelsene, og til å drive en del brannslukking” (04.02.04).

Vi har ingen kvalitetssikring av tjenesten som fungerer slik at andre bestemmer hvem jeg tar inn som brukere, jeg styrer meg selv”(19.02.04. nr. 1).

Jeg arbeider i forhold til en prioritering: Yngre med alvorlige sinnslidelser, eldre i samme kategori, angst og depresjoner, personlighetsforstyrrelser. I den rekkefølgen og det brukes bevisst (20.10.03).

I enheten er det utarbeidet en liste som prioriterer den psykiatriske problematikken. Det medvirker til å holde noen grenser rundt psykiatrien. Vi kan ikke ha porten på vidt gap, vi kan ikke ta inn alle typer brukere (27.10.03 nr. 2).

Prosessene det refereres til i disse sitatene er svært forskjellige. I de tre første vises det til at den enkelte yrkesutøver etablerer et sett av tommefingerregler for hvordan det skal prioriteres mellom brukere som kommer til enheten for psykisk helsearbeid. I det siste vises det til at prioriteringen er omforent, hvordan det prioriteres mellom brukere er noe det er enighet om mellom yrkesutøverne i enheten. Felles er det at det faktisk må foretas prioriteringer mellom ulike diagnosegrupper. Det tyder på at det er et høyt press i det kommunale psykiske helsearbeidet.

Det ble vist til at økningen i antallet og alvorlighetsgraden av diagnosene ble oppfattet som alarmerende. Det medførte at sykepleiere i det psykiske helsearbeidet, og andre ansatte, stilte seg spørsmålet om hvor disse menneskene var før det psykiske helsearbeidet hadde fått en organisasjon med kapasitet nok til å ta i mot dem.

Målgruppen har endret seg mye og pasientene er mye dårligere nå. Det er mange svært dramatiske sykehistorier. Det er trist og skremmende. Jeg stiller meg spørsmålet om hvor de kommer fra. Nå ser vi dem, nå er de her....(28.20.03).

Brukerne av psykisk helsearbeid i kommunene blir altså oppfattet som å være de sykeste. Dette legger betingelser for organiseringen av arbeidet og spesielt for den arbeidsdelingen som er etablert mellom enheter for psykisk helsearbeid og dagsentra i de kommunene som hadde det. Dagsentrene ble tatt i bruk både for å kunne ha breddetiltak, samt for å organisere spesialtiltak for grupper av brukere. Å få tjenester fra kommunenes psykiske helsearbeid ble også betraktet som en spesialisttjeneste, mens det å bare ha kontakt med fastlegen om psykiske problemer ble betraktet som et breddetiltak. Psykiatriske sykepleiere mener også at fastlegen har kontakt med mange brukere som det psykiske helsearbeidet i kommunene ikke vil komme i kontakt med. Dette ble bekreftet av de legene som er intervjuet.

Hvor kommer brukere fra

Brukere som blir henvist til psykisk helsearbeid i kommunene kommer enten fra fastlegen eller fra spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne viser til at det er sjelden at brukere selv tar initiativet og oppsøker enheten psykisk helsearbeid eller representanter derfra, men i alle kommunene hadde det hendt. Slike brukere ble som regel bedt om å oppsøke fastlegen slik at det psykiske helsearbeidet kunne få en henvisning, eller en bestilling, derfra. I kommuner som har samarbeid med hjemmesykepleien opplyste sykepleiere at det kom noen henvisninger, eller oppfordringer om å besøke noen brukere derfra. Det ble opplyst at det gjorde psykisk helsearbeid alltid, men det var sjelden det dreide seg om så alvorlige ting at de ble faste brukere av tjenester fra det psykiske helsearbeidet. Det var "gråtedamene" som led av generell aldersdepresjon, og det blir oppfattet som at slike hadde systemet ikke lenger kapasitet til:

Et eksempel på hvem som ikke tas inn som bruker er den damen som ble deprimert etter at mannen døde (19.02.04 nr. 1).

Ting som ensomhet og tristesse i livet kan ikke komme inn under den kommunale psykiatritjenesten, de som har slike lidelser må skaffe seg hjelp selv (28.10.03)

Et problem er at vi i større og større grad blir kontaktet om eldre enslige som er på veg inn i sin livskveld. De mister pårørende og venner, de taper funksjoner, blir ensomme fordi de ikke er mobile. Vi får henvendelser fra pårørende og fra hjemmetjenesten som ber om vurderingsbesøk. Men vi gjør lite med slikt, vi må bruke vår kompetanse annerledes. Da er det ikke mye igjen til eldre(20.10.03).

Brukere som ansatte i det psykiske helsearbeidet forholder seg til kommer som regel fra:

....fastlegen, fra andrelinjen som er poliklinikken eller sykehuset (27.10.03 sosionom).

Som det ble vist i kapittel tre er det ønskelig for de ansatte i det psykiske helsearbeidet at det er etablert en form for henvisningsinstans fordi det gjør bestillingene til dem mer konkret og reduserer det innledende arbeidet som de må gjøre for å bestemme hvilke tjenester og tilbud brukere skal få tilgang til.

Kommunene har innført ordninger med at det skal fattes vedtak om at det gis psykisk helsetjenester til brukerne, og at vedtakene skal revideres etter en viss periode. Hvor lang

perioden er, varierer mellom kommuner. En kommune pekte på at alle vedtak ble revidert med ett års mellomrom, mens andre pekte på at vedtakene hadde individuell varighet, og at de kunne revideres både oftere og sjeldnere enn med ett års mellomrom. En kommune viste til at de hadde hatt tilsyn fra fylkeslegen og var bedt om å skjerpe sine vedtaksrutiner, samt ha mer skriftlighet i saksbehandlingen. Vedtak og skriftlighet sikrer at det er noen prosedyrer omkring de beslutningene som fattes, at de blir kontrollerbare og etterprøvbare. Sykepleiere i de små kommunene pekte på at vedtak og skriftlighet, som involverer flere typer kommunale enheter i behandlingen, var vanskelig fordi brukerne ville holde det hemmelig at de fikk tjenester fra det psykiske helsearbeidet. Det var bare den psykiatriske sykepleieren som skulle ha kunnskap om det.

4.5 Oppsummering

Brukere av tjenestene i det psykiske helsearbeidet er de sykeste, og de henvises i all hovedsak fra fastlegen eller spesialisthelsetjenesten. I alle kommuner er det brukere med hele spekteret av diagnoser, også i de små kommunene. De operativt ansatte i det psykiske helsearbeidet er vanligvis primærkontakt for mellom 25 og 30 brukere, og de føler seg nødt til å prioritere mellom kategorier av brukere. I noen kommuner er beslutningene om hvordan prioritering skal foregå omforente, i andre er det de operativt ansatte som selv prioriterer mellom brukere. Det er oppfatningen blant de intervjuede psykiatriske sykepleierne at opptrappingsplanen har medført en markant vekst i antallet brukere på kommunalt nivå.

5 Organisert involvering

5.1 Innledning

Opptrappingsplanens mål for organisert involvering er at bruker- og pårørendeorganisasjoner skal gis økte muligheter til å organisere brukervedvirkning, etablere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet (St.m. nr. 25 1996-97:32). En slik målsetting baserer seg på det Olsen (1990) kaller intensitetsprinsippet: De gruppene som er ekstra berørt av en beslutning skal har rett til å uttale seg. I praksis betyr det ofte at berørte parter høres i spørsmål som angår dem. Det er mange virkemidler å ta i bruk for å sikre denne typen involvering av berørte parter. For det første kan kommunene gi organisasjonene økonomisk støtte, som det er rom for innenfor de midlene hver kommune får under opptrappingsplanen. For det andre kan organisasjonene på feltet inviteres til å delta i utarbeidelsen av kommunenes planer for psykisk helsearbeid. For det tredje kan kommunene etablere brukerråd, eller kommunale råd for funksjonshemmede. Av andre virkemidler det er mulig å benytte seg av kan nevnes: etablering av styrer for tjenesteproduserende enheter der brukere deltar, det kan etableres ekspertpaneler i tilknytning til tjenester og tjenestoområder, eller paneler av brukere som inviteres til å uttale seg regelmessig eller i spesielle saker, og det kan etableres kontaktutvalg med frivillige organisasjoner.

5.2 Antall kommuner med lokallag av organisasjoner på feltet

I SINTEF/NIBRs undersøkelse er det stilt spørsmål om kommunene har lokallag av Landsforeningen for pårørende og Mental Helse. Disse organisasjonene er valgt ut fordi de er de største av brukeres organisasjoner på feltet.

Tabell 5.1 *Oversikt over kommuner som har lokale lag av Mental Helse eller Landsforeningen for pårørende i psykiatrien*

| Lokallag | Har | Har ikke | Prosent | N |
|---|------|----------|---------|-----|
| Lokallag av Landsforeningen for pårørende | 18 % | 82 % | 100 | 267 |
| Lokallag av Mental Helse | 52 % | 48 % | 100 | 272 |

Tabell 1 forteller oss at 18 % har etablert et lokalt lag knyttet til Landsforeningen for pårørende, mens litt over halvparten (52 %) av alle kommunene har lokallag av Mental

Helse. Det er altså nesten halvparten av norske kommuner som ikke har slike organisasjoner.

Av de syv kommunene som inngår i casestudien er det kun fire som har frivillige organisasjoner på feltet. Det dreier seg i alle tilfellene om Mental Helse og det er i de største kommunene organisasjonene er etablert. I de små kommunene rapporteres det at det har vært gjort forsøk på å etablere lokallag, spesielt av Mental Helse, men at det ikke lykkes. Årsakene rapporteres å være at miljøene blir for små i for små og gjennomsluktige kommuner. De aktive medlemmene er få, de blir ofte svært synlige og det kan resultere i at det blir problematisk å opprettholde kontinuitet i organisasjonsarbeidet. Det ble også rapportert at ansatte i det psykiske helsearbeidet i et par tilfeller fungerte som hovedpådrivere, men likevel uten at det var mulig å opprettholde aktivitet i organisasjonene (19.02.04, nr. 2, 05.02.04, 30.03.04).

5.3 Organisert involvering i kommunale prosesser

Organisert involvering av brukere blir vanskelig hvis kommunen ikke har organisasjoner på feltet. Det er likevel mulig for kommunene å yte økonomisk støtte som kommer brukere til gode.

Tabell 5.2 *Andel kommuner som yter økonomisk eller annen støtte til sivil sektor*

| Økonomisk eller annen kommunal støtte | Prosent | N |
|---------------------------------------|---------|-----|
| Nei | 30 | 76 |
| Ja | 70 | 181 |
| Alle | 100 | 257 |

70 % av de 257 kommunene som har svart på dette spørsmålet oppgir at de yter en eller annen form for økonomisk eller annen støtte (samarbeid) til bruker- eller interesseorganisasjoner og/eller frivillige organisasjoner innenfor feltet psykisk helse. Det utgjør likevel ikke mer enn 181 kommuner, og det tyder på at kommuner uten organisasjon på feltet ikke yter økonomisk støtte til frivillig arbeid innenfor psykisk helsearbeid. I tabell 6.3 er likevel tallene spesifisert noe.

Tabell 5.3 *Antall kommuner som samarbeider med sivil sektor etter type organisasjon og type tiltak i 2001. Prosent*

| Kommunalt samarbeid med sivil sektor: | Dagsenter | Arbeid/ Aktivitet | Kultur/ Fritid | Annet |
|---|-----------|----------------------|-------------------|---------|
| Mental helse | 12 (34) | 10 (28) | 12 (33) | 12 (32) |
| Landsforeningen for pårørende | 1,1 (3) | 1,4 (4) | 0,7 (2) | 4(10) |
| Andre bruker og pårørende organisasjoner | 4 (12) | 2 (5) | 3 (9) | 4 (11) |
| (Andre) Frivillige organisasjoner, lokale lag og foreninger | 3 (9) | 5 (13) | 12(32) | 3 (8) |
| N 279 | | | | |

Tabellen viser at samarbeid mellom kommunene og organisasjonene er lite utbredt, og at av det forholdsvis lille samarbeidet som foregår, er det Mental Helse som samarbeider

mest. Andelen kommuner som samarbeider med en organisasjon om et tiltak overstiger ikke 12 %, og tiltakene det samarbeides om er dagsenter, arbeid eller annen aktivitet, kultur eller fritidsaktiviteter, eller annet. Disse tallene favner trolig også tilbud til barn og unge.

Tabell 5.4 *Antall kommuner med brukerråd, og råd for funksjonshemmede. Prosent*

| | Har | Har ikke | Prosent | N |
|--------------------------------|------------|----------|---------|-----|
| Brukerråd * | 18 (44) | 82 (205) | 100 | 249 |
| Råd for ** funksjonshemmede | 59,3 (197) | | | 332 |

*) Tall fra SINTEF/NIBRs undersøkelse 2003

***) Tall fra NIBRs organisasjonsdatabase 2004

Spørsmålet om brukerråd går direkte på om slike råd er etablert i tilknytning til psykisk helsearbeid. I de 18 % (dvs. 44 av 279 kommuner) som har etablert slikt råd, eller tilsvarende der brukere med psykiske sykdommer kan bli representert, dreier dette rådet sitt arbeid seg altså om psykisk helsearbeid. I de 197 kommunene, altså nesten halvparten av alle norske kommuner, som har kommunale råd for funksjonshemmede, blir arbeidet lagt opp bredere og det er funksjonshemmede generelt som er representert. Tallene fra organisasjonsdatabasen viser at antallet kommuner med råd har økt noe siden 1999, da det var 44 % av kommunene som oppga at de hadde etablert slikt råd (Hanssen og Stokke 2000). Ingen av casekommunene har brukerråd, en av dem har et helt nyopprettet kommunalt råd for funksjonshemmede. Kommunale råd for funksjonshemmede skal integreres i den kommunale virksomheten og organisasjonene er derfor avhengig av at kommunene ser behovet. I den aktuelle kommunen i materialet tok kommunen både initiativet, sørget for saksbehandlingen og at etableringen av rådet ble vedtatt (08.10.03). Slike råd ser i stor grad ut til å beskjefte seg med spørsmål om tilgjengelighet i følge plan- og bygningsloven, som er viktig, men som ikke omfatter helse- og sosialpolitiske spørsmål, samt utvikling av tiltak. Der det ikke legges spesielt til rette for det gjennom prosjekter eller lignende, opplever slike råd til dels også at de kommer sent inn i de kommunale beslutningsprosessene. Supperåd er en betegnelse som er tatt i bruk av rådet i Oslo for å beskrive egen rolle vis a vis de kommunale myndighetene. Dette omfattet rådets ønsker om å uttale seg i spørsmålet om Oslo kommunes handlingsplan for psykiatri (NOU 2001:22, Laagendalsposten 07.07.04, Aftenposten 20.09.04).

NIBRs organisasjonsdatabase viser videre at det er 215 kommuner som har etablert et kontaktutvalg med frivillige organisasjoner, 16 kommuner har etablert faste borger/brukerpaneler som konsulteres regelmessig i saker, 13 kommuner har etablert ekspertpaneler, mens 55 har gjennomført generelle tiltak for å styrke innbyggernes lokalpolitiske deltakelse. Det er etablert driftsstyrer i bo- og behandlingstilbud for eldre og funksjonshemmede i 33 norske kommuner. Langt de fleste kommunene som etablerer slike styrer gir dem likevel ikke beslutningsmyndighet verken over budsjett, personalsaker, spørsmål om tjenestekvalitet eller prioritering av tjenester. Det gjelder også for skoler og barnehager, som er de to andre områdene kommunene har etablert driftsstyrer på (Hovik og Stigen 2004).

5.4 Oppsummering

Det etableres altså flere og flere måter brukere kan involveres ut fra at de er medlemmer i organisasjoner eller registrert som brukere av en tjeneste i kommunene. Slike deltakelsesformer krever mye tilrettelegging fra kommunens side og trolig er det ikke etablert muligheter for organisert deltakelse i mer enn om lag halvparten av norske kommuner. Deltakelsen er da i overveiende grad organisert som kommunale Råd for funksjonshemmede der medlemmer i organisasjoner på dette feltet kan delta på lik linje med medlemmer i andre brukerorganisasjoner. Det vil trolig innebære at de små kommunene ikke tilbyr brukere de samme mulighetene til å delta som større kommuner fordi små kommuner sjeldnere har organisasjoner på feltet enn de store. Det kan medføre at denne brukergruppen ikke får sitt syn representert i pågående prosesser fordi det ikke er en enhet i kommunene som kan skrive høringsnotater eller levere representanter til råd og utvalg fra denne brukergruppen. I intervjumaterialet pekes det på at spørsmålet om representasjon og høring likevel kan la seg løse ved at psykiatriske sykepleiere henvender seg direkte til brukere de mener kan fungere i slike sammenhenger, eller som de tror kan ønske å gi innspill i pågående prosesser. De inviterer enten brukere inn i råd og utvalg, eller de samtaler med brukere om aktuelle spørsmål for siden selv å fungere som brukers kanal inn i beslutningssituasjonen. Her støter imidlertid kommunene fortsatt mot det samme problemet som Mental Helses veileder for brukermedvirkning fra 2002 peker på; det finnes ikke formelle retningslinjer med hensyn på hvor og hvordan kommunene skal henvende seg for å "finne" brukerrepresentanter. Det blir overlatt den enkelte yrkesutøvers skjønn.

6 Ikke-organisert brukermedvirkning; medisinere

6.1 Innledning

Brukers involvering og hvordan det kan la seg gjøre i medisinsk behandling har forholdsvis nylig vært et tema i den medisinske debatten. Spørsmål som kommer opp til avklaring er hvordan pasientenes preferanser kan inkluderes i beslutningsmodellene, og hvordan beslutningsmodellene evner å ta opp i seg den aktive pasienten som blir medisinerens partner, og dermed aktiv leverandør av informasjon og hypoteser om hva egen lidelse kan dreie seg om, ikke bare mottaker av medisinerens beslutninger. Det dreier seg også om hvordan medisinske beslutningsmodeller håndterer usikkerhet; det å ikke vite hva utfallet av en behandling kan bli, og hvordan, eventuelt om, de kliniske modellene kan utformes for også å omfatte denne usikkerheten (Rørtveit og Strand 2001, Norheim og Hunskår 2001, Hjortdahl og Ihlen 2001). I Abbotts terminologi tar spørsmålene opp hvordan sammenhengene mellom diagnose og behandling skal tolkes, og hvilke intervensjoner medisineren kan gjøre. Avsnittet presenterer noen intervensjoner leger gjør overfor psykisk syke, samt noen av de betingelser de tre legene som her er intervjuet selv mener er viktige for det arbeidet de kan gjøre for denne brukergruppen.

6.2 Subjektive kjennetegn ved arbeidsoppgavene

Medisinen er den yrkesgruppen som ofte er den første som kommer i kontakt med brukere som har psykiatriske plager og sykdommer. På dette nivået er kontakten som oftest brukerinitiert, det er brukerne som opplever at de har behov for hjelp og som tar kontakt med sin lege. Men kontakten kan også etableres av pårørende eller av andre enheter i kommunen. Redskapet medisinen tar i bruk er den diagnostiske samtalen og de er avhengig av å kunne inngå i dialog med sine pasienter. Erfaringene til de intervjuede legene er at brukere som kontakter dem gjerne selv er eksplisitt på at de trenger hjelp som er av psykiatrisk karakter. I den grad brukere ikke er i stand til å selv å artikulere at de er i behov av slik hjelp, er det legens kunnskap og erfaring som er avgjørende for om behovet for hjelp avdekkes. Legene mener de utvikler en god fornemmelse for sine pasienter, og de tar også på eget initiativ opp spørsmålet om psykiske plager med sine brukere. De intervjuede legene mente at behovene for behandling for psykiske lidelser avdekkes i langt de fleste tilfeller. Viktige egenskaper ved leger ble ansett å være kjennskap til lokalsamfunnet, kjennskap til brukere over lang tid, samt kombinasjonen av de to: Muligheten til å se brukere i sammenheng med deres lokalmiljø (05.02.04, 19.02.04, 30.03.04).

Mange av brukerne har kun kontakt med sin lege. Legen kan inngå i samtaler med brukere, det gis medikamenter, samt at bruk av medikamentene følges opp. En lege bruker begrepet kognitiv terapi om deler av de oppgavene vedkommende har mulighet til å bidra med, og sier videre at voksenpsykiatrien i kommunen stort sett dreier seg om depresjoner. I den grad samtaler og kontroll av medikamentbruk oppfattes som tilstrekkelig for at brukere skal ha et godt liv, blir brukere ikke vist videre, verken til helseforetak eller andre enheter i kommunen. Slike beslutninger fattes, så langt råd er, i samråd med brukerne og oppfattes i de fleste tilfeller som å være helt i tråd med brukeres preferanser (05.02.04, 19.02.04). Det hender likevel at brukeres preferanser ikke er i samsvar med legens forståelse og anbefalinger for det videre handlingsforløpet etter en henvendelse. Slike situasjoner oppfattes av legene som vanskelige å takle. Legen har få redskaper å ta i bruk for å endre brukeres oppfatning slik at brukere oppnår en forståelse for lidelsen, og to av legene påpeker at det har oppstått "situasjoner" i deres kommuner som resultat av at brukere har vært uenige med legen. Legene viser også til at situasjoner har oppstått av motsatte årsaker: Brukeren har henvendt seg til legen som ikke har forstått, eller ikke har ønsket å forstå, at det her dreide seg om tilfeller av psykiatri. Legene understreker at manglende kontinuitet i legedekningen er den viktigste årsaken til at slike situasjoner oppstår (05.02.04, 30.03.04).

Lett psykiatri er terminologien en av legene bruker, og lett psykiatri møter en hver dag (19.02.04). Det påpekes likevel at det kan være problematisk å definere hva det er mulig for legen å behandle selv, og hva som må vises videre i systemet. Legen må selv definere en grense for hva vedkommende som lege i kommunen kan takle.

6.3 Objektive kjennetegn ved arbeidsoppgavene

Det er legene som har ansvaret for alle henvisninger som skal gjøres fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. De intervjuede legene tilhører to ulike helseregioner og uttrykker en samstemmig oppfatning om at kapasiteten i foretakene i regionen de tilhører er for liten. Det som etterspørres er sengeplasser både for alvorlige og de mindre alvorlige psykiske lidelsene.

Mulighetene for å henvise til spesialisthelsetjenesten og til andre enheter i kommunen er en ressurs i legens arbeid, og henvisning til spesialisthelsetjenesten er en ressurs også for det bredere kommunale psykiske helsearbeidet. Alle legene som er intervjuet har erfaring for at henvisninger ikke tas alvorlig av DPS og BUP. Brukerne settes kun på venteliste eller hentes inn til utredning, uten siden å få ytterligere hjelp. Dette kan også skje på tross av at kommunene deltar i foretaksinitierte prosjekter om tidlig intervensjon ved psykisk sykdom. Legene i kommunene har også gjort seg den erfaring at brukere som tvangsinnlegges kommer tilbake til kommunen for tidlig, og ofte uten at noen instanser i kommunen får de nødvendige opplysninger om brukerne. Det er også flere, ikke bare leger, som har erfaring for at de får ansvar for brukere som har vært i enheter i spesialisthelsetjenesten, uten at de får noe informasjon om hvordan videre behandling etc. bør gjennomføres.

"Andrelinjen glemmer at saken startet her, og at det bør gis en tilbakemelding"
(05.02.03).

Epikrise oversendes ikke kommunene og det oppleves som et alvorlig problem (05.02.04, 19.02.04, 30.03.04). Erfaringene legene i kommunene gjorde er at manglende epikriser også angår brukere som opptrer truende mot omgivelsene. I kommune E ble det påpekt at

slike feil fra DPS og sykehus, samt privatpraktiserende psykologer og psykiatere var vanlig, det hørte til unntaket at epikrise faktisk ble oversendt kommunen. Problemet var også tatt opp under fylkeslegens tilsyn med institusjonene, uten at merkbare endringer hadde funnet sted. Kommunen brukte forholdsvis store ressurser på å hente inn epikrisene for sine brukere, og hadde utviklet et eget standardisert purrebrev som ble sendt i kopi til fylkeslegen. Legenes kommunikasjon med instanser og enheter i spesialisthelsetjenesten framstår altså som meget dårlig. En av de intervjuede legene påpeker at slik har det alltid vært; de psykiatriske sykehusene kommuniserer ikke. Det var et håp i kommunen om at sykehusenes foretakisering skulle få de psykiatriske sykehusene opp på nivå med de somatiske, det hadde enda ikke skjedd. Det som imidlertid så ut til å skje var at kommunikasjonen med sykehusene angående brukere med rusproblematikk ble like dårlig som kommunikasjonen angående psykiatrisk problematikk (30.03.04).

Legene gjør også henvisninger til andre enheter i kommunen. Slike henvisninger gjøres dels på brukeres eget initiativ, og dels på legens eller andre yrkesgruppers initiativ. Brukernes preferanser tas hensyn til i disse tilfellene så langt det er mulig.

Deltakelse i ansvarsgrupper og arbeidet med individuelle planer er også oppgaver som legene skal ha i det psykiske helsearbeidet. Slike arbeidsoppgaver kan legges inn i både fastlegens og kommunelegens administrasjonstid. Alle legene som er intervjuet påpeker at de er medlemmer i ansvarsgrupper for pasienter de er fastlege for, men at det er vanskelig å finne tid til faktisk å delta i møtene. Inntrykket som gis er at legene prioriterer bort ansvarsgruppemøtene. I kommune G påpekte legen at vedkommende arbeidet med individuelle planer. Arbeidet med slike planer var likevel ikke kommet langt i denne kommunen, og i de to andre kommunene der leger er intervjuet, ble legens deltakelse i dette arbeidet ikke ansett som viktig. Individuelle planer ble heller ikke sett som en løsning på problemet med kommunikasjon mellom de ulike enhetene og instansene i det psykiske helsearbeidet, men som en mer eller mindre praktisk orientert plan til orientering for brukeren.

Generelt mente legene likevel at samarbeidet og kommunikasjonen med andre ansatte i kommunen om brukerne i det psykiske helsearbeidet gikk bra.

Kommandoveiene er greie og klare”. ”Vi kjenner hverandre, det er enkelt å ta en telefon (05.02.04).

Dette ble sagt for å framheve fordelene med å være lege i en liten kommune, men det ble samtidig påpekt at ressursene den lille kommunen hadde mulighet til å stille til rådighet, var for små. Kommunen hadde lenge vært i en situasjon der én bruker hadde lagt beslag på store deler av tilgjengelige ressurser.

6.4 Oppsummering

Som oppsummering av dette avsnittet er det mulig å si at den erfaringsbaserte, eller den tause kunnskapen, er viktig for legens muligheter til å avdekke om deres brukere har psykiske plager og lidelser. Leger har pasienter med psykiske plager som ikke henvises videre i systemet, samt at det er delvis opp til legen selv å fatte beslutning om hvor grensen går for hvilke brukere som vedkommende kan behandle selv og hvilke som henvises videre. Samtidig må denne grensen trekkes avhengig av de ressursene som er tilstede i systemet, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. De tilgjengelige ressursene blir dermed en bestemmende faktor for hvilke tjenester og tiltak brukere kan nyte godt av og for hvordan en lege kan inkludere brukernes preferanser i sine

beslutninger, og den virker sammen med den bias legens personlige interesser etablerer, samt med den erfaring og kunnskap en lege har på feltet.

En tredje faktor som er viktig for brukermedvirkning i relasjonen med legen, men også med andre yrkesgrupper i det psykisk helsearbeidet er kommunikasjonen med instanser og enheter i spesialisthelsetjenesten som bedømmes som dårlig.

7 Ikke-organisert brukerinvolvering; psykiatriske sykepleiere

7.1 Innledning

Kapittel tre viste at den kommunale organiseringen av psykisk helsearbeid legger ulike betingelser for medarbeidere avhengig av kommune. Hvor i det kommunale hierarkiet psykisk helsearbeid er plassert, hvordan det er organisert og hvordan arbeidsdelingen mellom psykisk helsearbeid og andre etater eller kommunale enheter og virksomheter er organisert vil ha betydning for hvordan det kan legges til rette for at profesjonelle medarbeidere kan utforme sine arbeidsoppgaver og dermed for hvordan brukere kan involveres. Hvis psykisk helsearbeid ligger langt ned i organisasjonen kan det tenkes at det må drives mye interessekamp for å synliggjøre det, og dermed for å få fokus på brukeres behov og hvordan deres situasjon kan endres, for eksempel gjennom å legge til rette for å involvere brukere.

De profesjonelle medarbeiderne det rettes fokus mot i dette kapittelet er psykiatriske sykepleiere. De er fortsatt den viktigste utdanningsgruppen i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Det er intervjuet 16 psykiatriske sykepleiere. Fem av dem er intervjuet qua sin rolle som ledere av enheter eller administratorer, de resterende 11 er intervjuet qua sin rolle som praktikere i en stilling der de utøver yrket psykiatrisk sykepleie. Blant dem er det intervjuet kun en som er så ung at vedkommende har den nye tverrfaglige videreutdanningen. Med i denne gjennomgangen er også et intervju med en sosionom med tverrfaglig videreutdanning som er i operativ tjeneste i det psykiske helsearbeidet i en av kommunene. Det dreier seg altså om 17 intervjuer til sammen med ansatte i psykisk helsearbeid. I denne gjennomgangen er det også brukt intervjuer med administrativt ansatte. I intervjuene ble det lagt vekt på hvordan de ansatte selv la til rette for at brukere kunne involveres, og hvordan det ble lagt til rette for det i kommunene og i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. For å kunne si noe om hvordan yrkesutøvere legger til rette for at brukere kan involveres går det innledningsvis noe inn på noen ulike modeller for psykiatrisk sykepleie.

7.2 Psykiatrisk sykepleie

Alle så nær som to av de intervjuede har altså tittelen psykiatrisk sykepleier. De har to års videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, med sykepleie i bunn. Videreutdanningen i tverrfaglig psykisk helsearbeid, som den siste sykepleieren og sosionomen har, er også toårig. Forskjellene mellom videreutdanningene er at den tverrfaglige retter seg mot flere av de treårige helse- og sosialfaglige grunnutdanningene, mens videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie er eksklusiv for sykepleiere. Den tverrfaglige videreutdanningen

framstår også som generell, og den fokuserer ikke bestemte grupper av psykisk syke i sin undervisning (Ludvigsen og Helgesen 2004). Det finnes mange modeller som kan styre den måten psykiatriske sykepleiere arbeider på. Robberstad (2002) gir en oversikt over teorier og modeller for metodene i psykisk helsearbeid. De er psykososial rehabilitering, sosial ferdighetstrening, nettverksarbeid, kognitive metoder, jeg-styrkende sykepleie, egenomsorgmodellen, kommunikasjonsteori og til sist Hummelvolls sykepleiemodell.⁶

Felles for modellene ser det ut til å være at de skal styrke enkeltpersoners ferdigheter til å ivareta seg selv og andre, og virke til å fremme endringer i miljøet for å skape bedre livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser. Noen går direkte inn i Hummelvolls klassifisering av arbeidsoppgaver, og bør tilhøre alle psykiatriske sykepleieres metode for å tilnærme seg og arbeide med brukerne. Hummelvolls egen modell for psykiatrisk sykepleie er en modell i fire punkter. Den argumenterer for at psykiatrisk sykepleie er:

- En planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem.
- Gjennom samarbeid og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier.
- Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og pasientens talsmann.
- Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (Hummelvoll 1995:39-43).

⁶ Den **psykososiale metoden** fokuserer at brukeres sosiale ferdigheter skal utvikles, forbedres og vedlikeholdes. Robberstad mener at begrepet psykososial rehabilitering kan brukes som en fellesnevner for mye av arbeidet som gjennomføres i det psykiske helsearbeidet i kommunene. **Sosial ferdighetstrening** er en metode først og fremst for egne rehabiliteringsavdelinger, men tas også i bruk i kommunene. Det er en metode som tar sikte på å lære mennesker med alvorlige psykiske lidelser hvordan de skal mestre stress og unngå å syke til. Den skal styrke deres handlingskompetanse og den er konkret ved at den retter seg direkte mot brukernes problemer, og de områdene der brukere trenger hjelp til å bedre sitt funksjonsnivå. Arbeid etter denne metoden er å lage konkrete treningsopplegg som evalueres. Den kan tas i bruk både for grupper og enkeltbrukere. **Nettverksarbeidet** består i å styrke brukeres nettverk og inkluderer familie, venner, nabonettverk, deltakelse i frivillige organisasjoner, og å etablere kontakt med dagsenter etc. Modellen fokuserer altså endringsarbeidet og aktørene i det. **Kognitive metoder** er samtaler der en tar sikte på å at pasienten skal bli fri for sykdomssymptomer. Samarbeidet med brukeren må være tett, de skal i fellesskap forstå sammenhengen mellom brukerens måte å tenke på, følelsesreaksjoner og problematisk atferd. **Jeg styrkende sykepleie** omfatter mange aspekter og foregår i forhold til flere nivåer, avhengig av brukerens situasjon, og kan fungere som en utvidelse av psykoterapien i den kognitive metoden. Det som kan støtte og stimulere en persons samlede ressurser er jeg-styrkende. **Egenomsorg** er å lære brukerne hvordan de tar vare på seg selv, de skal lære å bli selvhjulpne. Dette gjennomføres ved bare å hjelpe folk med det de har bruk for hjelp til. **Kommunikasjonsteori** er generelle teorier om hvordan yrkesutøveren skal kommunisere med sine brukere. Den omfatter teoretisk og handlingskyndig kunnskap, etikk, empati og målorientering, og dette er kunnskap som er brukbar bare i sammenheng med kunnskap om psykiske lidelser. Robberstad er tydelig på at kunnskap om hvordan det er mulig å kommunisere med brukere er en betingelse for at brukere kan involveres (Robberstad 2002:121-9).

Hummelvoll mener denne modellen viser til et humanistisk ideal om at respekt for pasientens integritet og selvbestemmelse ligger til grunn for all psykiatrisk sykepleie. Videre bygger den på omsorg som en etisk drivkraft i arbeidet; den må gis uten at det forventes å få gjenytelser.⁷ Til sist er det mulig å kjenne igjen elementer av empowerment i modellen.⁸ Robberstad (2002) mener at denne modellen for psykiatrisk sykepleie omfatter de modellene hun selv har presentert, og det er klart mulig å kjenne igjen elementer. I Hummelvoll og da Silva (1994) kalles modellen en holistisk/eksistensiell modell for psykiatrisk sykepleie.

I framstillingen av psykiatrisk sykepleie som metode brukes videre ulike begreper. **Sykepleier – bruker alliansen** forutsetter at samarbeid er gjensidig og at sykepleieren slutter seg til samarbeidet. Sykepleieren er en ledsager som både støtter og utfordrer brukeren. **Livsverden** referer til det dagliglivet brukerne lever, og peker på at det er formet av deres tidligere og nåtidige erfaringer. Begrepet skal gjøre det mulig for sykepleierne å fortolke brukernes eksistens. Sykepleieren skal videre være **talsmann** for brukeren, og arbeide for å utvikle et miljø der brukeren kan inngå i et fellesskap, oppleve å få sosial støtte og lære å løse sosiale problemer. Målsettingen er at slike erfaringer skal kunne **transformeres** til et dagligliv utenfor den terapeutiske konteksten (Hummelvoll og da Silva 1994:7-9). Videreutdanningene til de psykiatriske sykepleierne i materialet viser til at de kan arbeide langs flere av linjene disse modellene trekker opp. De bruker også til dels terminologien når de snakker om arbeidsoppgavene sine. Her skal oppmerksomheten rettes mot de subjektive og objektive kjennetegnene ved sykepleiernes arbeidsoppgaver. Det skal gås inn på hvordan sykepleierne selv legger opp arbeidet med sine brukere for å sikre at de involveres, og hvordan det legges til rette i kommune- og spesialisthelsetjeneste for at sykepleiere kan la brukere involveres i utformingen av egne tjenester.

7.3 Subjektive kjennetegn ved arbeidsoppgaver

Subjektive kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres arbeidsoppgaver var, som vist i kapittel tre, utredning og vurdering av behandlingsbehov, oppfølging av pasienter i hjemmet, etablere og drive gruppevirksomhet, systematisk samtalebehandling og oppfølging av medikamentbehandling. Den empiriske gjennomgangen viser at psykiatriske sykepleieres arbeidsoppgaver i stor grad er organisert som å gå på hjemmebesøk til brukere. Hjemmebesøk aksentuerer ansikt til ansikt relasjonen sykepleiere inngår i til brukerne fordi interaksjonen mellom dem foregår i brukeres hjem. I hjemmebesøkene drives det oppfølging av diverse former for behandling, det gis støttesamtaler og det drives oppfølgende trening av forskjellige typer. Det påpekes fra sykepleierne at deler av oppfølgingsoppgavene etter hvert kan gjennomføres fra kontoret. Grunnlaget for alt arbeidet psykiatrisk sykepleier gjør er en norm som står sterkt både i utdanning og etisk regelverk om at arbeidet og tjenestene skal tilpasses den enkelte bruker

⁷ Omsorgsbegrepet er hentet fra Martinsen (1989): Omsorg er en sosial relasjon – det er noe som har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Omsorg omfatter forståelse for andre – en forståelse som vi tilegner oss gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaringer fra, vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Skal omsorg være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon.

⁸ Se Helgesen 2003 for en kort innføring, Askheim 2003 for en bredere innføring i empowerment-perspektivets konsekvenser for yrkesutøvelsen.

(Norsk sykepleieforbund 2001). Intervjuede sykepleiere mener det gjøres både praktiske og terapeutiske tilpasninger til brukeres ønsker og behov.

7.3.1 Oppfølging av brukere

Det er seks av de intervjuede psykiatriske sykepleierne, som er i operativt arbeid, som understreker at de driver oppfølging av medisiner. En påpeker at det kun er de som får "gammeldags" depotmedisiner hun følger dette opp sammen med. Dette er en arbeidsoppgave som det i mange kommuner er inngått samarbeid med hjemmetjenesten om, og det samarbeides med fastlegen i noen tilfeller. I en kommune ble det understreket at dette var en arbeidsoppgave de psykiatriske sykepleierne måtte ta fordi det ikke var mulig å få i stand samarbeid med hjemmetjenesten, og fordi det var vanskelig å samarbeide med fastlegene. I den grad slik oppfølging ligger på sykepleierne, kan det også dreie seg om at de tar kontakt med fastlege, eller annen instans, for å diskutere om det skal skje endringer i brukernes medisiner. Det kan altså tyde på at det er en utvikling mot at denne delen av oppfølgingsarbeidet ikke lenger tas av sykepleierne i det psykiske helsearbeidet.

I oppfølgingsarbeidet oppfatter sykepleierne at det å skape og beholde alliansen med brukerne som en av de viktigste arbeidsoppgavene de har. Alliansen er kanalen inn til brukere, og hvordan og med hvilke redskaper alliansen skapes er avhengig av, og må tilpasses den enkelte bruker. To hovedgrupper av brukere, som det gis eksempler på nedenfor, er de med problemer som kan gjøre dem aggressive og utagerende overfor sine hjelpere, og de med problemer som medfører at de opptrer introvert. Når brukere er i perioder av personlig utvikling, endrer grensene deres seg, og de som arbeider med brukerne må tåle at grensene kan være utglidende (31.03.04). Alle sykepleiere må derfor opparbeide seg et handlingsregister som kan omfatte mange ulike måter å tilnærme seg brukere på for å etablere og beholde alliansen. For det første fordi brukere er forskjellige, for det andre fordi individuelle brukere forandrer seg over tid.

Alliansen mellom sykepleier og bruker kan starte i spesialisthelsetjenesten idet pasienten skrives ut. Slike prosedyrer kommer jeg nærmere inn på nedenfor. Som det er skissert i avsnittet om brukernes kontakt med fastlegen, er relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen av varierende kvalitet, og den første kontakten oppnås derfor i mange tilfeller ved sykepleierens hjemmebesøk hos bruker. Hjemmebesøk er også det arbeidsredskapet som tas i bruk overfor de fleste nye brukere, og for mange fortsetter dette å være kontaktformen, mens det for andre er mulig å variere. Før hjemmebesøkene kommer inn i gode rutiner skal det i mange tilfeller gjøres et stort arbeid med å skape trygghet i relasjonen mellom bruker og sykepleier. Brukere skal utredes og vurderes for å finne fram til behandling. Det innebærer at det skal skapes tillit i relasjonen mellom sykepleier og bruker, en relasjon som kan være preget av utrygghet, ofte for begge parter, ikke bare bruker. Et eksempel ble gitt av en psykiatrisk sykepleier i kommune A:

Jeg ser med en gang at ting ikke er i orden. Pasienten ligger fullt påkledd og ustelt i sengen, med et svært, fullt aksebeger på bordet og stereoanlegget på full styrke. Vedkommende har det som i psykiatrien kalles et "mørkt blikk". Jeg ble usikker og tilbød meg å kjøpe mer røyk til vedkommende for det hadde pasienten spurt etter

Denne pasienten var utskrevet fra sykehuset et par dager tidligere og var helt klar på at vedkommende ikke ville ha besøk av psykiatrisk sykepleier. Sykepleieren gikk dit likevel under påskudd av å ville se den nye leiligheten. Situasjonen gjorde sykepleieren usikker,

og hun måtte trekke seg tilbake fra den umiddelbare kontakten. Å gå ut for å kjøpe røyk var en god løsning, og da hun kom tilbake hadde hun fått tenkt over situasjonen og var i stand til å stille brukeren noen spørsmål. Hun mener svarene hun fikk på dem viste at brukeren var skrevet ut fra sykehuset for tidlig, og brukeren ble også lagt inn igjen på sykehus noen dager senere. Situasjonen lå ikke til rette for at det kunne etableres en allianse mellom henne selv og brukeren fordi brukeren ikke var frisk nok og i stand til det.

Flere av de intervjuede psykiatriske sykepleiere kunne vise til lignende situasjoner der en allianse med brukere ikke ville være mulig å få i stand. Når alliansen ikke er mulig å etablere er det ikke noe grunnlag for å vurdere hvilket behov brukere har for tjenestene det psykiske helsearbeidet i kommunen kan tilby, og det blir svært vanskelig for psykiatriske sykepleiere å faktisk legge til rette for arbeidet med brukere, særlig for å involvere brukere i den tjenesten de skal få tilgang på. Også om brukere kan anses som friske nok, blir psykiatrisk sykepleier ofte avvist når de forsøker å ta kontakt:

Også vi går, hvis vi blir avvist, men vi kan ikke gi opp. Pasientene kommuniserer ikke alltid som vi ønsker. De trekker seg tilbake. Tidligere var de på institusjon, der visste alle hvordan de skulle ta seg av slikt. Her må de (brukerne) forholde seg til omgivelsene, og omgivelsene må forholde seg til dem. Jeg går til en bruker, nesten hver dag, som ikke relaterer seg til meg, jeg ser bare ryggen hennes (19.02.04. nr. 2).

Brukere har, som sagt, ulike egenskaper. Sykepleieres handlingsregister skal ikke bare omfatte ulike typer brukere, men også de samme brukerne på ulike tidspunkter og ulike stadier i behandling og utvikling. Brukere som har bodd lenge hjemme, og som får tettere kontakt med det psykiske helsearbeidet eller en psykiatrisk sykepleier hvis det blir snakk om å flytte hjemmefra, kan medføre at sykepleieren må spille på andre deler av sitt register for å oppnå en annen type kontakt med vedkommende. En sykepleier uttaler det på denne måten:

Vi lurte oss inn på dem. Et eksempel er en schizofren som fortsatt bor hjemme hos foreldrene og som har fått leilighet i bofellesskapet Det er skrevet kontrakt og det betales husleie. Ble hengt opp gardiner, men hun er klar på at hun ikke vet om hun tør flytte dit. Det er et langt lerret å bleke (28.10.03).

Å få folk til å flytte inn i bofellesskapene som etableres i kommunene er altså ikke enkelt. De ansatte i det psykiske helsearbeidet må motivere folk til faktisk å ville bo der. Brukere er ambivalente til å bo på denne måten, de er usikre på om det vil øke deres livskvalitet, selv om sykepleierne og andre i tjenesten måtte mene at det er slik

Vi må være selgere av beste slag (27.10.03).

Det beskrives et bilde der de kan slite mye for å oppnå den kontakten som skal til for å komme i en hjelpeposisjon overfor brukere, og følge dem opp. Det må drives mye motiveringsarbeid for å oppnå kontakten, så vel som for å vedlikeholde den. Det kommer jeg tilbake til nedenfor. Samtidig skal alliansene heller ikke bli for tette, det kan være uheldig for brukernes evne til egenomsorg, og det oppfattes som viktig at brukere ikke mener de blir manipulert med. Balansegangen består i å finne fram til former å drive oppfølging eller trening der sykepleieren ikke overtar, men spiller sammen med brukerne.

Oppfølgingsarbeid er også andre typer arbeidsoppgaver relatert til brukerne. Først og fremst er det ulike typer trening som inngår i denne rubrikken. "Du og jeg, her og nå" lærer psykiatriske sykepleiere i sin utdanning. Når tryggheten er etablert og sykepleieren

er kommet i en hjelpeposisjon overfor brukeren, stilles spørsmålet: Hva kan vi gjøre nå, hva kan vi gjøre for å komme videre? Svaret er i stor grad at brukere skal motiveres til å opprettholde dialogen med sykepleieren, det skal finnes fram til ressurser brukere har og som de kan ta i bruk i sin egen behandling, og det skal finnes fram til ulike måter dette kan gjøres på.

Mange brukere må lære alt som har med å bo og gjøre enten de bor alene eller sammen med andre i et bofellesskap. Det kalles botrening, og inkluderer å kunne ha sosialt samkvem med andre i bofellesskapet, eller på dagsenteret. I slike tilfeller skal sykepleieren arbeide for at det kan utvikles tillit i en relasjon som går ut over den relasjonen hun selv har til sine brukere.

Botrening involverer de fleste aspektene ved dagliglivet. Brukere som har vært alvorlig syke skal på nytt lære en del ferdigheter de hadde tidligere, men som sykdommen har fått dem til å glemme. Det kan dreie seg om helt elementære ting som å klare sin egen hygiene, holde det rent i hjemmet, lage mat, huske å gå på butikken, huske at det finnes flere matretter enn pølse, og bruke telefonen når man vil snakke med noen.

Det handler ofte om å overleve når det er uoverkommelig å koke poteter (28.10.03).

Botrening gis det også til de beboere i bofellesskapene som etableres i kommunene. Det er en målsetting at disse ikke skal bli små institusjoner og en måte å unngå det på er å lære beboere å ha kontakt seg i mellom, og sørge for at kontakten kan være rimelig selvdreven. Dermed må psykiatrisk sykepleiere også drive det som kalles sosial trening med sine brukere. I bofellesskapet kan det dreie seg om å være tilstede i fellesarealene og hjelpe brukere å komme i kontakt med andre. På dagsenteret kan det dreie seg om at psykiatrisk sykepleier er tilstede en dag i uken og dermed har muligheten til å si til sine brukere at: Du kan jo komme på torsdag, da er jeg der" (21.10.03).

Brukere som må ha hjelp i alle slags sosiale situasjoner får sosial trening. Sosial trening går ut over det å bo, og kan omfatte sider ved dagliglivet som å: "lære at det er mulig å sitte innerst på en kafé og ikke se døren hele tiden". Andre skal lære å gå i butikken, ta bussen for å komme på helsesenteret, eller de bor i et distrikt med lange avstander og skal lære å ta seg til sitt DPS for behandling. Å bruke andre typer sosiale og kulturelle tilbud skal også læres, og det anses av de psykiatriske sykepleierne som å være tidkrevende prosesser. Dette er likevel sider ved behandlingen som kan skilles ut og overlates miljøarbeidere eller støttekontakter etter hvert. Et eksempel er en aggressiv bruker som ønsket å gå et klatrekurs. Da ble det ikke sagt nei, men overlatt en miljøarbeider å være med brukeren på dette kurset. Brukere skal være forholdsvis velfungerende før de kan ha nytte av støttekontakter.

7.3.2 Samtale vs. aktivering

Et skille mellom forskjellige sykepleieres vektlegging av oppgaver i brukerkontakten ser ut til å være skillet mellom samtale og aktivering. Noen ser læring gjennom aktivering som det viktigste i sin samhandling med brukere, mens andre legger mye sterkere vekt på at samtalen er det mest sentrale aspektet ved deres kontakt med brukere. Mange bruker begrepet støttesamtaler om samtaler de gjennomfører med brukere. I slike samtaler skal de hjelpe brukere å stokke ting:

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

Vi får dem ut av psykosser, analyserer det de sier, ser det utenfra på et vis, speiler det (10.11.03).

Det er også viktig å hjelpe brukere å avgrense egen lidelse, hjelpe dem til å tenke omkring sin egen lidelse (27.10.03 nr.1).

Det viktigste arbeidsredskapet er meg selv. Samtalen er en viktig bestanddel, men i hvilken grad den tas i bruk er avhengig av brukere og deres behov. Dette med samtalen er litt viktig å tone ned, det er brukere som ikke har videre utbytte av det (19.02.04 nr. 1).

Sykepleieren som ble intervjuet den 21.10.03 mener at begrepet om støttesamtalen egentlig er en floskel, men at innholdet i den er reelt nok og et viktig arbeidsredskap for å komme videre med brukere. Vedkommende etablerer et skarpt skille mellom støttesamtalen og den terapeutiske samtalen, og sier at terapeutiske samtaler ikke er noe psykiatriske sykepleiere skal arbeide med. Andre sykepleiere skiller ikke mellom disse formene for samtaler og ser på samtalen i mye større grad som det reelle innholdet i sitt arbeid med brukere:

Jeg er selskap for pasientene når jeg kommer på besøk. Når jeg kommer skal jeg drikke kaffe, ja være skikkelig på besøk. Brukerne ønsker jeg skal ta meg tid til samtale, de ønsker å prate (19.02.04. nr. 2).

En slik holdning til samtalen kan være et resultat av arbeidsdeling i det psykiske helsearbeidet. Hvis det er mulig vil denne sykepleieren, men også andre, overlate aktiveringen til andre yrkesgrupper. Selv tar de aktiveringen i bruk hvis samtalen ikke er mulig. I de fleste tilfeller skjer det da en arbeidsdeling enten mellom psykisk helsearbeid og hjemmetjenesten, eventuelt med et utbygget apparat for støttekontakter, eller internt i det psykiske helsearbeidet. I en kommune, der det var arbeidsdeling, var aktiveringen overlatt til en gruppe miljøarbeidere, en ordning som så ut til å fungere svært bra:

Vi sykepleierne definerer oppgavene miljøarbeiderne har. Ut fra det er de selvgående. Deres oppgave er å drive sosial trening, som er viktig. Brukerne har behov for begge deler (01.04.04).

Ved denne arbeidsdelingen ble det framhevet som positivt at miljøarbeiderne var fast ansatt, lønnet på en akseptabel måte, og at de representerte ulike former for kompetanse som det var bruk for i det psykiske helsearbeidet (31.03.04).⁹ Det ble også påpekt at arbeidsdeling kunne være utslag av et ressursproblem, og at det burde være psykiatrisk sykepleier som tok seg av aktiveringen, men da i tillegg til at det ble gjennomført samtaler. Når antallet brukere for hver psykiatrisk sykepleier blir for høyt, er det ikke mulig å gjennomføre begge deler (19.02.04. nr. 2). I denne kommunen var ressursene til

⁹ Det går nærmere inn på denne ordningen i avsnittet under om miljøarbeiderne. Aktiveringen, derunder dagsenteret, kunne dermed bli et meget vellykket breddetiltak, samtidig som det også utgjorde en mulighet til å spisse tjenesten mot grupper.

psykisk helsearbeid skåret ned, og antallet psykiatriske sykepleiere redusert fra to til 1,5 i løpet av det siste året før intervjuet ble gjennomført.

Noen sykepleiere beholder aktiveringen hos seg, og påpeker at samtalen ikke nødvendigvis er det viktigste redskapet de har i sitt arbeid. Det er mulig å samtale og være aktiv samtidig, for eksempel når sykepleier, eventuelt miljøarbeider, hjelper brukeren med å gjøre husarbeid:

Å redusere kaos er et poeng, det å få brukere til å gjøre det de kan. Det er da en strategi å være der mens de spiser eller mens de dusjer, eller vi kan ta oppvasken sammen. Det er på basisnivå, det dreier seg om å få dagliglivet til å fungere. Å begynne å abstrahere for å finne årsaker og slikt blir bare rot (21.10.03).

Det er altså mulig å kombinere samtale og aktivering, og i alle, så nær som den minste kommunen, er det satt også sammen aktiveringsgrupper. I de kommunene som har dagsenter etableres og drives gruppene i regi av dette, i andre kommuner er det de psykiatriske sykepleierne som driver slike grupper.

7.3.3 Involvering av brukere

En av casekommunene, en av de minste, har en mer eller mindre felles utarbeidet filosofi for dem som arbeider med brukere i psykisk helsearbeid om hva brukerperspektivet skal innebære for dem. Det ble omtalt som at ressursperspektivet (empowermentperspektivet) ble omsatt til det å være i bakhånd for brukerne og å gi hjelp til selvhjelp. Brukere får støtte i perioder de føler seg dårlige. Videre innebærer ressursperspektivet at de ansatte skal hjelpe brukerne til å se muligheter, og innenfor dette perspektivet involveres brukere ved at det snakkes med dem og at de gir sine synspunkter på aktuelle saker som angår dem.

I de resterende kommunene ser det ut til at hver og en som arbeider med brukere av psykiske helsetjenester selv må definere hvordan involveringen skal utformes i egen relasjon med brukere. Det resulterer også i at hva den enkelte sykepleier legger vekt på varierer, og det pekes på at medvirkning og involvering må tilpasses brukeres funksjonsnivå. Det pekes også på at hvordan sykepleierne legger opp arbeidet med brukere har med holdninger å gjøre (21.10.03, 01.04.04).

Noen peker på at brukere må styres, særlig gjelder dette spørsmålet om å ha ansvar for egen medikamentbruk, som også er en del av spørsmålet som faller inn under gruppen oppgaver brukere kan involveres i. Det er ikke uvanlig at brukere over en periode lærer hvordan de skal håndtere medisinene sine, og at det går bra så lenge de er på det samme funksjonsnivået. Måten det skrives ut resepter på kan gi brukere mulighet til å hente ut medisiner for tre til fire måneder av gangen, og brukere kan på den måten skaffe seg et lager av medisiner. Eventuelt vil brukere ikke ha de medisinene de er foreskrevet. Hvis slike brukere blir dårligere kan de finne på å ta for mye medisin, med det resultat at de blir enda dårligere. Oppfatningen blant en del sykepleiere er derfor at for noen brukere er involvering utelukket og at det kan begrunnes faglig:

Jeg må da argumentere for at jeg gjør det på denne måten og refererer til sykehuset eller annen myndighet for å unngå at pasienten skal ha ansvaret for egne medisiner. Hvis pasienten spør hvor lenge dette må pågå, svarer jeg fem år, for å unngå at spørsmålet kommer opp på nytt. Vedkommende pasient må gjerne være på medisiner resten av livet, fem år er et kort perspektiv (21.10.03).

Det avgjørende i slike situasjoner er å finne andre oppgaver og ansvarsområder ved medikamentbruken brukere kan involveres i. I slike situasjoner er det trolig lite interessant for brukere å bli oppfordret til å la seg involvere i husvask eller matlaging, eller det er deler av dagliglivet som allerede fungerer. At brukere styres kan også omtales på denne måten:

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

En annen holdning til brukere og involvering er at sykepleieren skal hjelpe brukeren å stille seg spørsmålet om hva som kan gjøres og hvordan det kan gjøres:

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

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

På denne måten tar sykepleierne på seg en konkret oppgave som initiativtaker, men overlater store deler av løsningen til brukeren som tar stilling til, og inngår i diskusjon om de løsningene som er presentert. Dette minner sterkt om det vi så i den ene kommunen der det blir arbeidet ut fra ressursperspektivet. Det er også en form for samhandling som foregår under kontrollerte former og som tar hensyn til at brukeres konsumentkunnskap kan være dårlig eller redusert. Et tilsvarende inntak til medvirkningen er at sykepleierne spør brukere hva de vil bruke sykepleierne og det psykiske helsearbeidet til (31.03.04). For å finne ut av det må brukerne ha kontakt med det psykiske helsearbeidet før de eventuelt gjør seg opp en mening, og det kan på den måten sikres at brukerne tilegner seg den nødvendige konsumentkunnskapen. De kan lære hvilke behov de har ved å få opplyst, og sett på nært hold, hvilke tilbud som eksisterer. Felles for disse er at de tar hensyn til at initiativet ikke skal ligge på brukere. Dette er viktig fordi mange brukere er ikke stand til å ta i mot det tilbudet de får på grunn av mye sosial angst:

Det blir da et spørsmål om hva de skal tolke som brukeres vilje og ønske. Brukermedvirkning skal ikke tolkes på en slik måte at brukere må ta initiativ (0.11.03).

Hvis brukere trekker seg unna kan det oppstå et dilemma mellom oppfølging og brukeres involvering som tar opp i hvor stor grad kravet om medvirkning tillater at de overlater initiativet til brukere, og om det kan forventes at brukerne har den nødvendige forbrukerkompetansen.

Dette leder over til den tredje holdningen til spørsmålet om brukermidvirkning det er mulig å finne i intervjumaterialet. Den holdningen innebærer at initiativet overlates brukere og at det aksepteres at de ikke er aktive i det hele tatt:

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

Selv om sykepleieren påpeker at brukere må motiveres forutsetter denne holdningen at brukere har konsumentkunnskap; at de er bevisste sine egne behov, ønsker og interesser, kan artikulere dem og er i stand til å handle på bakgrunn av dem for å ta det nødvendige initiativet. Andre sykepleiere er mer bevisst at det er problematisk å relatere seg til brukere og involvering, fordi det bare er noen brukere som har eksplisitte ønsker, og som er i stand til å artikulere sine behov. Som det er vist er det mange brukere som ikke er i stand til å se hvilke behov de har, og de ønsker overhodet ikke å ha kontakt med sykepleier. Det dreier seg ofte om de sykeste. Andre brukere er uten sykdomsinnsikt og forståelse for den situasjonen de er i.

Det kan resultere i at sykepleiere oppfatter at de må se på at brukere går inn i nedadgående spiraler og blir sykere. Nedadgående spiraler kan begynne med at de glemmer eller ikke vil ta medisin, dernest begynner de å bedrive selvmedisinering, enten ved å ta alle sine oppsamlede medisiner på en gang, eventuelt ruser seg når de føler seg dårlige. Det får en sykepleier til å uttrykke at:

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

Brukere kan altså motsette seg å få hjelp og ansatte har en oppfatning av at de ikke kan gjøre noe mot brukeres vilje. Det kan altså ikke settes i gang tiltak uten at brukere samtykker.

7.3.4 Sykepleieres oppfatninger om egen rolle og forutsetninger for arbeidet

Psykiatrisk sykepleiers arbeid er altså svært variert og de skal kunne takle mange, svært ulike situasjoner. Viktige egenskaper de intervjuede sykepleierne la vekt på at de måtte ha var dermed å være sta, påstående, men samtidig tålmodige. Hvordan sykepleierne tar disse egenskapene i bruk for å komme i en hjelpeposisjon overfor brukerne varierer både mellom sykepleiere og mellom brukere, som plasseres i ulike kategorier. Trygghet i relasjonen med brukere kan for eksempel skapes ved å vise at man forstår hva brukere har gått gjennom, og hva de går gjennom når psykiatrisk sykepleier skal etablere sin hjelpeposisjon. Det kan dreie seg om å gripe fatt i ord i samtaler, gjenta dem, bruke tid på å gjøre det klart for brukere at deres ord er forstått. Dette er krevende prosesser som må pågå kontinuerlig over tid.

Sykepleiere vektlegger ulike egenskaper ved seg selv. Humor framheves av noen. Å kunne se humoren i situasjoner og ta den i bruk på vellykkede måter overfor brukere, ble ansett som viktig (21.10.03). Andre kunne vektlegge at de oppfattet seg som: "å være container": som psykiatrisk sykepleier tar man opp i seg brukeres problemer og går dypt inn i dem (28.10.03). En sykepleier kalte seg selv brukernes sekretær fordi hun hele tiden skulle være parat til å hjelpe dem med søknader og lignende. De hadde samtaler om hva det kunne være mulig å søke midler til, og hvis de gjorde seg opp en mening om at de ville forsøke, hjalp hun dem (19.02.04 nr. 2).

7.4 Objektive kjennetegn ved arbeidsoppgaver

Objektive kjennetegn ved en yrkesgruppes arbeidsoppgaver er de betingelser de profesjonelle medarbeiderne utøver yrket sitt under, og som ofte ligger utenfor deres kontroll. Kunnskap, ressurser, samt organisasjon og kultur er objektive kjennetegn. Koordinering, samarbeid med andre yrkesgrupper og instanser, veiledning og planlegging av tiltak, herunder dagsentervirksomhet, er definert som oppgaver med objektive kjennetegn, og det er innfor de rammer disse utgjør at de profesjonelle medarbeiderne skal utforme sitt arbeid, herunder involvering av brukere. I dette avsnittet skal det gås nærmere inn på hvordan sykepleierne opplever samarbeidet mellom ulike enheter i det kommunale psykiske helsearbeidet og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Henvisning og samarbeid vurderes som en ressurs for yrkesutøverne og det psykiske helsearbeidet. I spesialisthelsetjenesten inngår både DPS, BUP og sykehus. Videre vil samarbeid om ansvarsgrupper og individuelle planer tas opp under avsnittet om arbeidsredskaper. Begge deler er arbeidsredskaper som kan forenkle brukeres involvering, men både bestemmelsen om at de skal tas i bruk og selve bruken av dem ligger utenfor de profesjonelle medarbeidernes kontroll. Dagsentervirksomhet tas opp i neste kapittel.

7.4.1 Sykehuset

I de intervjuede psykiatriske sykepleierne tilhører tre ulike helseregioner og samhandler dermed med helt forskjellige sykehus eller helseforetak. I henhold til helsetilsynets definisjon skal en psykiatrisk sykehusavdeling ved sentralsykehus eller psykiatriske sykehus gi behandlingstilbud til hele eller deler av et fylke som krever høyere bemanning og/eller spesialkompetanse som vanligvis ikke finnes ved distriktskykiatriske sentre. Disse sykehusfunksjonene er akutfunksjoner med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp, oppfølgende behandling i døgnavdeling, eventuelt lukket avdeling, i sikkerhetsavdeling, ulike spesialavdelinger og team (Statens helsetilsyn 1-2001).¹⁰ I avsnitt 6.3.1 om objektive egenskaper ved medisinerens arbeidsoppgaver, ble det vist til at kommunikasjonen mellom kommuner og helseforetak ikke ble oppfattet som god nok av de intervjuede kommune- og fastlegene. Dette inntrykket blir forsterket i intervjuene med sykepleiere, og som vist til i avsnittet over, har mange opplevelser av "situasjoner" som ble skapt i deres arbeid på grunn av uklare ansvarsforhold rundt utskrivelse av brukere fra sykehus og mottak av brukere i det kommunale psykiske helsearbeidet.

Det viser seg at utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten er en prosess som har et ideal og en virkelighet. Idealet er at det avholdes utskrivningsmøter der representanter for det psykiske helsearbeidet i ansvarlig kommune inviteres og der pasientenes situasjon blir diskutert. I slike møter skal det kommunale psykiske helsearbeidet få kunnskap om pasientenes sykehistorie, hvilke medisiner som er brukt og hvilken behandling vedkommende har fått. Det er også meningen at det skal samtales med lege, hovedbehandler og pasienten om hvordan arbeidet rundt vedkommende skal legges opp i kommunen. Det psykiske helsearbeidet i kommunene skal inkluderes i eventuelle ansvarsgrupper og ha innblikk i individuell plan. Dette skal ideelt skje noe tid før pasienten skrives ut, og det er oppfatningen blant de ansatte sykepleierne i det kommunale psykiske helsearbeidet at det er sykehusets oppgave å ta initiativ til slike møter (08.10.03, 20.10.03, 21.10.03). Observasjonen er at utskrivning gjennomføres på

¹⁰ De organisatoriske betegnelsene sentralsykehus og psykiatrisk sykehus er ute av terminologien og fylket som enhet for opptaksområdet er endret etter iverksettelsen av sykehusreformen i 2002. Av en del intervjuede brukes betegnelsen 3. linje, i rapporten brukes helseforetak og sykehus.

denne måten i noen enheter, og avdelinger ved enheter (sykehus), i spesialisthelsetjenesten. Ved andre er virkeligheten en helt annen.

For eksempel har sykepleierne erfaring med at det oppstod problemer fordi slike møter ikke ble holdt:

Sykehuset kan ringe en fredag og si at pasienten blir utskrevet samme dag. Da får psykiatrienheten enten sin informasjon samme dag, eller de får ikke informasjon om den aktuelle pasienten. Det kan også tenkes at hvis brukere sier de ikke vil ha hjelp, så blir det ikke gitt informasjon til hjemmesykepleien 20.10.03).

Oppfatningen blant sykepleierne er for eksempel at møter ikke blir holdt hvis det er hastverk rundt utskrivninger fordi sykehuset får en innleggelse som er øyeblikkelig hjelp. Kommunene har også den oppfatning at de er nokså alene om ansvaret for dårlige og farlige pasienter. I en av casekommunene hadde de like før intervjuene ble gjennomført en situasjon som de ikke klarte å løse. Det dreide seg om en bruker som ble betraktet som farlig, som ble sendt til DPS. Der fikk vedkommende være noen dager. Det ble ikke på langt nær oppfattet som tilstrekkelig for at kommunen kunne få på plass et tilbud som var godt nok for vedkommende, det ble heller ikke gitt informasjon tilbake til kommunen. Det samme gjentok seg med sykehuset.

Vedkommende angrep naboen, en gammel dame, og det var tilfeldig at noen fra psykiatrien kom dit, og tilfeldig at det gikk bra for vedkommende hadde kniv. Da ble han sendt til helseforetaket. Men det var frivillig, og da han sa han ville hjem igjen, kunne de ikke holde på ham (18.02.04).

Denne hendelsen ble oppfattet som en krise av både sykepleiere og andre ansvarlige i kommunen. Men mens de ansvarlige i kommunen plasserte ansvaret i DPS og foretak, mente sykepleierne at det i siste instans var et kommunalt ansvar, og at det faktisk at kommunen i lengre tid hadde vegret seg for å ta ansvaret, hadde framprovosert denne krisen. Alle intervjuede i kommunen var enig om at den kommunale organisasjonen ikke var i stand til å løse et så alvorlig problem. Sykepleierne mente kommunen ikke ville. De ansvarlige i kommunen mente kommunen ikke hadde tilstrekkelige ressurser, samt at både DPS og foretak sviktet i sitt ansvar overfor svært dårlige brukere.

Sykepleierne og andre ansatte i kommunene har også erfaring med at det oppstår problemer fordi møtene er for dårlig planlagt.

.... Ble innkalt til møte på et av de psykiatriske sykehusene. Det dreide seg om en ferdigbehandlet bruker og det skulle være utskrivingsmøte. Det møtte også en representant fra hjemmesykepleien. Sykepleieren (på sykehuset) som hadde innkalt til møtet, møtte ikke selv. Hun hadde også glemt å gi beskjed om at det var innkalt til møte. De fant en lege som kjente pasienten, men fra tidligere. De fant også en sykepleier som kjente vedkommende, det også fra tidligere (20.10.03).

Denne informanten mente også at det er mange som er i kommunen, som det kommunale psykiske helsearbeidet har ansvaret for, som ikke egentlig burde være der, de hadde behov for en sykehusplass. Hvis flere hadde fått den sykehusplassen de hadde behov for, hadde de ansatte i det psykiske helsearbeidet sluppet å være redd for å gå på besøk til psykotiske pasienter.

De ansatte i kommunenes psykiske helsearbeid ønsket å se spesialisthelsetjenesten som en ressurs for det arbeidet de selv drev og mente at deres oppgaver i forhold til foretaket

var å motivere brukere mens de venter på institusjonsopphold (01.04 04). Det var ikke alltid mulig, og et eksempel som tydelig viser at det ikke er på kommunalt nivå problemene ligger er når sykehuset følger brukere til møter i kommunen:

...en ny bruker følges til møtet av representanter for 2.linjen (helseforetaket). Slike brukere er ofte forknytt, og kjenner ikke dem som arbeider i tjenesten eller andre steder i hjelpeapparatet. Da er det ofte at legen og sykepleieren som følger pasientene ikke sier noe i møtene. Det er merkelig. De kjører ofte langt i bil for å være med på møtet, og den tiden har de ikke brukt til å snakke om hva de skal ta opp på møtet. Det framstår som om de ganske enkelt ikke har snakket med brukeren om hva det hele går ut på. De har i alle fall ikke avtalt seg i mellom hva de skal si, hvem som skal si hva og når 28.10.03).

Kommunen får på den måten lite kunnskap om brukeres situasjon, og som informantene gjør, bør det stilles spørsmål om ansvarlige i spesialisthelsetjenesten i det hele tatt har snakket med brukeren når en stiller til samtale uten å være forberedt. En annen informant mente at sykehuset ikke var seg bevisst at de også hadde et faktisk ansvar for den hjelpen brukere kan få i sine respektive kommuner, og at hvis informasjon ikke når ut, er hjelpeapparatet lokalt for dårlig rustet til å gi adekvat hjelp.

Det var også en del erfaringer med at sykehuset ikke har gitt pasientene tilstrekkelig trening slik at de for eksempel er i stand til å bo alene i egen leilighet:

Jeg reiste spørsmålet jeg hadde tatt opp med sykehuset på forrige møte. Det dreide seg om de hadde øvet med pasienten slik at han kunne bo i sin egen leilighet. Nei, det hadde de ikke gjort. Hadde de søkt plass til vedkommende på et DPS? Nei det hadde de ikke gjort (20.10.03).

Dette utskrivingsmøtet var ikke særlig vellykket, det er beskrevet over. Pasienten ble likevel sendt hjem, kun for å bli reinnlagt bare et par dager senere.

Det forventes i stor grad at de kan bo når de (brukerne) utskrives. Vi har opplevd å få brukere tilbake til kommunen etter lengre opphold, som ikke har hatt botrening i foretaket. Kunnskapen om en del dagligdagse ting er radert ut og må læres inn igjen på nytt. Når slike ting må læres inn på nytt, må det prioriteres et eller annet sted. Psykiatrisk sykepleier har ikke den tiden som skal til for å drive med denne formen for innlæring av ferdigheter (19.02.04 nr. 2).

Som vi så i avsnittet over om botrening, har mange brukere glemt hva det å bo innebærer etter et sykehusopphold. Sykepleieren som uttalte det siste sitatet reflekterte videre over at dette kunne skje enda foretaket hadde treningsleiligheter; kanskje ble de ikke tatt i bruk fordi det var for ressurskrevende? Det kan tyde på at det er noe uklart hvor ansvaret ligger for den treningen pasientene skal få angående det å bo hjemme og kunne klare seg selv etter en sykehusinnleggelse. Ressursene i det kommunale psykiske helsearbeidet er i en del tilfeller heller ikke tilstrekkelige til å drive skikkelig trening.

7.4.2 Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Distriktpsikiatriske sentre er institusjoner som skal være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles ledelse (Statens helsetilsyn 1-2001). Videre sier veilederen at de distriktpsikiatriske

sentrene skal samarbeide tett med kommunene i opptaksområdet, at de skal gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene, samt yte polikliniske og ambulante tjenester i området. Døgnetenhetene bør kunne tilby både korttidsopphold ved kriser og lengre opphold for behandling og rehabilitering.

I juli 2003 var det etablert 71 distriktpsikiatriske sentre og 12 var under planlegging. Det er etablert 118 polikliniske team. Ved 46 er det etablert dagesheter. Det er etablert 41 ambulante team, hvorav 25 er rettet inn mot psykoser. Det er etablert 106 døgnetenheter med til sammen 1827 plasser (Ruud 2004). Tilbudet har økt den siste tiden, likevel oppfattet de psykiatriske sykepleierne, på samme måte som legene, at samarbeidet med DPS kan være vanskelig:

Det kan være vanskelig. Andrelinjen forlanger mye og det hender vi blir sittende og diskutere penger med brukere til stede. Hvis, og når, kommunen sier nei, blir det vanskelig(27.10.03 nr.1).

Men det er ikke enkelt med DPS. Vi etterspør tilbud de ikke har. Oppfølging av kronikere er problematisk og krever tilbud DPS ikke har. De (brukerne) får ikke behandling, det trenger vi, men de kan få kortere opphold(19.02.04 nr. 2).

I den samme kommunen hadde den andre sykepleieren som ble intervjuet et syn som var noe mer moderat:

Samarbeidet med andrelinjen går stort sett bra. Henvisningen til DPS skjer gjennom legen. Det var en førstegangshenvisning på fredag og vedkommende får komme inn til vurdering. Derfra får vi se hvor lang tid det tar. Legene får jo også lagt folk inn på akutt, både på DPS og DPS har også ulike team som kommer til kommunen og presenterer seg(19.02.04 nr. 1).

DPS er det er snakk om har ikke ambulerende team, men de stasjonære teamene reiste til de fem kommunene i opptaksområdet og presenterte seg. De gjennomførte ikke konsultasjoner, og det kunne ses som negativt, men det ble likevel oppfattet som lettere å ta kontakt med DPS etter slike presentasjoner. I en annen kommune, som samarbeider med det samme DPS, var oppfatningen at samarbeidet "...var sånn passe" (10.11.2003). Årsaken til at det ble bedømt på denne måten var at psykiatrisk sykepleier oppfattet det slik at DPS hadde dårlig kapasitet, det var vanskelig å få pasienter inn, særlig nye, og DPS stolte ikke på det kommunale helsearbeidets vurderinger angående brukere. Samtidig som det var vanskelig å få nye brukere inn på DPS fungerte dialogen bra angående de brukerne de allerede samarbeidet om, og det var faste månedlige møter mellom kommunens psykiske helsetjeneste og DPS. Disse møtene ble brukt til å melde behov fra respektive parter, finne ut hva det er nødvendig å informere om angående de enkelte brukere og hva som skal følges opp.

I en del små kommuner er det lite kontinuitet i legetjenestene. Det vanskeliggjør kontakten mellom kommunene og DPS, eventuelt sykehuset:

Bøynen for kontakt mellom 1. linjen i kommunen og 2. linjen er legesituasjonen i kommunen. Det er fordi det er legen som har ansvaret for å henvise brukere videre i systemet. Med lite kontinuitet blir det vanskelig. Legene vil heller ikke dra på samarbeidsmøter med DPS (04.02.04).

Sykepleiere påpekte at det i perioder med dårlig legedekning i kommunene var uheldig at legene var i denne viktige posisjonen og var de eneste som kunne henvise brukere videre i

systemet. Hvis legene ikke delte sykepleiers vurdering av brukere var kommunikasjonen med en gang problematisk. Det ble også opplevd at leger som var midlertidig i en kommune ikke ønsket å involvere seg i pasientens psykiske sykdommer. Kommunikasjonen med legene som mellomledd var altså ikke alltid like enkel, det var den heller ikke hvis avstandene til DPS er store. I to kommuner mente de å se en sentralisering av DPS-ressursene, de ble flyttet fra distriktene og inn mot sentrum, og observasjonen i den ene kommunen var at DPS ble lokalisert i nærheten av foretaket (27.10.03, 31.03.04). Sykepleierne måtte bruke mye tid på å følge opp brukernes kontakt med DPS i slike kommuner, det inkluderte å følge brukerne til timer hos behandler.

I tillegg til at avstandene er store for mange kommuner, og at de var blitt større etter reorganiseringen av sykehus til helseforetaket, mente sykepleierne, som også legene, at det var stor mangel på sengeplasser. I den ene kommunen som poengterte avstanden, påpekte de at DPS et de var i opptaksområdet til hadde tre sengeplasser. Det ble ikke mulighet til å bruke det til behandling, samt at kortidsopphold også ble vanskelig.

Tidligere var det mulig å legge brukere inn før de ble dårlige, nå må vi vente til de blir for dårlige. Det er press i systemet. Det er press i kommunen og det er press på DPS (27.10.03).

Sykepleierne i kommunene, men også et par som er intervjuet som arbeider i spesialisthelsetjenesten, mente også å se tendenser til at DPS spesialiserte seg, og omtalte det som at det var noen diagnoser det var mye lettere å få inn på DPS enn andre. Implikasjonene av disse trendene var at det ble svært vanskelig å få plass til noen brukere, og de psykotiske og andre tunge kronikere var dem som falt utenfor.

Det var variasjon mellom helseforetak, men det var også variasjon i DPS over tid innenfor ett helseforetaks grenser:

Det er forskjell med hensyn på 2.linjen (DPS), kanskje er det da forskjell mellom 2. og 3. linjen? DPS er nemlig mye flinkere med behandlingsplanene sine. Særlig etter SEPREP. Det skjedde noe da, med samhandlingen mellom DPS og oss, og mellom DPS og pasientene (20.10.03).

SEPREP er et utdanningstiltak som tilbys alle som arbeider i det psykiske helsearbeidet. Det tilbyr en induktiv tilnærming og forståelse av arbeidsoppgaver, og hvordan disse utformes i ulike enheter og nivåer. Det kan den gjøre fordi den er basert i diskusjoner der deltakerne tar utgangspunkt i eget ståsted, som er utdanning og plassering i det psykiske helsearbeidet, og der resultatet bør være en omforent tilnærming til de problemene som kan oppstå i praksis. Se også Ludvigsen og Helgesen (2004).

7.5 Samarbeid med enheter i kommunen

De fleste sykepleierne mener at samarbeidet med andre enheter i kommunen i all hovedsak er uproblematisk. Det gjaldt både hjemmetjenesten, dagsenteret, sosialkontor, barnevernet, eventuelle arbeidstiltak og legene, inkludert helsestasjonen. Dagsenteret tas opp i neste kapittel, samarbeid med barnevernet var det få konkrete eksempler på, de andre behandles her.

7.5.1 Hjemmetjenesten

I alle case-kommunene, så nær som en, hadde det psykiske helsearbeidet vært en del av hjemmetjenesten før opptrappingsplanens tilførsel av ressurser muliggjorde en samling av ressursene i det psykiske helsearbeidet i egen enhet. Den siste kommunen hadde ikke tilbudt slike tjenester før opptrappingsplanen gjorde det mulig.

Reorganiseringene som har vært gjennomført i de fleste kommunene innebar at hjemmetjenesten måtte gi fra seg myndighet over det psykiske helsearbeidet. Arbeidsdelingen som igjen er innført mellom det psykiske helsearbeidet og hjemmetjenesten innebærer at det psykiske helsearbeidet gir fra seg deler av sine oppgaver angående brukerne til hjemmetjenesten, men at de beholder kontrollen over dem. Autoritetsrelasjonene innenfor det psykiske helsearbeidet er altså endret.

Det er allerede påpekt at det oppstod sterke domenekonflikter i en kommune da ressursene i det psykiske helsearbeidet ble flyttet ut av hjemmetjenesten. I denne kommunen er det på tidspunktet ikke mulig å organisere et samarbeid mellom de to instansene, og det psykiske helsearbeidet i kommunen hadde da også betegnelsen psykiatrisk hjemmetjeneste blant de ansatte (10.11.03). Det andre ytterpunktet er den kommunen der arbeidsdeling mellom det psykiske helsearbeidet og hjemmetjenesten var innarbeidet på en slik måte at hjemmetjenesten tok alt av medisiner (27.10.03). Det var innarbeidet rutiner på denne typen arbeidsdeling også i andre kommuner, men der ble det påpekt at det var noen former for kontroll av medisiner ansatte i det psykiske helsearbeidet fortsatt måtte ha hånd om (20.10.03, 21.10.03, 28.10.03, 19.02.04).

Vi samarbeider med pleie- og omsorg, og vi har felles brukere. Hvem som har ansvaret er egentlig ikke avklart. Hjemmesykepleien kan gå til brukere en til to ganger per dag for å gi medisiner, men det er mitt ansvar å følge med på brukerens tilstand. Når brukere blir syke er det mitt ansvar å følge opp. Vi er fysisk i nærheten, det er viktig, men samarbeidet blir gjerne uformelt (19.02.04 nr. 1).

Selv om det bare var i en kommune domenekonfliktene fullstendig hindret et samarbeid, opplevde mange av de intervjuede sykepleierne at det ble stilt spørsmål ved deres arbeid av andre etater, og da spesielt hjemmetjenesten. Spørsmålene ble først og fremst stilt angående måten de brukte tiden sin med brukerne. Vi har sett at samtaler og sosial- samt botrening er oppfattet som viktig, og akkurat disse sidene ved deres arbeid er det de intervjuede sykepleierne mener det blir stilt spørsmål ved.

Vi samarbeider godt med hjemmetjenesten, men de forstår ikke hva psykiatrisk sykepleie er. De tror for eksempel at jeg har bedre tid enn dem, og det kan jo se slik ut. Jeg setter av 45. minutter til en time for hvert pasientbesøk, mens de bruker ti minutter. Vi går til de samme brukerne. Det er en arbeidsdeling. Jeg har samtaler, ofte ukentlig, med hver og en, mens hjemmetjenesten tar medisindelen. Det er overlapping og vi prøver å få det til slik at brukere får besøk av flere (19.02.04 nr. 2).

Tidligere hadde psykiatrisk sykepleier monopol på psykiatri i hjemmetjenesten, det ble psykiatri etter lunsj. Da var psykiatri for integrert i andre tjenester, nå er det delt. Brukere har behov for å få besøk av flere. Flere må ta i klinka". "Det sies også i kommunen at psykiaritjenesten bruker for mye tid på sine brukere. Men jobben innebærer mye farting. Vi drar til foretak og til DPS, og vi er hjemme hos brukere. Vi drar til

foretaket for å snakke med institusjonen før brukere involveres. Da avklarer og vurderer vi hva brukere skal ha (27.10.03).

Slike spørsmål ble også løftet opp på administrativt nivå i kommunene og gjort til gjenstand for behandling av ansvarlige myndigheter. I to kommuner, der den psykiatriske sykepleieren selv ikke tok det opp under intervjuet, kommer det klart fram at slike spørsmål er tilbakevendende og har vært gjenstand for konfrontasjoner. Det tas opp som at psykiatrisk sykepleier ikke går i turnus eller at det tas turer på kafé, eller endog på shopping (05.02.04, adm. sjef, 19.05.03). Å la psykiatriske sykepleiere gå i turnus oppfattes av ledere som lite hensiktsmessig når det er få sykepleiere; da blir det mange vakter uten at det egentlig kan gis hjelp til brukere av psykisk helsearbeid. På den annen side kan det være problematisk å få aksept for at den psykiatriske sykepleieren går på kafé med sine brukere i arbeidstiden, det kan oppfattes som sløsing med verdifull tid når effektivisering er målsettingen. I en kommune har de gått til den yterlighet å pålegge psykiatriske sykepleiere å ha sine samtaler med brukerne på kontorene, hvilket betyr at det er deler av tjenesten denne kommunen ikke lenger kan yte sine brukere.

Det kan altså være noen gnisninger mellom hjemmetjenesten og enheten for psykisk helsearbeid. Likevel henviser, eller ber hjemmetjenesten om at enkelte av deres brukere vurderes for hjelp fra enheten for psykisk helsearbeid. Slike bestillinger er ofte uklare og lite konkrete, og er bare en forespørsel om psykiatrisk sykepleier kan besøke bestemte brukere (21.10.03). Som det ble vist til i avsnittene 5.4 og 5.5 kommer de fleste brukere fra spesialisthelsetjenesten og fastlegen, og det prioriteres mellom brukere. "Gråtedamer" og generelt deprimerte er det ikke plass til, mange må også sile ut mennesker med angstlidelser. Utsilingen skjer likevel etter at psykiatrisk sykepleier har lagt mye arbeid i å finne ut hva henvisende instans har i tankene. Brukere er ofte ikke i stand til å artikulere sine behov, de vet ikke hva de ønsker, og terminologien mange sykepleiere bruker er at bestillingen til dem er uklar.

7.5.2 Legen

Som det er vist til over kommer en del av det psykiske helsearbeidets brukere fra legen. I de store kommunene i materialet samarbeides det med mange leger, mens de mindre kommunene samarbeider med en til tre leger. I de store kommunene varierer det hvordan samarbeidet kan gjennomføres. De psykiatriske sykepleierne oppfatter det slik at noen leger er opptatt av sine pasienters psykiske helse, mens andre ikke er det i samme grad:

Fastlegen unndrar seg for eksempel ansvaret, de vil ikke trekkes inn i dette arbeidet (med individuell plan). Men da må vi huske på at noen nok er interessert. Det er likevel få fastleger som har tatt kontakt direkte, kun en eller to. Inntrykket jeg har når det gjelder fastlegene er at det er en del å hente hos dem angående samarbeid. De skal også ha initiativet i en del saker (21.10.03).

Når det gjelder fastlegen er det fem til seks sentre vi samarbeider med. Med noen av dem fungerer det godt, de har alt på plass. De snakker med primærkontaktene om brukere og setter av tid. Legene ved disse sentrene er ok. Legene er også presset, og psykiatri tar tid. Vi skulle ønske vi hadde færre leger og forholde oss til, nå er det veldig mange (10.11.03).

Noen av brukerne kommer fra fastlegen, det er noen som ser psykiatriproblemet. De tar det opp med pasientene og søker om tjenester for dem hvis de vil. Det er imidlertid ofte et problem at søknader mangler

en konkret bestilling. Det søkes til psykiatrisk sykepleier som må spørre brukerne hva de tror de kan bruke en psykiatrisk sykepleier til. Det kan brukere ofte ikke artikulere, de vet ikke hvilke behov de har (21.10.03).

Som det også er pekt på over, er det i de kommunene det er stor turnover blant legene at det er vanskelig å finne dem det er enkelt å samarbeide med. I slike kommuner blir legenes posisjon som ansvarlig for henvisninger oppfattet som et problem fordi det er vanskelig for de psykiatriske sykepleierne å få støtte for sine vurderinger av brukerne. Ved høy turnover blir legene ikke kjent med sine pasienter og det var en oppfatning om at de beskyttet seg mot pasientenes psykiske problemer.

Samtidig kan det psykiske helsearbeidet i andre kommuner etablere rutiner som gjør fastlegen til en viktig person også for henvisninger internt i kommunen. Det vil si at det psykiske helsearbeidet ikke tar imot brukere som ikke kommer via fastlegen:

Henvisning går alltid via primærlegen, det er viktig. Primærlegen ser forskjellen (27.10.03).

Henvisningsrutinene vi har er gode. De sikrer at tjenesten ikke blir oversvømt av pasienter, at det gjennomføres noe siling før pasienten kommer til enheten og går videre i systemet (27.10.03, sosionom).

I denne kommunen var samarbeidet med legene institusjonalisert, og det var faste møter en gang hver 6. måned. De hadde også faste møter med psykoseteamet på sitt DPS. Disse møtene har tilsvarende intervaller som møtene med legene.

Det ble også pekt på at legen kunne være samtalepartner i tilfeller der det var nødvendig å hente støtte, hvis for eksempel brukere ikke ønsket å ha kontakt med psykiatrisk sykepleier. Dette var samtaler som ikke kunne tas med andre ansatte i kommunen (19.02.04 nr. 2). I denne kommunen var det gjengs oppfatning at samarbeidet med legen var bra:

Inntrykket er at legene får en å dele ansvaret med når det kommer psykiatriske sykepleiere til kommunen. Jeg ble umiddelbart trukket inn i legens arbeid, og de fleste henvendelser jeg får kommer via legen. Samarbeidet i kommunen går veldig bra. Psykiatrisk sykepleier er fysisk plassert sammen med legen, det gjør ting enkelt. Da kan man lettere påvirke og si hva man mener (19.02.04.nr. 1).

7.6 Arbeidsredskaper

I det psykiske helsearbeidet har sykepleierne noen oppgaver og funksjoner som kan vurderes som deres arbeidsredskaper. Det første er deres funksjon som koordinator eller primærkontakt for brukere og pårørende. Den andre er deres arbeid med ansvarsgrupper og det tredje med individuell plan. Alle disse tre har koordinerende funksjoner, samt at de er viktige for i hvilken grad brukere kan involveres i egen behandling i det psykiske helsearbeidet. Mens individuell plan er et arbeidsredskap alle instanser i det psykiske helsearbeidet er pålagt å bruke, er ansvarsgrupper i større grad vokst fram som et koordinerende redskap på kommunalt nivå. Arbeidet med individuell plan har som målsetting å være koordinerende mellom enheter i helseforetak, i kommuner og mellom disse nivåene. Ansvarsgrupper kan også involvere enheter i spesialisthelsetjenesten, men er i hovedsak et redskap som skal koordinere bredt på kommunalt nivå. De hører begge til

de objektive arbeidsoppgavene representanter for yrkesgruppene har i det psykiske helsearbeidet. Koordinatorfunksjonen eller funksjonen som primærkontakt, som de enkelte yrkesutøver tar på seg, er en arbeidsoppgave som kan sies å tilhøre begge kategoriene oppgaver; både de subjektive og objektive. De objektive tilhører de fordi initiativet til det de ansatte gjør i denne rollen kan tas av andre enn dem selv og fordi resultatet har konsekvenser ut over arbeidet med brukerne. Selve utformingen av oppgaven er likevel knyttet til den måten de enkelte profesjonelle medarbeidere velger å utforme sin yrkesrolle og sine arbeidsoppgaver.

7.6.1 Koordinator og primærkontakt

Begrepene koordinator og primærkontakt brukes om en annen. Noen respondenter mener de ikke henviser til det samme, og at primærkontakt brukes mest ved sykehus, mens koordinator er den kommunale betegnelsen (20.10.03). Andre bruker konsekvent primærkontaktbegrepet når egen rolle overfor brukere omtales. Som det er vist i kapittel fem er hver sykepleier i 100 % stilling primærkontakt for mellom 25-30 brukere. Det innebærer for det første at det er de som gjennomfører samtalene med brukere enten hjemme hos dem selv eller på kontoret, og det er dem som fatter beslutninger om trening, tilgang til dagsenteret og eventuelt andre tiltak. Å fatte beslutning om tilgang til dagsenteret gjøres i de fleste kommuner fordi dagsenteret også har tiltak rettet mot spesielle grupper, for eksempel samtalegrupper og arbeidsgrupper for schizofrene. Som vi så i avsnitt 8.4.6 er det noen sykepleiere som oppfatter seg som brukeres sekretær, og hjelper dem med alt av skriftlig kommunikasjon mot systemet. Primærkontakten holder også kontakt med alle instanser brukeren som enkeltperson kommer i kontakt med. Det dreier seg om alt fra sosialkontor, arbeidskontor, andre former for arbeidstiltak, likningskontor eller det arbeides mot kulturiltakene i kommunen.

Her er det forskjeller mellom store og små kommuner. I store kommuner arbeider primærkontakten i større grad opp mot arbeidsmarkedstiltak, dagsenter og kultur, mens i små kommuner konsentreres samarbeidet mot andre enheter som er opptatt av omsorg og behandling for brukerne av det psykiske helsearbeidet.

Samarbeidet med andre etater går som oftest greit. Vi lager samarbeidsformer. Vi har en kontaktperson på arbeidskontoret. Behovet for å ha kontakt med a-etat varierer, og det er om aktuelle brukere. Ellers samarbeider vi ved å ha møter om aktuelle brukere (27.10.03 nr.1).

Psykiatrienheten samhandler også med et arbeidsmarkedstiltak om pasienter som er i arbeid. Vi har et godt samarbeid med dem, de er dyktige. De er lette og samarbeide med, og kreative. A-etat vet vi ikke så mye om, men vi samarbeider med en ny organisasjon i kommunen. Vi samarbeider også med enkeltarbeidsgivere for å finne arbeidsplasser til pasienter. For de pasientene jeg er primærkontakt koordinerer jeg (individuell plan) (20.10.03).

Koordinatoren får skole, PPT, OT, institusjoner, barnevern til å samarbeide om en bruker (21.10.03).

Samarbeidet med andre etater i kommunen er greit. Både i legetjenesten og andre etater er de interesserte. Vi blir møtt med respekt og viljen er god. Men det er få formelle treffplasser der vi kan ta opp det som er aktuelt for oss fortløpende. Vi har faste møter med sosialkontoret en gang i måneden (01.04.04).

Jeg forsøker å bringe kultur inn i psykiatrien, vi bruker en del kulturmidler, særlig overfor brukere av dagsenteret. Eksempelet er en tur vi arrangerte der vi kjøpte hjelp fra en lokal kulturpersonlighet (27.10.03 nr.2).

Det er også primærkontakten som hjelper brukerne i deres kontakt med DPS og foretak, selv om det er legen som har myndigheten til å henvise. Dette er gjennomgått i avsnittene 8.5.1 og 8.5.2.

En kommune har organisert en egen koordineringstjeneste som blir koblet inn når brukere trenger tjenester fra flere enheter i kommunen. Da melder primærkontakten behov for koordinering til enheten som tar det videre ansvaret for å kontakte andre enheter og organisere ansvarsgrupper. Enheten tar også på seg å gjennomføre møtene og følge opp arbeidet i disse gruppene. Koordineringstjenesten har myndighet på rådmannsnivå, noe som viste seg å være nødvendig for faktisk å klare å samordne ulike enheter. I det psykiske helsearbeidet ble det opplevd som positivt at denne enheten tok på seg slike oppgaver.

For det andre innebærer funksjonen som primærkontakt at sykepleieren er den personen pårørende tar kontakt med, når de har behov for tjenester eller informasjon fra kommunale eller andre enheter.

Vi har en koordineringsrolle. Det er også naturlig at vi tar ansvar fordi vi er primærkontakter (10.11.03).

Vi skal være den brukere og pårørende tar kontakt med, være deres kanal inn i systemet slik at de slipper å ringe til mange. Vi tar imot forespørsler og forsøker å finne ut av ting for brukere og pårørende, og ringer tilbake for å gi opplysningene vi har funnet. Vi bør være mer konkrete enn at vi bare henviser videre i systemet (21.10.03).

Andre primærkontakter viser til at det kan være vanskelig å ha kontakt med pårørende fordi det kan ødelegge det tillitsforholdet de har til noen av sine brukere. Uansett viser dette at funksjonen som primærkontakt er omfattende og mangesidig, uten at den nødvendigvis omfatter arbeidet med individuell plan.

7.6.2 Individuell plan

Individuelle planer skal utarbeides for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet. Det er gitt en rett til å få utarbeidet individuelle planer som er hjemlet i Pasientrettighetsloven, men også kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven hjemler slike bestemmelser (Veileder 2001). I følge kommunehelsetjenestelovens § 6-2a om individuell plan skal kommunehelsetjenesten utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Veilederen påpeker at initiativet til planen, samt det praktiske arbeidet med den, skal ivaretas av spesialisthelsetjenesten i nær dialog med hjemkommunen. Formålet med den individuelle planen er å konkretisere behovet for tjenester som den enkelte har, og hvordan disse behovene skal dekkes. Planen skal beskrive interesser og mål, og hva den enkelte mener vil være et godt eller egnet hjelpetilbud. Den som planene skal utarbeides for, må ha en sentral rolle i planarbeidet, og på en slik måte at vedkommende oppfatter at det er hans eller hennes plan. Det forutsettes i veilederen at det foregår en prosess som sikrer at de som har rett til individuell plan får all aktuell informasjon. Planen skal være resultat av et

forpliktende samarbeid mellom den det utarbeides plan for, en koordinator, og de instanser som leverer tjenestene (Veileder 2001).

Individuell plan er det pålagt å utarbeide for barn og unge, samt for de som har tvungent ettervern. For andre er det frivillig. Alle casekommunene i denne undersøkelsen har påbegynt arbeidet med slike planer, men det er foreløpig kun en som har satt dem i system. Det kan dermed se ut til at det psykiske helsearbeidet i kommunene delvis fraskriver seg ansvaret for slike planer. Dels argumenterer de med at brukere ikke ønsker dem, dels at foretaket og DPS ikke tar initiativ som de skal. Men det er også en del andre faktorer som spiller inn, ikke minst at arbeidet i kommunene ikke ser ut til å være særlig godt koordinert når det gjelder hvordan det arbeides med brukere. Det overlates i stor grad til den enkelte sykepleier og andre, å innarbeide planleggingen i egne rutiner. Dette blir markant i flere av kommunene som er i ferd med, eller nettopp har gjennomført omorganiseringsprosesser. Det er også økonomisk press i det psykiske helsearbeidet, og kravet om effektivisering gjør det ikke enklere for de ansatte å inkorporere arbeidet med individuelle planer i sine rutiner.

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

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

Vi har brukt individuell plan lenge i kommunen. Vi begynte med Sintef's plan tidlig på 90-tallet. Den utarbeides sammen med brukerne og legges fram i ansvarsgruppene. De det gjelder er i en prosess. Deres meninger er ikke stabile, de kan ombestemme seg. Det er en rett de må ha tilgang til i en prosess. Akkurat nå har vi en kontrovers gående om dataprogram i kommunen. Vi i psykisk helsearbeid ønsker å kjøpe programmet med den individuelle planen som Sintef har utarbeidet og som Helsedirektoratet anbefaler. Det vil ikke resten avkommuneadministrasjonen at vi skal gjøre(31.03.04).

....er tilhenger av ansvarsgrupper og individuelle planer. Den første planen laget jeg i 1998, den gangen det het tiltaksplan. Intensjonen i arbeidet er den samme, det er også tilsvarende måte å arbeide på. Det var mye arbeid til å begynne med, men det er et godt arbeidsredskap, gøy og konkret. Individuelle planer skal jo bare brukes hvis brukere vil, det kan være et problem. Hvis brukere ikke vil hender det at jeg setter opp en plan bare for å bruke den som et arbeidsredskap for meg selv. Planen er bra fordi en lettere kan se læring og mestring hos pasientene. De pasientene som vil ha plan kan lettere aktivt ta stilling til tiltakene og målene de setter opp. Individuell plan gjør arbeidet på en måte målbart(20.10.03).

Her viser sykepleierne til noen av fordelene med individuelle planer. Den konkretiserer og operasjonaliserer målsettinger i arbeidet med brukerne, og kan på den måten gi samhandlingen mellom brukere og sykepleiere en ny dimensjon. Dette illustreres av den siste informanten som peker på at arbeidet med brukerne

blir målbart; det er mulig å sette opp mål som de så i fellesskap kan oppleve å nå. Dette er viktig framholder denne informanten, fordi de så sjelden "får se så gro i denne jobben". Informantene påpeker likevel at det kan være problematisk å få brukere interessert i å delta i å utarbeide planer. Brukere forstår ikke umiddelbart hva som blir bedre ved å utarbeide en individuell plan, og de motsetter seg det eller de utsetter det.

Individuelle planer er en utfordring for sykehuset. Der skal de tenke på utskrivning med en gang. Alle tvangsinnlagte skal ha individuell plan når de skrives ut, andre pasienter skal ha det hvis de selv vil. I den individuelle planen får vi på plass behandlingsopplegg som kan videreføres av andre. Når bruken av dem synker inn på sykehusene, vil det bli bedre. Nå kontakter de gjerne førstelinjen uten å ha tenkt på individuell plan. De institusjonelle erfaringene med pasienten er en bit av den individuelle planen (21.10.03).

Kommunens arbeid med individuell plan er i startgropa. Vi har til dels brukt veilederen fra Helsedirektoratet, men nå er det utarbeidet en mal på fylkesplan. Omorganiseringen vi nylig har gjennomført har satt arbeidet litt tilbake. Vi har enda ikke opplevd at brukere fra andrelinjen har hatt individuell plan når de kommer til psykiatritjenesten i kommunen. De skal sette i gang arbeidet. Jeg har tro på at individuell plan vil kunne sette ting i system for brukere og ansatte, men det vil være krevende å sette det i gang. Det vil være krevende for den enkelte ansatte, selv er jeg redd for å bruke for mye tid på papirarbeid og ekstra koordinering (27.10.03 sosionom).

Også disse informantene peker på positive sider ved å utarbeide individuelle planer, men de er også konkrete på at det initiativet som foretak og DPS er pålagt, ikke følges opp. Dette kommer fram også i andre intervjuer, og det råder en form for oppgitthet i kommunene over den manglende kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten i foretak og DPS.

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

Jeg arbeider med individuelle planer for mine pasienter, ellers koordinerer vi via ansvarsgruppemøter. Jeg etablerer individuelle planer i den grad de etterspørres. Vi jobber med det kontinuerlig. Pasientene som er under tvungent helsevern skal vi lage planer for, men det gjøres også for å ha oversikt selv. Ellers er individuelle planer ikke særlig godt kjent i kommunen (02.04.nr. 2).

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

Alle de fire siste informantene viser til at arbeidet med brukere, og særlig arbeidet med individuelle planer, er overlatt den enkelte yrkesutøver å utforme, enten alene i kommunen eller med samarbeidspartnere i sykehus og DPS. Det er lite som tyder på at det foregår samarbeid i kommunene om utarbeidelse og iverksettelse av slike planer. Intervjuer med rådgivere hos fylkeslegene viser at det tas initiativ til at kommunene skal

arbeide med individuelle planer der, men også det blir i stor grad overlatt relasjonen mellom den enkelte yrkesutøver i kommunene, og rådgiveren og de kurs og seminarer vedkommende organiserer. De to siste informantutsagnene over viser også at psykisk helsearbeid ikke er særlig godt koordinert i kommunen. De to ansatte sykepleierne arbeider individuelt med sine brukere, og den koordineringen som blir gjort, gjøres via det som kalles psykiatrisk team i kommunen. Det er en bredt sammensatt gruppe som diskuterer psykisk helsearbeid både på generelt nivå, men også spesifikt for enkeltbrukere med sammensatte problemer. I denne kommunen var også det psykiske helsearbeidet uten egen organisasjon, og faktisk uten egentlig organisatorisk tilknytning i kommunen fordi det var lagt direkte under rådmannsnivå. Sykepleierne oppfattet det slik at ingen hadde ansvaret for det psykiske helsearbeidet.

Individuell plan er et godt redskap for brukermedvirkning. Det er brukere som har spurt etter det. Den individuelle planen er et godt redskap fordi den går rett på og ansvarliggjør samarbeidspartnere. Leger, DPS, sosialkontor, på enheten har man en koordineringsrolle. Arbeidet med individuell plan er enda ikke satt i system i kommunen, vi har planlagt et internkurs i løpet av november (10.11.03).

Kommunen arbeidet likevel med individuell plan for brukere som var i tvungent ettervern, eller andre komplekse brukere. En av grunnene til at arbeidet med planen var kommet kort i kommunen på dette tidspunktet var at de hadde forsøkt å arbeide med det sykepleieren benevnte "en lefse fra Sintef". Den hadde vært for stor og omfattende, og ble derfor uhåndterlig på kommunalt nivå. På internkurset, som var under planlegging, skulle de arbeide med en mal det var tatt initiativet til i regionens foretak, og den ble oppfattet som god og mer tilpasset kommunenes behov. Likevel ble det å sette i gang med individuell plan oppfattet som svært ressurskrevende, og dermed ble det gjort litt ad hoc.

Den kommunen som har etablert koordineringsenhet overlater arbeidet med individuelle planer til denne enheten. Det ble påpekt at arbeidet var på et innledende stadium og det ble gjort et estimat om at utarbeidelse av slike planer tok minimum 18 timer for hver plan. Det var selv om enheten i utgangspunktet hadde erfaringer med å sette sammen og koordinere arbeidet i ansvarsgruppene (28.10.03, koordineringsenheten).

Det kan være mange årsaker til at kommunene er kommet for så vidt kort i arbeidet med å utvikle individuelle planer for sine brukere av psykisk helsearbeid. Lenge ble arbeidsredskapet, malen som var utarbeidet av Sintef, betraktet som for omfattende, og det ble sett som for ressurskrevende å sette det i gang i kommunen. Men det blir også sett som et problem at individuell plan ikke spesifiserer en koordinatorrolle. Det ser ut til at det utvikler seg rutiner der den instansen eller enheten som har mest kontakt med bruker blir koordinator. Koordinatorfunksjonen kan dermed ligge i ulike enheter på kommunalt nivå, eventuelt til sykehus eller DPS, og funksjonen knyttes til enkeltperson, ikke enhet. Det kan også tenkes at ansatte i det kommunale psykiske helsearbeidet driver et for dårlig "salgsarbeid", at de ikke klarer å overbevise brukerne om at individuelle planer er et gode for dem.

7.6.3 Ansvarsgrupper

Odelstingsproposisjon nr. 29 1990/91 sier at lovfesting av særlige samarbeidsformer ikke er hensiktsmessig, men mener at samarbeid mellom sosialtjenestene og instanser på kommunalt nivå, som sosialtjenesten måtte samarbeide med generelt og i spesielle saker, bør lovfestes. Lov om helsetjenester i kommunene peker i sin § 6-6a på at helsepersonell som arbeider innenfor rammene

av loven skal samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker. Over så vi også at samarbeidet med sosialkontor ble sett som uproblematisk av mange innformer i denne casestudien. Den samarbeidsformen som har nedfelt seg er ansvarsgrupper. Slike grupper er et arbeidsredskap som skal favne bredt mellom ulike instanser i kommunene, og kan også omfatte statlig lokal administrasjon som trygde- og arbeidskontor. Erfaringene med slike grupper viser seg å være forholdsvis god i de fleste kommunene, men ikke alle hadde erfaringen av at dette fungerte like godt:

Det kan være vanskelig å samle andre etater til møte. Noen ganger er det direkte håpløst. Vi lager derfor behandlingsplaner som kun involverer oss. Å samle alle involverte etater er heksekunsten. Andre etater melder ofte avbud. Da får vi kjeften fra brukere og pårørende, men det er vi proffe nok til å takle (10.11.03).

I denne kommunen har de på sett og vis avfunnet seg med at ansvarsgrupper ikke fungerer og de legger sine planer uten å inkludere andre instanser i felles møter. Strategien er da å forholde seg til dem individuelt, og i stor grad er det sosionomen som tar seg av kontakten med andre instanser. I denne kommunen hadde de en sosionom i enheten for psykisk helsearbeid, men det var gjennomført en strikt arbeidsdeling som medførte at sosionomen hadde "sosionomoppgaver" uten å være operativ overfor brukerne på samme måte som sykepleierne.

Med ansvarsgruppene kunne sykepleierne rapportere at de hadde det samme problemet som med individuell plan; brukerne ønsket egentlig ikke å ha slike grupper:

Brukere spørres om de er interessert i å ha en ansvarsgruppe og det er de som skal sette dagsorden. Det vil si de som kan, og det er ganske mange. De vet ofte hva de vil, ønsker seg og har bruk for. Men vi strever med noen (28.10.03).

Vi har ansvarsgrupper for en del av våre brukere, det er for dem med sammensatt problematikk. Brukere må tillate det, derfor er det ikke alle som har. Min innfallsvinkel er å presentere ansvarsgrupper som en rettighet de har for at dem som er rundt brukerne skal samarbeide med deg som bruker. Vi skal jobbe i samme retning. Vi presenterer det som en gruppe der vi ansvarliggjør hverandre. Vi sier at der kan du presentere dine problemer og vi samarbeider for å finne løsninger. Det er løsningsorientert arbeid (01.04.04)

Sykepleierne må "selge" ansvarsgruppene overfor brukerne. De må gi nødvendig informasjon og forklare hvorfor og hvordan de enkelte brukere kan ta slike grupper i bruk.

Ansvarsgrupper og individuell plan ses i sammenheng i kommunene, jamfør en del av sitatene i avsnittet om individuelle planer. Individuelle planer inkluderer de instansene som også er aktuelle for ansvarsgrupper, og individuell plan forelegges i noen kommuner for ansvarsgruppene. Problemet er imidlertid at bestemmelsene om individuell plan ikke spesifiserer en koordinator på kommunalt nivå:

Vi har lagt oss på en policy der den som har mest kontakt med vedkommende bruker også tar koordineringsansvaret. Det kan bli ulike etater. Vedkommende som har koordineringsansvaret har ansvar for praktiske ting relatert til brukere. Vi knytter ansvaret til navn, til enkeltansatte, ikke til instans. Når brukeren har ansvarsgrupper diskuterer vi alltid hvem som skal ha koordineringsansvar (21.10.03).

En slik strategi kan vise seg å bli problematisk, mener andre sykepleiere, fordi brukere ikke bør overvære slike diskusjoner. I noen tilfeller har det også hendt at de diskuterer penger og tiltak med brukere til stede, og det har medført at ansvarsgrupper oppfattes som et problematisk arbeidsredskap, jamfør sitat fra informant 27.10.03.nr. 1 side 47.

7.7 Involvering av brukere

Involvering av brukere i det psykiske helsearbeidets ansikt til ansikt relasjoner er også motsetningsfullt, og det viser seg at sykepleierne møter motsetningene på forskjellige måter. På den ene siden er det sykepleiere som mener at det finnes elementer av behandling og annet brukere ikke skal ha mulighet til å bli direkte involvert i. På den annen side er det sykepleiere som aksepterer at brukere trekker seg tilbake fra kontakten med dem, selv om sykepleierne oppfatter at det ikke er den beste løsningen for den enkelte bruker.

En tredje kategori sykepleiere mener at hvis brukere motsetter seg å få hjelp, har de ikke, eller de har mistet motivasjonen sin. Derfor oppfatter sykepleiere at de har ansvar for at brukere ikke mister motivasjonen til å gjøre noe med sine problemer. De etablerer et sett med prosedyrer, eller bestemte måter å inngå i samhandling med brukere på, som sikrer at brukere ikke føler seg manipulert og at de har fattet beslutningene sine ut fra et minimum av konsumentkunnskap, uten at hele initiativet er overlatt brukerne. Brukere involveres altså i samhandling med primærkontakten, og det er i denne samhandlingen brukere får en mulighet til å artikulere hva de ønsker vedkommende skal gjøre for seg. Sykepleierens funksjon som koordinator, eller primærkontakt, er viktig fordi vedkommende fungerer som brukernes kanal inn i helsetjenesten.

Involvering av brukere i sykepleieres oppgaver som har med samarbeid, samordning og koordinering å gjøre, kan gjennomføres på flere måter. Brukere kan høres angående henvisning til andre instanser som sykehus, DPS, lege og psykisk helsearbeid, og de kan involveres i arbeid med individuelle planer og ansvarsgrupper. Denne helsetjenesten koordineres gjennom arbeidsredskapene individuelle planer og ansvarsgrupper. Arbeidet med individuelle planer er ikke kommet like langt i alle kommuner og mange har hatt startvansker. Dels begrunnes disse vanskene i at arbeidsredskapet ble ansett som å være komplisert, dels i press i kommunehelsetjenesten, og dels i at ansvarsforholdet og hvor koordinatorfunksjonen skulle ligge har vært uavklart mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det begrunnes også i at brukere ikke er interessert i å ha individuelle planer fordi de ikke skjønner nytten av dem.

De ansatte i det psykiske helsearbeidet oppfatter selv at de må være gode selgere for å få brukere interessert i tiltak, og trolig omfatter dette også de individuelle planene. De ansatte som har tatt arbeidsredskapet i bruk er fornøyde med det fordi det representerer en mulighet til å operasjonalisere og konkretisere arbeidet med brukerne, samt å faktisk se at det er mulig å nå noen mål. Materialet tyder likevel ikke på at det legges til rette for å utarbeide individuelle planer fra kommunenes side. Det er et tiltak som det fortsatt er i prosess å utvikle, og kun i tre av de syv casekommunene eksisterer det en omforent innstilling innenfor det psykiske helsearbeidet om at slike planer skal utarbeides. I den ene er arbeidet løftet ut av enheten for psykisk helsearbeid og opp på rådmannsnivå til en egen koordineringsavdeling, et tiltak som så ut til å fungere godt. I andre kommuner overlates utarbeidelse av individuelle planer til de enkelte ansatte, som må finne plass til det innenfor eget arbeid.

Ansvarsgrupper er i større grad enn individuelle planer et arbeidsredskap som er utviklet på kommunalt nivå. Det har kommunene erfaring med fordi det er tatt i bruk i andre enheter tidligere, men det var fortsatt et problem å få ulike kommunale organisasjoner og enheter til faktisk å være villige til å møtes. Spesielt ble det vektlagt at fastlegene ikke prioriterte slike møter, og at også andre enheter ikke så det som sitt ansvar å faktisk følge opp ansvarsgruppene. Også ansvarsgrupper kunne det være problematisk å få brukere til selv å etterspørre fordi de ikke umiddelbart så nytten av dem. Det ble også påpekt at ansvarsgruppemøter kunne være et problematisk redskap for å involvere brukere, fordi det ble snakket for mye om tiltak, penger og hvor ansvaret for individuelle brukere faktisk burde ligge, med brukere tilstede. Dette kan medføre at brukere kan oppleve at de er kasteball i systemet fordi ingen enheter eller instanser vil ha ansvar, heller enn at dette tones ned ved at ansvaret faktisk plasseres. Ingen av disse tiltakene garanterer at brukere faktisk får tilgang til de tiltakene som diskuteres i ansvarsgrupper eller inkluderes i planer. Dette faktum, samt at det i liten grad legges til rette for at disse tiltakene kan gjennomføres, medfører at de får en noe uklar status som redskaper som kan tas i bruk for faktisk å involvere brukere i egen behandling og utvikling av tiltak.

Begge disse arbeidsredskapene har som målsetning å gå på tvers av enheter i kommunene, samt være nivåovergrepene og fungere koordinerende mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Forutsatt at de tas i bruk og at de fungerer, så har det et potensial til faktisk å være et redskap som sikrer samarbeid og koordinering på og mellom nivåene. Samarbeidet mellom nivåene, slik det ble framstilt i kommunene, har likevel et stort forbedringspotensial. For det første mener kommunehelsetjenesten at det er for få sengeplasser både ved sykehus og DPS, at det er for lange ventetider på behandling ved disse institusjonene og at det er for lite kunnskap og forståelse for hva det psykiske helsearbeidet i kommunene innebærer. Hvis brukerne får behandling er det problematisk å få informasjon om hva som har foregått og hva som er brukeres tilstand når de kommer tilbake til det kommunale psykiske helsearbeidet. Muligheter for henvisning er uansett en ressurs i det arbeidet som drives i det kommunale psykiske helsearbeidet, men som ramme rundt å involvere brukere i egen behandling ser det ut til at det fortsatt fungerer dårlig. Det kan se ut til at henvisninger i stor grad fungerer med hensyn på en lineær logikk der økonomisk/administrative eller profesjonelle hensyn står i fremste rekke.

Involvering av brukere i det kommunale psykiske helsearbeidets ansikt til ansikt og terapeutiske relasjoner ser altså ut til å kreve mye tilrettelegging både fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten. De objektive kjennetegnene ved yrkesgruppens arbeidsoppgaver, altså de ressursene yrkesgruppene har tilgang til for å kunne gjennomføre arbeidet med brukere på en tilfredsstillende måte, må være på plass. Det må være mulig å henvise brukere til sykehus og DPS, og det må være mulig å få til et tilfresstillende samarbeid i ansvarsgrupper og med å etablere individuell plan. Det ser også ut til at det bør være en faglig ledelse for det psykiske helsearbeidet som kan omgjøre nye krav til yrkesutøvelsen til konkrete arbeidsoppgaver for profesjonelle medarbeidere. Dette ser ut til å være nødvendig fordi det er stadige endringer i yrkesgruppens arbeidsbetingelser.

8 Ikke-organisert involvering; medarbeidere i andre stillingskategorier og dagsentra

8.1 Innledning

Ved siden av pleieyrkene er sosionomene den numerisk største av de treårige helse- og sosialyrkene i det psykiske helsearbeidet. I denne studien er det gjennomført fire intervjuer med sosionomer og ett intervju med barnevernspedagog, ett intervju med vernepleier, to med hjelpepleier, samt to intervjuer med til sammen fem miljøarbeidere. Miljøarbeiderne har blandet utdanningsbakgrunn, det var to aktivitører, en ergoterapeut og to med realkompetanse. Det var bare en av sosionomene som var operativ i direkte arbeid med brukere, en av de andre var ansatt i en sosionomstilling ved en enhet for psykisk helsearbeid, en var ansatt i en sosionomstilling i spesialisthelsetjenesten, og den fjerde var leder av et dagsenter. Også en psykiatrisk hjelpepleier, barnevernspedagogen, og en ergoterapeut var ledere av dagsentra. Vernepleieren var leder av et bo- og rehabiliteringstilbud. I dette kapitlet skal det gås nærmere inn på hvordan disse medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet la til rette for at brukere kunne involveres.

8.2 Sosionomer

Psykisk helsearbeid er ikke nytt for sosionomene. Før den tverrfaglige utdanningen i psykisk helsearbeid ble etablert var det også mulig for sosionomer å spesialisere seg i klinisk arbeid og være virksom i psykisk helsearbeid, både i kommunene og i institusjoner. En sosionom som inngår i materialet har videreutdanning i psykisk helsearbeid, en har SEPREP, en har kognitiv spesialisering som kvalifiserer vedkommende til å arbeide på feltet, mens den siste hadde videreutdanning i organisasjonsfag og veiledning.

To av sosionomene var i det som kan karakteriseres som tradisjonelle sosionomstillinger knyttet til psykisk helsearbeid. En var i spesialisthelsetjenesten, den andre i kommunehelsetjenesten. I disse stillingene opprettholdt de brukeres kontakt med det bredere hjelpeapparatet, med brukeres hjelpere på utsiden av det psykiske helsearbeidet.

Sosionomen kartlegger pasientens hjelpere. Det er fra fastlege til advokat (22.10.03).

Kontakten sosionomene tok på seg å etablere og vedlikeholde mot kommunene impliserte kartlegging av brukeres problemer:

Vi må kartlegge hva som forsterker lidelsen ute i verden. For eksempel er bolig et gjentakende tema, det er også problemer i familien. Vi må lage oss et bilde av pasientens liv og koble ytre faktorer sammen med den medisinske behandlingen". "Vi skal hjelpe dem med å skape orden i de ytre forholdene og på den måten bidra til at den psykiske helsen optimaliseres. Bolig er et særlig vanskelig punkt og det er helt basalt å ha det på plass" "Vi kan lære pasientene å lete i boligannonse, vi kan skaffe dem økonomien (22.10.03).

Videre gjør sosionomene vurdering av om pasientene har tapt utdanning og om det er mulig å koble dem på et utdanningsløp igjen. De hjelper brukeren med å tematisere sine rettigheter til utdanning og generelle økonomiske rettigheter. De etablerer og driver ansvarsgrupper og arbeid med individuell plan. Kontakten de har utad impliserer likevel først og fremst et ganske stort arbeid mot det kommunale byråkratiet og det å skaffe brukere bolig ble betegnet som den oppgaven som fikk størst prioritet. Mange, særlig blant de yngre, har aldri skaffet seg egen bolig, samtidig er det ofte helt nødvendig at de får en egen bolig fordi de opplever konflikt i familien.

Det sosiale arbeidet som gjøres for brukere impliserer også å vise dem videre i det kommunale hjelpeapparatet:

Noen brukere har ingenting og trenger det meste. De har ikke nettverk, ikke bolig ikke inntekt. Da er det vår jobb å koble dem på ulike instanser.... Vårt ansvar dreier seg også om å finne ut om andre kan gi adekvat hjelp og lede brukere videre (11.11.03).

Sosionomene oppfatter at det er kommunene som har det endelige ansvaret for brukere og at det arbeidet de selv gjør er viktig for å sette fokus på det kommunale systemet. Blant annet gjør de det ved å ta initiativet til ansvarsgrupper, et initiativ som det i blant oppleves at ikke er tatt før, selv om brukeren har vært i systemet en tid:

Vi tror at de instansene der ute som hjelper den enkelte pasient vet om hverandre, men det er ikke alltid slik. Noen ganger treffer de hverandre for første gang når vi kaller dem inn til møte her. For nysyke er det jo ok, for andre er det ikke like bra (22.10.03).

Oppfatningen sosionomen i kommunen har er noe bedre og vedkommende mener at ansvarsgrupper er et godt redskap i arbeidet med koordinering:

.... det er et redskap vi bruker bevisst ved enheten, for de brukere som har sammensatte problemer. Deltakere i ansvarsgrupper er instanser som fastlege, sosialkontor, trygdekontor, a-etat, arbeidssamvirket, DPS, habiliteringsteam, rehabiliteringsteam, sykehus, BUP, voksenopplæring og skolekontor (11.11.03).

Det ble altså samarbeidet bredt, men også påpekt at samarbeidet var personavhengig. Dette dreide seg oftest om legene, noen av dem stiller opp, andre gjorde det til regel å la være å møte i ansvarsgruppert. Det ble også påpekt at noen kontorer, for eksempel skolekontoret, ikke var involvert i samarbeid særlig ofte.

Det er også sosionomenes oppfatning at det noen ganger går veldig sakte i kommunene. Fra spesialisthelsetjenesten er oppfatningen at det noen ganger ser smått ut det kommunene har å tilby brukerne av de psykiske helsetjenestene. Vedkommende påpekte at Opptappingsplanen representerte et løft, og at før den kom fokuserte kommunene i

liten grad på psykiatri. Det ble også påpekt at kommunene er byråkratiske organisasjoner. De har ulike rutiner og prosedyrer for inntak av brukere og de har ofte byråkratiske søkeprosedyrer. Disse kunne det være vanskelig for sosionomen å skaffe seg rede på, og hvordan var det da for brukere, var det retoriske spørsmålet som ble stilt.

Sosionomene så det altså til dels som sin oppgave å bidra til å organisere ansvarsgrupper, men det var forskjell i hvilken grad de anså utarbeidelse av individuell plan som del av ansvarsområdet de hadde. Kommunesosionomen var klar på at ansvaret lå hos de ansatte i det psykiske helsearbeidet:

Det er de ansattes ansvar å få til en dialog, skape grobunn for refleksjon. På bakgrunn av opplysninger kan de gjøre seg kjent med brukere. Når de er kjent med brukere kan de lettere få en forståelse for om de er modne for individuell plan. Selve ordet er vanskelig for mange brukere, de klarer ikke forholde seg til det 11.11.03).

I denne kommunen er det en omforent innstilling til individuell plan i enheten for psykisk helsearbeid. Det pekes på at det er utarbeidet en mal og at arbeidet med den omtales som en kartlegging av hjelpere den enkelte bruker har.

Sykehussosionomen pekte i større grad på at hvor ansvaret ligger bør tydeliggjøres i lovgivningen:

Slik det er nå, er lovverket for utydelig; det går ikke klart fram hvem som har hovedansvaret for å ta fram dokumentet og initiere planen. Det er heller ikke tydelig på hvem som skal jobbe med den. Det driver vi på med i våre relasjoner til andre nivåer; vi filer på hvor i systemet, hvilket forvaltningsnivå det er, som har ansvaret for å initiere og lage individuelle planer (22.10.03).

Denne holdningen begrunnes med at det er press i systemet, og at det skal ses som reelt at det er tid og mulighet til å starte arbeidet med planene.

Oppsummering

De sosionomene som er intervjuet og som er i tradisjonelle sosionomstillinger i tilknytning til det psykiske helsearbeidet, ser ikke sin rolle som en som skal endre sentrale elementer av måten arbeidet drives på. De går inn i etablerte arbeidsformer og gjennomfører de oppgavene som er lagt til stillingen de har. Sosionomen i kommunen peker også på at det er viktig å ikke "trække i hverandres bed". Arbeidet som gjøres skal være komplementært til det arbeidet psykiatrisk sykepleier har ansvaret for, det kan ikke, slik disse sosionomene ser det, være snakk om at de ulike yrkesgruppene skal erstatte hverandre ved å ta fatt i hverandres arbeidsoppgaver.

8.3 Dagsentra

Det kan se ut som om formålet med å etablere dagsentra i kommunene er todelte. For det første er aktivisering en viktig målsetting, dernest går sentrene inn som en aktiv del av ettervernet for brukere. I denne funksjonen drives det aktivitet som grenser til behandling, selv om det understrekes at sentra ikke skal behandle. Dagsentra tas i bruk på denne måten for å ha mulighet til å differensiere tiltakene og tjenestene til de enkelte brukere, og er i den rollen det stedet tiltak er lokalisert til. Dette dreier seg oftest om samtaler og aktivitet i grupper for ulike diagnoser, og det kommes det tilbake til i en senere rapport. I dette avsnittet skal den første målsettingen tas opp.

Som vi så i kapittel to er det en kommune som er helt uten dagsenter, mens en har et tilbud som er åpent en dag i uken. Det drives av den psykiatriske sykepleieren, og det er ikke gjort separat intervju for å kartlegge virksomheten ved dette senteret. Det er altså de to minste kommunene som enten ikke har dagsenter, eller tilbyr en dagsentertjeneste kun i svært liten målestokk. I begge ble det påpekt at brukerne har tilgang til dagsentra i større nabokommuner.¹¹ Dagsentra som er besøkt er ulike. De varierer med hensyn på antallet åpningsdager i uken, antallet brukere, antallet ansatte, ansvarliges utdanning og hvilke typer aktiviteter som tilbys.

Åpningsdager

Senteret med bare en åpningsdag er ikke med i denne gjennomgangen. Det senteret med flest åpningsdager var åpent seks dager i uken for brukere av kommunenes psykiske helsearbeid. Senteret er stengt fredager og brukes da som åpen barnehage, et forebyggende mor-barn-tiltak. Ellers er dette senteret åpent i helgene, og brukerne har selv ansvaret, sammen med helgevikarene, for at det lages middag for brukere. Brukere har også ansvaret for at senteret holdes åpent i helgene. Her, og ved et annet senter, er det åpent i sommerferien, brukere har også ansvaret for det. Ellers ser det ut til at sentra holdes åpne alle virkedager i uken, men at noen dager reserveres spesielle brukergrupper. Det vil si at ikke alle brukere kan komme alle dager.

Brukere

Sentra er åpne først og fremst for brukere med alvorlige psykiske lidelser. Ved et senter er det mulig for brukere med lettere lidelser, aldersdepresjoner ble nevnt, å komme en dag i uken, dette er ikke mulig ved de andre sentra som inngår i datamaterialet. Ved det senteret med færrest brukere er det 6-15 brukere som er innom hver dag i løpet av en uke. Ved det senteret med flest var det på tidspunktet registrert 100 brukere. Deretter et med 85. Ved dette senteret er det ca. 50 ulike brukere som er innom i løpet av en uke. Hver dag dreier det seg om 15-35 brukere. Dette senteret er åpent for alle som vil tre dager i uken, de to andre er det bare utvalgte grupper som kan komme. Inndeling av brukere i grupper har forskjellige målsettinger, ved ett senter gjøres det fordi senteret er lite og ikke har plass til at mer enn 10 brukere kan være der samtidig. Dette senteret har til gjengjeld flere typer fellesaktiviteter som det gås nærmere inn på nedenfor. Flere av sentra har etablert søkeprosedyrer enten for at brukere skal kunne ta dagsenteret i bruk, eller for å dele brukere inn i grupper. Det er to dagsentra der alle brukere søker om å bli vurdert som bruker av dagsenteret. Slike prosedyrer begrunnes med at sammensetningen av brukere må være god, brukerne må passe sammen for å kunne fungere både i den store gruppen og i eventuelle mindre grupper satt sammen for spesielle formål.

Ansatte

Alle sentra har flere typer yrkesgrupper ansatt. Psykiatriske hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, miljøterapeuter og miljøarbeidere. Ett senter ledes av sosionom, ett av en barnevernspedagog, to av psykiatriske hjelpepleiere og ett av ergoterapeut. Alle intervjuede ledere er i 100 % stilling, av de andre ansatte er noen i små stillingsbrøker på dagsenteret, for eksempel en dag i uken for å arrangere et spesielt tiltak, eller som aktivtør i 40 % stilling. Et senter har valgt å ha en ansatt på kjøkkenet i 30 % stilling, mens andre steder lager brukere og ansatte mat sammen. Det pekes på, fra alle sentra, at det er knapphet på ansatte, og Opptappingsplanen har til dels bedret situasjonen ved at tilbudene til brukere har økt, til dels har midlene kun hindret reduksjon i antallet tiltak.

¹¹ For en av kommunene var det mulig å kontrollere utsagnet. Tilgangen var der, men det var ingen fra den lille kommunen som benyttet seg av muligheten til å komme til dagsenteret.

Dette begrenser også åpningstidene, den var fra 10-14 ved de fleste besøkte sentra. Ett senter hadde åpent fra 10-15.

Dagsentra er sjelden dimensjonert i relasjon til antallet brukere som inngår i det som kan kalles et opptaksområde, men må dimensjoneres i relasjon til tilgjengelige økonomiske midler. Det gjelder også for de aktivitetene som skal gjennomføres på et dagsenter, og følgelig varierer de besøkte dagsentra mye med hensyn på hva det er mulig å tilby brukere. Aktiviteter spenner fra det mest passive som er å arrangere kafé for brukere, til det som kan karakteriseres som det mest aktive som er fysisk aktivitet. Mellom disse ytterpunktene ligger det mange ulike typer aktiviteter som det skal kommes nærmere inn på nedenfor.

8.3.1 Aktiviteter

Aktivisering ved dagsentra som drives i kommunal regi inngår også som en del av det kommunale psykiske helsearbeidet, og er en integrert del av virksomheten ved avdelingen eller enheten. Aktivisering og involvering av brukere skjer i former som kontrolleres av de ansatte i det psykiske helsearbeidet, og brukere involveres på mange ulike måter i et bredt spekter av aktiviteter og tilbud. Slike dagsentra er aldri fullstendig brukerstyrte fordi det vil være uforenlig med behovet det psykiske helsearbeidet i en kommune har for, via kontrollert vis, å kunne aktivisere sine brukere. Brukere involveres likevel i beslutninger som fattes, som regel via allmøter eller ved at myndighet delegeres til grupper av brukere satt sammen for å fatte beslutninger på gitte områder, og et par sentra har enkeltaktiviteter som er brukerstyrte. Ved dagsentra der det er mulig drives det også et arbeid for å inkludere brukere i andre typer dagsentra, og ansatte ser gjerne at brukere går til såkalte brukerstyrte sentra. Aktivitetene ved sentra er ellers variert. Det drives enkle og mer avanserte kafeer, det er verksteder av forskjellige typer så som reparasjonsverksteder, snekker- og dreieverksteder, glassverksteder, maleverksteder og arbeidsstuer. Det lages kniver, klokker, jærstoler og glass, det males bilder og det males på silke og glass. Et sted tar de inn kommunens utemøbler til reparasjon og vedlikehold. Ett annet sted er det satt i gang et prosjekt med vedhogst. Alle sentra i materialet har forskjellige former for organisert fysisk aktivitet og alle tilbyr ulike former for kurs.

Aktivitetsgrupper

Det ble altså etablert ulike aktivitetsgrupper fordi de som kommer på dagsenteret skal trives og passe sammen med andre som kommer dit. Aktivitetene som arrangeres for ulike grupper fordeles på ulike dager, gjerne slik at forskjellige grupper av brukere kommer til faste dager og tider.

Tirsdager er det damer mellom 30 og 50 som bruker huset. ... Onsdager er det en egen gruppe på fem yngre menn som bruker huset. De har en schizofrenidiagnose (27.10.03).

Ergoterapeuten har grupper om onsdagen. Det er fotballgruppe og sykkelgruppe. Det er grupper som er kommet til etter initiativ fra DPS og gruppene retter seg spesielt mot yngre menn fra 20-25 år". "Fredager er det volleyball (20.10.03).

Torsdager er det en lukket gruppe og de som deltar må søke om for å få plass. Det er godt voksne schizofrene med psykoseerfaring". "Onsdager samarbeider dagsenteret med kulturtjenesten. Da er vi ute i friluft på tur (28.10.03).

I dette ligger det også at noe av aktiviteten deles etter både kjønn og alder i tillegg til sykdomsbilde. Menn får i stor grad tilbud om å delta på snekkerverkstedet, det vil si arbeide med treskjæring, knivlaging eller ved dreiebenken, og de bowler og spiller kort. I slike verksteder ble det ikke observert kvinner, de var på arbeidsstuen eller i maleverkstedet.

Å dekke behovet mannlige brukere har for å bli aktivisert, spesielt yngre menn, satte tilsynelatende i gang kreative prosesser hos personalet, og det var derfor tiltak som bowling, klatring, kortspill, ballspill etc. kom i gang. Trolig gjøres det på tidspunktet viktige erfaringer om kjønn, alder og aktivisering ved forskjellige dagsentra i landet. Brukergrupper som spenner over ulike kjønn og aldre trenger et mer variert aktiviseringsstilbud enn ensartete grupper, som trolig var mer vanlig før Opptrappingsplanen kom i gang. Erfaringen ved sentra i datamaterialet er at de vanlige aktivitetene ikke enkelt kunne tas i bruk for å inkludere nye brukergrupper, og særlig er det pekt på at det manglet aktiviteter som rettes mot unge mannlige brukere. Det etableres altså en kjønnsdeling, og muligens også en aldersdeling, når det oppdages at nye grupper av brukere ikke kan inkluderes i gamle aktiviteter. Deretter kan det se ut til at erfaringene er at et aktivitetstilbud kan forbeholdes ett kjønn en stund, for så å tilbys enten til en større gruppe av brukere eller til alle som sokner til senteret. Likevel er det noen kjønns- og alderdelte grupper som beholdes intakte fordi det etter hvert skapes selvstendige prosesser av miljøarbeid i slike grupper, altså at deltakerne begynner å relatere seg til hverandre uten de ansattes hjelp. I slike tilfeller beskyttes gruppene mot press utenfra. Eksempler på slike prosesser er det når kvinner i en håndarbeidsgruppe avtaler å møtes på fritiden i en syklubb, eller når deltakere i en gruppe begynner å reise på kunsthåndverksmesser for å selge det de har laget.

En del av de nyere aktivitetene ser ut til å være fellesaktiviteter. Det dreier seg om maling, silkemaling eller glassmaling. Sentra arrangerer også turgrupper og, som vist over, grupper som rettet seg spesifikt mot fysisk aktivitet. De arrangerer også aktiviteter av typen turløp, både vinter og sommer, og ved ett senter er det mulighet for å delta på klatrekurs. Ved alle sentrene er de opptatt av at brukere skal være ute, og det arrangeres utedager av forskjellig type og hyppighet. Videre arrangeres ulike typer andre kurs så som datakurs, bridgekurs, tegne- og male kurs eller dansekurs. Alle slike kurs har deltakeravgift, og det ble gjort til et poeng at brukere betaler egenandeler.

Det er kun ett av sentrene som peker på at aktivitetene de driver fungerer som arbeidstrening.

Samarbeid

Dagsentra samarbeider ofte med eksterne aktører for å holde aktiviteten sin i gang. Norske Kvinners Sanitetsforening, Røde Kors og Lions er frivillige organisasjoner det samarbeides med. Sanitetsforeningen og Lions sponser noen av dagsentra i materialet for eksempel med datamaskinger eller ved å gi pengegaver. Røde Kors nevnes oftest som samarbeidspartner i spørsmålet om bilkjøring. Organisasjonen låner ut bil, noen ganger også med sjåfør. Å ha tilgang til bil ble ansett som et gode av ansatte ved dagsentra, det økte fleksibiliteten og muligheten til å gjennomføre turer. Kun ett av de fem sentra i materialet har egen bil. Av kommunale etater ser det ut til at kulturetaten kommer best ut i spørsmålet om samarbeid. I tre kommuner framhever dagsentra denne som en aktiv samarbeidspartner, i en fjerde er det et samarbeid med etaten, mens i den siste kommunen er det ikke noe samarbeid mellom dagsenteret og kulturetaten. Videre samarbeides det med frivillighetssentralen i kommuner som har en slik, og i to kommuner nevnes det spesielt at dagsentra samarbeider med DPS. Samarbeid med DPS dreier seg om brukere med aktiv sykdom som kan være ved sitt dagsenter og gjennomfører vanlige aktiviteter i

perioder de er innlagte ved DPS. Ved ett dagsenter framheves det at det arbeides aktivt opp mot DPS og sykehus for å kunne integrere brukere i dagsenterets virksomhet så tidlig som mulig etter behandling. Ett dagsenter viser til at de har et aktivt samarbeid med Folkeuniversitetet om kursvirksomheten.

Mat

Mat er viktig i dagsentrenes drift, og ved de besøkte dagsentra har de gjort erfaring med at mange brukere etter hvert får et dårlig kosthold. Det ble for eksempel pekt på at derfor ble det ikke lenger servert vafler hver dag, det var usunt og ble byttet ut med andre og sunnere alternativer. Det er ikke alle sentra som har tilstrekkelige fasiliteter til å tilby sine brukere middag alle åpningsdager. Det er kun tre av dem som har mulighet til det, og det blir pekt på at å ha et sted å spise middag til en rimelig penge er viktig for mange brukere. Et senter har fast ansatt i 30 % stilling som står for matlaging, ved de to andre er matlaging et ansvar for brukere og ansatte i fellesskap. Et senter har mulighet til å tilby middag en dag og stor lunsj en annen dag i uken. Til daglig tilbys det frokost i form av at det settes fram knekkebrød, ost, frukt og grønt om morgenen, og som står framme en stund. Ved dette senteret hadde brukere ytret ønske om å lære om mat, og på tidspunktet var det planlagt kurs med ernæringsfysiolog. Da skulle de lage mat sammen med brukere og sette sammen oppskrifter som brukere kunne lage selv hjemme. Det er også muligheter for brukere å lage matpakker, og før turer etc. ble dette gjort. Dagsentrenene i de største kommunene drev også tradisjonell kafédrift. Det vil si at det er mulig å bruke et lokale i senteret på spesielle tidspunkter, og at det er mulig å kjøpe rundstykker eller skiver, samt varme og kalde drikker til en rimelig penge. Det var kun ett senter som var så stort at det var etablert et eget rom til kafé.

Nettverk

Dagsentra tas i bruk for å øke brukernes nettverk. Psykiatriske sykepleiere ga uttrykk for at de anså det som viktig å hjelpe sine brukere til å ta i bruk dagsenteret de soknet til, og det ble beklaget som en mangel i kommuner som ikke hadde dagsenter. For mange brukere var det vanskelig å relatere seg til dagsenteret, de måtte ha hjelp og motiveres til å ta det i bruk. Ledere ved dagsentra var tydelige på at det blir arbeidet mye med å integrere nye brukere i dagsenterets virksomhet. Beskrivelsen over av hvordan de ulike gruppene ble etablert, og hvorfor, peker også på at dagsentra anses som redskapet det psykiske helsearbeidet kan ta i bruk for å skape nettverk for og mellom brukere. Det ble pekt på at de ansatte hadde mye ansvar i denne sammenhengen, de skal skape tryggheten, så gjør ofte brukere selv mye av det resterende arbeidet:

Poenget er å skape trygge omgivelser, det er en betingelse for at brukere skal ta fram sine ressurser. Vi skal tilby et sosialt fellesskap i trygge omgivelser, og som skal gi muligheter til vekst og utvikling. Det er like viktig at de tar seg av hverandre som at de er aktive. De kan bruke hverandre i fellesskap når de er trygge (20.10.03).

Trygge omgivelser er de stabile omgivelsene, de som brukeren ofte må bruke lang tid på å venne seg til, og faktisk tørre og ta i bruk. Denne lederen peker også på at det er fordi brukere skal ses at dagsentra skal ha personale med ansvar:

Det er et av poengene med stedet, at brukere skal ses. Vi passer på at noen sier hei til dem, og vi følger alltid til døren. Da får de ha oss for seg selv et lite øyeblikk og det kan være en mulighet til å si noe om ting som har skjedd. Noen kommer bare innom en kort stund, poenget er at de har sett noen, og at de er blitt sett selv (20.10.03).

Oppsummering

De to målsettingene med dagsentervirksomheten flyter på mange måter sammen, og både å etablere og drive gruppevirksomhet, samt aktivisering generelt er viktig. I spørsmålet om å aktivisere brukerne er etablering av nettverk et viktig tema og det kan se ut til at sentrene har som overordnet målsetting å gi brukere muligheter til å skaffe seg et nettverk, først og fremst av venner, men også av ansatte i det psykiske helsearbeidet; brukere skal hjelpes til å få flere mennesker å relatere seg til. Det innebærer at dagsentrene omfatter både subjektive og objektive kjennetegn ved arbeidsoppgavene som er definert for ansatte i det kommunale psykiske helsevernet.

8.4 Involvering av brukere

Det er dagsentra som har den viktige rollen som det stedet der brukere faktisk kan involveres. Involvering her betyr at brukere deltar på flere måter. For det første dreier det seg om både direkte og indirekte deltakelse i å fatte beslutninger. Den direkte deltakelse foregår i allmøteformen, den indirekte ved at det velges ut grupper som får ansvar for spesielle deler av dagsentras virksomhet. For det andre betyr det deltakelse i form av å organisere tiltak og annet, dette dreier seg om å organisere frivillig arbeid i tilknytning til senteret, turer eller matlaging, samt å rydde eller gjøre annet forefallende arbeid. For det tredje involveres brukere gjennom de aktiviteter de deltar i, og for det fjerde involveres de i relasjoner både med ansatte og med andre som benytter dagsentra og som aktiviserer seg. De to siste formene for brukerinvolvering, som er terapeutisk i karakter, er gjennomgått over, det er derfor de to første som skal være særlig i fokus i dette avsnittet.

8.4.1 Allmøter

Alle dagsentra har allmøter og de gis ulike navn. Husmøte er det vanligste. Allmøter avholdes enten hver eller hver annen måned, avhengig av om det eksisterer grupper som har delegert myndighet på forskjellige saksområder som er brukerstyrte. Møtene tas i bruk for at alle brukerne av dagsentra, og ansatte, skal ha mulighet til å ytre seg om aktiviteter og annet ved senteret. Allmøtene brukes også til å gi informasjon fra ulike instanser og organisasjoner. Det ble framhevet at ansatte også skal ha mulighet til å si sin mening, og at de bør kunne gjøre det med brukere til stede. Ved siden av at det gis informasjon medvirker allmøtene til å forme de ansattes arbeidsplass. At de ansatte argumenterer for sine syn, for eksempel med hensyn på tiltak de må følge opp, ble derfor ansett som rimelig:

Vi har sett at grensene mellom hva som er informasjon og orientering fra ansatte, og hva som er argumenter er veldig flytende. Men samtidig må det også gis informasjon....(18.02.04).

Allmøtene brukes likevel i hovedsak til at brukere tar initiativer og kommer med forslag til aktiviteter, samt at reiste forslag diskuteres. Datamaterialet inkluderer en observasjon av allmøte. Det viste seg raskt at brukere forholder seg veldig ulikt til det å være til stede og ta i bruk et slikt forum. Noen brukere er positive. De tar utgangspunkt i eksisterende aktiviteter og har forslag til forbedringer eller ting som kan gjøres i forlengelsen av disse. Andre er entydig negative. De er ikke interessert i eksisterende aktiviteter og har ikke forslag til andre aktiviteter de heller ønsker å sette i gang. Det er også helt tydelig at allmøtet tas i bruk av de utadvendte, mens de mer innadvendte forholder seg passive og tause. Noen brukere har gode synspunkter på saker, men klarer ikke å følge med, og kommer derfor med kommentarer som er ute av fokus (18.02.04). Tilsvarende

observasjoner er det gjort ved to andre sentra der datamaterialet omfatter deltagelse i måltider (28.10.03, 30.03.04). Det ble påpekt av ansatte at slike reaksjoner fra brukere i all hovedsak er avhengig av hvor i sykdomsforløpet en bruker er, og hvordan de dermed er i stand til å reflektere over egen tilstedeværelse i fellesskapet og hvordan de tar det i bruk. Ved dagsenteret der allmøteobservasjonen er gjort påpekte leder at observasjonen var representativ for allmøtene de hadde, og at det hele tiden var avveininger som måtte gjøres for å inkludere alle brukere i møtene:

.... sett hverdagen slik den fortøner seg for oss som jobber her. For meg byr den på problemer med å inkludere, uten samtidig å virke avvisende (18.02.04).

Allmøtene fungerer ulikt for ulike brukere. Det er jo også slik at noen brukere er sterkt tilstede, det er krevende for de ansatte. Vi merker at noen brukere, særlig de med psykoseproblematikk, ikke er så aktive. De har problemer med store forsamlinger. Noen kommer ikke i det hele tatt, andre går tidlig, og for noen måtte vi gå runder i ettertid fordi det er vanskelig å delta på allmøter (20.10.03).

Arbeidet med slike møter dreier seg om å finne den rette balansen, om å strukturere. For eksempel framheves det at det brukes en del tid på å lære brukere møteregler. Å ha regler ble oppfattet som å være viktig for at alle skulle føle at de hadde en plass på møtene, men avhengig av hvor brukere er i sykdomsforløpet er slike regler vanskelige å forholde seg til for mange og det kunne by på problemer med hensyn på spørsmålet om skape en følelse hos brukere om å være avvist:

En følelse av avvisning kan raskt etablere seg hvis noen blir bedt om å vente på tur. Derfor har vi arbeidet mye med møtene som forum (18.02.04).

Allmøtene synes å være en godt innarbeidet rutine ved alle dagsentra som inngår i materialet. Ved et dagsenter har de endog utvidet allmøtevirksomheten til generelt å gjelde innbyggerne i kommunen. Alle som vil kan møte opp, og sted og tid er kjent for alle. Noen ganger er det åpent hva som kommer til å bli tatt opp, andre ganger er det forberedte hovedinnlegg og diskusjon. Et godt eksempel er et forberedt innlegg om maktutredningen og de konsekvenser denne ville ha for deres kommune. Andre innlegg kan ta opp tiltak kommunen har tenkt å sette i gang, tiltak som skal legges ned eller strukturelle endringer av tiltak og tjenesteområder i kommunen. Det ble opplyst at slike innlegg kan følges av gode diskusjoner (31.03.04). Diskusjoner om politikk generelt ble det opplyst at dagsentra forsøker å unngå. Likevel ble det poengtert ved ett senter at brukerne hadde hatt politiske diskusjoner rundt tiden for kommunevalget i 2003, som hadde ført til at de i samlet flokk hadde gått for å avgi sin stemme (20.10.03).

Grupper

Allmøtene er den direkte deltagelsen brukerne av dagsentra blir invitert til å ta i bruk. Ved siden av denne, tar sentra også i bruk en form for indirekte deltagelse. Denne skjer ved at allmøte kan velge representanter som skal være medlemmer i grupper og komiteer som har myndighet på visse områder eller som skal forberede saker for allmøtet. En forberedende gruppe var det etablert ved et dagsenter som hadde noen økonomiske midler de kunne ta i bruk til ulike formål. Gruppen utarbeidet da en prioritert liste av formål etter forslag fra allmøtet, og listen ble så igjen presentert på allmøtet som fattet de endelige vedtakene. Ved det samme senteret ville brukere gjerne arrangere julebord og det var da valgt representanter til å sitte i arrangementskomité. Denne hadde som oppdrag både å reise de nødvendige økonomiske midler samt å få selve arrangementet på plass

(28.10.03). Til dels er også aktivitetsgrupper ansvarlige på sine områder. Det kan innebære at de selv søker om midler for å kunne drive sine aktiviteter. Det er i all hovedsak frivillige organisasjoner som er mottakere av slike søknader, men også næringsliv og kommunale instanser er mottakere. Det kan også innebære at medlemmer av aktivitetsgrupper reiser på messer etc. for å selge produktene sine. Inntektene pløyes så tilbake i gruppens virksomhet på dagsenteret (11.11.03).

Involvering i arbeidsoppgaver ved dagsentra

Brukeres involvering i arbeidsgrupper og andre grupper er i stor grad et resultat av at de aktiviseres av ansatte ved dagsentra. På den måten er det et ledd i den terapeutiske involveringen, og sett som nødvendig for at brukere skal komme opp på et akseptabelt funksjonsnivå. Aktiviseringen kan også gå lenger, noe også avsnittet over viste. Brukere involveres for eksempel individuelt ved at de involveres i forefallende arbeid ved senteret. Vi så at de involveres i matlaging og ved ett senter var det satt opp en turnusliste over hvem som til enhver tid hadde ansvaret for matlagingen og for å handle inn til måltidene. De som var villig til å gjøre slik innsats ble belønnet med gratis mat ved respektive måltid. Andre oppgaver brukere kunne involveres i ble da for eksempel å sette opp turnuslisten:

Vi ansatte ved dagsenteret er blitt mer bevisste på medvirkning etter hvert. Vi bruker brukerne til å lage ting, og vi fokuserer på de ressursene og kunnskapene de har. Ting senteret trenger som kan gjøres på data er det brukere som tar seg av. De har blant annet satt opp en turnusliste for brukere og ansatte (28.10.03).

Brukere er involvert i aktiviteter alle dager. Det dreier seg om å involvere dem i matlaging og handling, de er med i alle enkelte gjøremål. De er også med på oppvask og rydding. Brukere deltar også i matlaging og de kan ha ansvar 20.10.03).

Vi mener brukermedvirkning innebærer at en gjør noe sammen med brukerne. At også ansatte er med. Alliansebygging er et viktig ord i beskrivelsen av den virksomheten vi bedriver og en viktig bestanddel i brukermedvirkningen (27.10.03).

Å involvere brukere ser ut til å kreve tilretteleggelse, samt at det påpekes at det er viktig at de som arbeider med brukere ikke føler seg ensomme i arbeidssituasjonen fordi det vil slite ut de ansatte.

I det begrepet (brukermedvirkning) er det en idé om at brukere skal ta initiativ. Men brukerstyre kommer ikke av seg selv. Det er noen som designer det og noen som går inn i det. Vi lar folk komme til orde, men det er vi som styrer det. Å medvirke krever kunnskap om det man skal medvirke i. De som skal medvire trenger kompetanse (18.02.04).

Oppsummering

Avsnittet viser at dagsentra har en viktig funksjon i å lære brukerne å ta de ulike møtefora i bruk. De har en opplærende funksjon både når det gjelder spørsmålet om å delta i diskusjon, delta i å fatte beslutninger og i hvordan de skal settes ut i live. Samtidig er ansatte ved dagsentra oppmerksomme på at slike fora kan være fora kun for de sterkeste og de relaterer seg derfor også til brukere på andre måter. Først og fremst gjennom et aktivt motiveringsarbeide.

8.4.2 Motivering

De intervjuede ledere av dagsentra påpeker, på samme måten som psykiatriske sykepleiere, at involvering av brukere krever at det gjøres mye arbeid for å motivere dem. Eksempelene over viser at brukere lar seg involvere både i beslutningsprosesser og i frivillig arbeid som er et resultat av beslutningene som er fattet, men det kan se ut til at motiveringen ligger på flere plan. For det første motiveres brukere til å komme til dagsentra og ta dem i bruk.

Det er nok en del potensielle brukere som sitter hjemme. Vi har etablert en inntaksprosedyre der primærkontakten følger brukerne og de kommer første gang utenom åpningstid. Da kan brukeren se seg om og bestemme selv om det er noe for dem. Det kan noen ganger ta lang tid før de er tilbake. Fellesskapet kan bli for stort for noen (20.10.03).

Det tar lang tid å etablere allianser eller kontakt med brukere, de er sårbare og lar seg lett avvise. I mange tilfeller jobber psykiatrien med hendene på ryggen. Vår oppgave er å sette brukere i gang og hente fram ressurser (27.10.03).

For det andre drives det motiveringsarbeid for å få brukere i gang med aktiviteter på senteret.

Arbeidet med brukere dreier seg i stor grad om å motivere dem, sette dem i stand til å gjøre ting selv. Vi sitter gjerne sammen med dem, men de gjør ting selv. Det går helt klart på å motivere. Men vi motiverer som metodisk arbeid. Vi har med en og en bruker å gjøre, og da gjør vi noe. Spiller spill eller bedriver small-talk (18.02.04).

For det tredje skal aktiviteten på dagsenteret motivere brukere til å være aktive hjemme. Det kan se ut til at dagsentra arbeider i følge målsettingen om at aktivitetene på dagsenteret skal kunne transformeres eller overføres til brukeres hverdagsliv; at det er en overføringsverdi i aktiviteten på sentra:

Drivkraften er at det brukere gjør på senteret skal de også kunne gjøre hjemme hos seg selv. Det er meningen at brukere skal hente fram gammel kunnskap og lyst til å gjøre ting. Vi har opplevd at når vi tar inn blomster fra hagen på senteret, så forteller brukere at de syntes det var så fint at de gikk og kjøpte blomster for å ha hjemme (27.10.03).

Dette reiser en problemstilling om psykiatriske sykepleiere i kommuner uten dagsenter har en tyngre oppgave med å bringe brukere opp på et akseptabelt funksjonsnivå, enn sykepleiere i kommuner som har velfungerende dagsentra.

8.4.3 Oppsummering

Denne gjennomgangen av virksomheten ved fem dagsentra viser at de evner å involvere brukere på flere måter, og at dagsentra er det enkelttiltaket som i størst grad involverer brukere på kommunalt nivå. For det første skjer det en terapeutisk involvering fordi brukere involveres i og lærer alminnelige hverdagsgjøremål som matlaging, rydding og vasking. For det andre kan det foregå involvering som grenser opp mot den organiserte involveringen fordi dagsentra gir opplæring i teknikker for deltagelse. Brukere kan lære å ta ordet i forsamlinger, og de deltar i å fatte beslutninger og sette beslutninger i verk. Dette kan også inkludere at brukere må argumentere for sine standpunkter og at de kan

komme i meningsutvekslinger med hverandre, men også med ansatte på dagsenteret. Det kan også inkludere at brukere må gjøre nødvendig pairarbeid. Dette grenser opp mot den tredje formen for involvering av brukere som kan foregå ved dagsentra; nemlig å lære brukere å drive frivillig arbeid. Det har vi sett at kan foregå i ulike formålsrettede grupper som etableres ved sentra. Det kan være å gjennomføre pengeinnsamlinger og organisering av forskjellige typer aktiviteter. Ved to dagsentra viser de til at de har tatt opp og diskutert kommunens psykiatriplan på allmøtene, og at det har fungert som brukeres innspill til den kommunale planen.

9 Oppsummering og avslutning

9.1 Innledning

I dette notatet er tilrettelegging for brukerinvolvering i det kommunale psykiske helsearbeidet i syv kommuner presentert. Det er gått nærmere inn på de betingelsene kommunal organisering legger for involvering av brukere, hvem som er brukere, hvordan brukere kan involveres kollektivt via sine organisasjoner og hvordan de forskjellige profesjonelle medarbeiderne på feltet legger til rette for å involvere brukere terapeutisk i mottaket av egne tjenester. Til sist er det gått nærmere inn på hvordan dagsentra kan fungere for å styrke involvering av brukere; både den terapeutiske og den kollektivt orienterte involveringen.

Notatet viser at det er 59,3 % av de norske kommunene som har etablert lokale Råd for funksjonshemmede, mens 18 % har etablert brukerråd der brukere kan delta kollektivt gjennom sine organisasjoner. Det ser ut til at mulighetene til å delta er ut fra et medlemskap i en organisasjon på feltet er færre i små kommuner fordi små kommuner ikke har lokale lag av organisasjoner. Notatet viser også at det er de enkelte profesjonelle, yrkesutøverne i det psykiske helsearbeidet, som har og som gis en viktig rolle i spørsmålet om involvering av brukere, og at brukere derfor deltar individuelt i utformingen av sin egen tjeneste. Derfor skal dette avslutningskapittelet se nærmere på de tre prosessene som er skissert i notatet. De må alle antas å påvirke yrkesutøvernes autonomi og dermed deres mulighet til å involvere brukere i utforming og fordeling av tjenester. Det er for det første et krav om å samarbeide med andre yrkesgrupper, med instanser og etater på kommunalt nivå, og med spesialisthelsetjenesten. For det andre er det endringer i kommunal organisering og variasjoner i kommunenes relasjon med staten. For det tredje er det kravene om involvering av brukere. Det vil gås kort inn på både hva disse kravene består i og hvilke implikasjoner kravene har for yrkesgruppene i det psykiske helsearbeidet. Kapittelet avsluttes med en diskusjon om endringer i yrkesutøvernes arbeidsbetingelser og hvordan endringene påvirker deres mulighet til å involvere brukerne i utforming og fordeling av tjenester.

9.2 Kravet om samarbeid

Det pekes innledningsvis på at de profesjonelle yrkesutøverne på kommunalt nivå tradisjonelt har hatt forholdsvis stor autonomi i sin yrkesutøvelse. Dette er et resultat av at de har fungert som et redskap i den statlige iverksettingen av velferdspolitikken på kommunalt nivå, og hadde rollen som garantist for at den kommunale velferden holdt et visst faglig nivå. De var en del av den statlige styringskapasiteten på kommunalt nivå og yrkesutøvelsen var dermed i stor grad frikoblet den kommunale organisasjonen. Yrkesutøverne var profesjonelle og de hadde kunnskap som ikke var etterprøvable for

andre yrkesgrupper og som ikke ga innsyn i grunnlaget de fattet sine beslutninger på. Nye normer som fastlegges for samarbeid, så som forventinger om koordinering mellom etater og nivåer i helsetjenesten, og som konkretiseres som ansvarsgrupper og individuell plan, kan medvirke til å endre mye av dette.

Objektive kjennetegn

Settet med arbeidsoppgaver som er spesifisert og brukt for å kategorisere det psykiske helsearbeidet på kommunalt nivå er ett uttrykk for graden av autonomi i den profesjonelle yrkesutøvelsen. Vi ser at ingen av yrkesgruppene er autonome i utøvelsen av de oppgavene som er kategorisert som å tilhøre de objektive kjennetegnene ved arbeidsoppgavene. Alle er avhengige av samarbeid med spesialisthelsetjenesten og etater på kommunalt nivå. Det ser likevel ut til at det varierer hvor vidt de ulike yrkesgruppene føler seg forpliktet til å følge opp de nye normene om samarbeid som er konkretisert som ansvarsgrupper og individuell plan. Det kan se ut til at fastlegen ikke forholder seg til normene, verken de som er utformet sentralt eller lokalt i det psykiske helsearbeidet. Fastlegene i materialet ser ut til selv å bedømme om og med hvem det ønskes samarbeid, og om det skal deltas i ansvarsgrupper, de så det heller ikke som sitt ansvar å bidra i utarbeidelse av individuelle planer. Dette er arbeidsoppgaver det ser ut til at de mener at andre yrkesgrupper bør ta seg av. Fastlegen var imidlertid opptatt av å bedre kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten. I det psykiske helsearbeidet kan det antas at det er etablert et hierarkisk forhold mellom yrkesgruppene som utgår av utdanning, posisjon i kommunen og tilordnede arbeidsoppgaver innenfor det psykiske helsearbeidet. Fastlegen har dermed en mulighet for å overføre, formelt eller uformelt, deler av sine arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper i det psykiske helsearbeidet.

Sykepleierne ser ut til i større grad enn fastlegene å være villige til eller i stand til, å imøtekomme kravene de har på seg til å inngå i samarbeid med andre kommunale etater. De har i lengre tid, muligens sammen med sosionomer, sett det som sitt ansvar å organisere ansvarsgrupper og møter i slike grupper på kommunalt nivå, men også med spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne har erfaring med å etablere og drive slike grupper, blant annet fordi gruppene i lengre tid har vært ansett som et godt arbeidsredskap på kommunalt nivå og brukes også overfor andre brukergrupper enn bare psykisk syke. Likevel viser datamaterialet at arbeidet med slike grupper var mest vellykket i den kommunen der det var etablert en egen koordineringstjeneste med myndighet på rådmannsnivå, fordi andre etater og enheter har en tendens til å unngå å ta ansvar og inngå i samarbeid. Sykepleierne har altså ingen yrkesgrupper som kan avlaste dem i dette arbeidet. Hvis det skal etableres avlastning, må det fattes beslutning om det på administrativt og politisk nivå i en kommune og det må etableres en egen organisatorisk enhet.

Individuell plan er et nytt arbeidsredskap. Arbeidsredskapet har lenge vært kjent for psykiatriske sykepleiere og andre i psykisk helsearbeid gjennom "profesjonelle kanaler", det vil si gjennom den styringsvirksomheten Sosial- og helsedirektoratet har drevet overfor det psykiske helsearbeidet. Dette ser ut til å ha vært et arbeidsredskap som, da det var nytt, ble oppfattet som å være komplisert og tungvint å ta i bruk. Etter hvert er det forenkelt og tilpasset virksomheten på kommunalt nivå. Det er likevel kun en av kommunene i materialet som er kommet godt i gang med individuell plan, for et par andre er det i startgroppen, for atter andre vil det fortsatt ta lang tid før individuell plan er i gjenge. Delvis plasseres årsakene til dette i det forhold at det ikke er spesifisert hvor ansvaret for å ta det første initiativet til å iverksette slike planer er plassert, og slik situasjonen er, vil ingen ha det. Sykepleierne er imidlertid i den situasjonen i kommunene at de kan ikke overlate det til noen andre yrkesgrupper. Likevel ser vi det samme her som ved ansvarsgruppene. I kommuner der sykepleierne har mulighet til å overlate noen

arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper eller instanser, er arbeidet kommet lengst. Den kommunen der arbeidet med individuelle planer er godt i gang har arbeidsdeling innad i det psykiske helsearbeidet. Arbeidsdelingen innebærer at sykepleierne kan frigjøre egen arbeidskapasitet ved å delegerer ansvar for mindre viktige arbeidsoppgaver til en gruppe miljøarbeidere. I den andre kommunen er det koordineringsenheten som tar ansvaret for individuell plan og det løftes altså ut av sykepleiernes domene og plasseres i en enhet med større myndighet enn det psykiske helsearbeidet har. Selv om sykepleierne ikke er autonome til selv å bestemme om individuell plan er et redskap de vil arbeide med, ser det altså ut til at de kan unngå å gjøre det til en del av sine arbeidsoppgaver så lenge det ikke er løftet opp på administrativt nivå i kommunen og iverksett som omforent kommunal politikk.

Subjektive kjennetegn

De subjektive kjennetegnene ved yrkesgruppens arbeidsoppgaver er kjennetegn som utformes i det yrkesgruppen fatter beslutning om hvordan de vil gjennomføre sitt arbeid. De utformes altså uavhengig av andre etater og yrkesgrupper på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. I det psykiske helsearbeidet dreier det seg om oppfølging av brukere, samtaler og aktivisering, samt brukeres involvering. Igjen har fastlegen en mer autonom posisjon enn andre yrkesgrupper i det psykiske helsearbeidet på grunn av den posisjonen fastlegen er gitt. Fastlegen følger selv opp brukere, og bestemmer selv hvilke. Som vi så over er fastlegen avhengig av å kunne henvise brukere til spesialisthelsetjenesten, og må også motta brukere derfra, og fastlegen har rollen som henviser også overfor brukere som er sykepleierens ansvar. Fastlegen kan også henvise brukere til kommunens psykiske helsearbeid og kan dermed i stor grad selv bestemme hvilke brukere vedkommende skal følge opp. Oppfølging på dette nivået dreier seg i stor grad om medikamentell oppfølging.

Denne situasjonen er psykiatriske sykepleiere ikke i. De må følge opp brukere som henvises til dem fra fastlege og fra spesialisthelsetjenesten. Vi så at også sykepleiere etter hvert må prioritere mellom brukere, og at brukere som henvises fra hjemmetjenesten i stor grad avvises fordi de ikke ble ansett som å være tilstrekkelig syke til å få oppfølging fra det psykiske helsearbeidet. Sykepleiernes oppfølging er mer variert enn fastlegens, og har til nå stort sett handlet om å gå på hjemmebesøk til brukere. Det blir etter hvert mer vanlig at brukere kan komme til kontoret, men fortsatt er mange brukere i det kommunale psykiske helsearbeidet så syke at hjemmebesøk er påkrevd. Oppfølging av medisiner er det få psykiatriske sykepleiere som driver, det er i stor grad overlatt hjemmetjenesten. Det som ser ut til å være sykepleiernes hovedoppgave er å høyne brukeres funksjonsnivå og hjelpe dem til å leve et godt dagligliv. For å komme i den posisjonen overfor brukere der slike prosesser kan settes i gang må sykepleierne etablere allianser med brukere. Dette er i all hovedsak beskrevet som å være bygget på tillit; sykepleieren har ansvaret for å etablere tillitsrelasjoner med sine brukere. Dette oppleves som å være krevende arbeid fordi brukere er forskjellige og fordi brukere oppleves som å være sykere nå enn tidligere. Hver sykepleier i 100 % stilling er primærkontakt for mellom 25-30 brukere, det vil si at det skal etableres 25-30 ulike tillitsforhold, som også skal vedlikeholdes i et kontinuerlig samarbeid mellom brukeren og yrkesutøveren.

Sykepleiere opplever at de må bruke seg selv forholdsvis intensivt i fasen da tillitsforholdet skal bygges, men også ut over denne perioden. De oppfatter at det er deres plikt å tilpasse seg brukeres utglidende grenser, samtidig som det hele tiden må drives mye og aktiv motivering for at brukere skal komme på gode spor i prosessen mot å kunne leve et godt dagligliv. Sykepleiere påpeker at arbeidet er tungt i perioder, men også at det kan også oppleves som direkte skremmende fordi brukere fortsatt er utagerende når de skrives ut fra sykehuset.

Sykepleiere deler videre oppfølgingsarbeidet inn i forskjellige typer treningsvirksomhet, samt samtaler. Hvordan arbeidet utformes ser det ut til at sykepleierne bestemmer selv, og det var tydelige forskjeller mellom sykepleiere i materialet angående dette spørsmålet. Noen valgte samtalen, mens andre forsøkte å kombinere samtale og aktivitet. Det dreide seg da om at de gjorde forskjellig husarbeid sammen med brukeren og samtalte, blant annet om arbeidsoppgaven. Det kunne også dreie seg om å trene på å gå ut, dra og handle, trene på å ta buss og tog, eller gå på kafé. Begge disse typene arbeidsoppgaver opplevde sykepleierne at de hadde problemer med å skape aksept for, dette ble særlig tydelig der psykisk helsearbeid arbeidet tett til hjemmesykepleien. Valget mellom å utforme sine arbeidsoppgaver som enten trening eller samtaler er et valg en del sykepleiere tar uavhengig av det større arbeidsfellesskapet de er en del av.

Utformingen av sykepleieres arbeidsoppgaver i form av å være en avveining mellom trening og samtaler, synes å være enklere der det er etablert et dagsenter. Dagsentra i kommunene er utformet for å drive faglig styrt trening og aktivisering av brukere, og de inngår som en integrert del av det psykiske helsearbeidet. Det etableres grupper for aktivisering og fysisk, samt annen trening, det drives nettverksarbeid gjennom fellesaktiviteter og kurs, og dagsenteret er et sted å møtes og et sted brukere ses og får kontakt med ansatte utover de faste timene med sin psykiatriske sykepleier. Dagsentra kan dermed fungere avlastende for psykiatriske sykepleiere og sykepleiere kan delegerer en del oppgaver til senteret. Sentra fungerer på denne måten i de fem kommunene i datamaterialet som har etablert slikt. Dermed kan sykepleiere tenkes å stå friere til å utforme det direkte arbeidet med de sykeste brukerne enn sykepleiere i kommuner uten dagsenter.

9.3 Kommunal organisering

Kapittel tre viste at den kommunale organiseringen er i endring. Kommuner reorganiserer til det som kalles flat struktur som innebærer at det kommunale ledelseshierarkiet bygges ned og at det etableres resultatenheter med større grad av økonomisk og faglig frihet. Målstyring er blitt et utbredt styringsredskap og det innebærer at kommunen sentralt setter målene, mens resultatenheter har frihet til selv å finne de arbeidsformene som best oppfyller målene. Dette er en organisasjonsform som kan medføre at økonomiske og faglige normer kommer i konflikt, og generelt, men også spesielt for kommunene i materialet, har kommunene en vanskelig økonomi. På tross av at Opptrappingsplanen skal tilføre det psykiske helsearbeidet friske midler, er den dårlige økonomien til mange kommuner merkbar også innenfor dette feltet. Det psykiske helsearbeidet i enkelte kommuner måtte derfor bruke energi og ressurser på å tilpasse arbeidet til økonomiske betingelser som ble endret i negativ retning.

Datamaterialet viser at kommunal styring gjør det til et problem å finne plass til den faglige ledelsen av det psykiske helsearbeidet i kommuner med flat struktur og resultatenheter. Der det er etablert egen enhet med egen leder er det en mulighet for at ledelsen kan arbeide faglig med å omforme nye krav og normer for arbeidet til konkrete arbeidsoppgaver for de ansatte. Det viser seg at i mange kommuner opptar økonomiske og organisatoriske endringer mye av ledelsens tid og faget, det vil si arbeidet med brukerne, overlates den enkelte sykepleier. Nye krav og arbeidsbetingelser føres direkte ned til sykepleienivå og hver enkelt sykepleier må selv omforme og tilpasse dem til sine konkrete arbeidsoppgaver. Hvordan arbeidet gjennomføres blir da avhengig av hvordan hver enkelt sykepleier oppfatter sin arbeidssituasjon. Mange ga uttrykk for at de opplever press og at det er et hardt trykk for at de skal ta inn nye brukere. I kommuner med egen

enhet er det likevel en mulighet for sykepleiere å komme fram til en omforent arbeidsmåte gjennom samtaler i morgenmøte, eventuelt gjennom gruppeveiledning for hele enheten. Den økonomiske situasjonen kommunene var i medførte imidlertid at veiledning mange steder var lagt på is og ikke lenger gjennomført på systematisk måte. Dette skal behandles i rapport om kompetanse i psykisk helsearbeid i kommunene.

9.4 Yrkesutøvernes arbeidsbetingelser og involvering av brukere

Brukeres involvering i utforming og fordeling av tjenester, både innenfor det psykiske helsearbeidet og andre av velferdspolitikkenes områder, er nedfelt i lover og forskrifter. Til dels er det nedfelt som rettigheter brukere har, og til dels er det nedfelt som pålegg for enhetene som fordeler tjenestene og for profesjonelle medarbeidere som er ansatt på et tjenestefelt at tjenester skal brukerorienteres, altså at tjenestene skal utformes i henhold til antagelser om hva som er brukeres ønsker og interesser. I tillegg impliserer rettighetsfesting av individuell tilgang til kommunale ytelser at det ikke lenger er opp til de kommunale fora å bestemme om eller hvordan tjenestene skal fordeles. Ansvaret for tjenestene er dermed flyttet fra relasjonen mellom det kommunale hierarki og yrkesutøver til relasjonen mellom yrkesutøver og bruker. Som avsnittet over viste er dette i tråd med utviklingen i kommunene, som også legger mer og mer ansvar til de enkelte medarbeidere.

Yrkesgruppene forholder seg også til egne etiske normer og retningslinjer for hvordan brukere skal oppfattes og behandles, samt at involvering av brukere er en del av utdannelsen. Involvering av brukere inngår derfor trolig som en del av det yrkesgruppene under utdannelsen har lært å oppfatte som sin faglighet, og som senere formes av og tilpasses profesjonelle medarbeideres konkrete arbeidssituasjon. Det vil si at fagligheten også formes av det psykiske helsearbeidets ressursituasjon og hvordan det er tilrettelagt for arbeidet i den kommunale organisasjonen. Datamaterialet peker i all hovedsak på at det er den enkelte sykepleier som får ansvaret for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon slik at brukere kan involveres i utforming og fordeling av tjenester. Kommunale endringsprosesser tilsier at ansvar delegeres til enheter som bruker sine ressurser på å tilpasse arbeidet til nye økonomiske betingelser og at det brukes få ressurser på å tilpasse arbeidet til nye faglige betingelser, som for eksempel etablering av individuell plan for brukere.

Brukerinvolvering i tjenesteutforming og fordeling har også normative implikasjoner som kan være vanskelig å ha oversikt over. Det dreier seg i hovedsak om at tjenestene endres fra å være behovsstyrt til å bli etterspørselsstyrt. Det er ikke lenger objektive behov definert på kollektivt nivå som er de eneste retningslinjene for hvilke tjenester som tilbys og hvilket innhold de skal ha. De kommunale rammebetingelsene, organisering og økonomi, legger likevel fortsatt betingelser for utformingen av tjenestene. For det andre reduseres det kommunale byråkratiet; mer ansvar legges til tjenestenivå som i mange tilfeller er uten en reell faglig ledelse. Dette åpner for at den enkelte brukers egne definerte ønsker og interesser får ligge til grunn for utformingen av tjenestene. Dette er positivt fordi det gjør brukeren til sentrum i de tjenestene de mottar, men det er negativt fordi det samtidig foregår en individualisering av tjenesteleveringen. Brukere som ikke har konsumentkunnskap og som derfor ikke er i stand til å artikulere sine behov, ønsker og interesser kan derfor komme dårlig ut.

Litteratur

- Abbott, A. (1988): *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press. Chicago and London
- Askeim, O.P. (2003): *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal akademisk, Oslo
- Fimreite, A.L., Y. Flo og T. Tranvik (2002): "Lokalt handlingsrom og nasjonal integrasjon. Kommuneideologiske brytninger i Norge i et historisk perspektiv". *Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, Rapportserien Nr. 50*
- Hanssen, M. og K. B. Stokke (2000): *Funksjonshemmedes interesser i planlegging: kartlegging av kommuners og fylkeskommuners praksis når det gjelder medvirkning og tilgjengelighet for funksjonshemmede*. NIBR-notat 2000:109
- Helgesen, M. (2003): *Brukerinvolvering i kommunene*. NIBR-notat 2003:117
- Hummelvoll, J. K. og A. B. da Silva (1994): "A Holistic-Existential Model for Psychiatric Nursing". *Perspectives in Psychiatric Care. Vol. 30, No. 2*
- Hummelvoll, J. K. og A. Granerud (1996): *Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten – en evaluering av tilfredshet*. Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 3
- Hummelvoll, J. K. (1995): *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv: en studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid*. Nordiska hälsovårdshögskolan, NVH-report; 1995:1
- Hjortdahl, P. og C.R. Ihlen (2001): *Pasienten og legen – en tango for to?* Kronikk i Aftenposten 06.05.2001
- Hovik, S. og I. M. Stigen (2004): *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-notat 2004:124
- Johnson, T. J. (1972): *Professions and Power*. MacMillan Press LTD. London and Basingstoke
- Kommunenøkkelen 2004/2005. Kommuneforlaget, Oslo
- Kuhnle, S. og R. Ervik (1993): "Sosial kunnskap, risiko og sosialpolitikk". I: R. Ervik og S. Kuhnle: *Kunnskap, risiko og sosialpolitikk. Institusjonelle perspektiver på skandinavisk utvikling*. Alma Mater Forlag, Bergen

- Ludvigsen, K. og M. Helgesen (2004): *Kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Videreutdanning i høyskoler og SEPREP tverrfaglig utdanning*. NIBT-notat 2004:135
- Martinsen, K. (1989): *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Tano, Oslo
- Michelsen, S., H. Ramsdal og T. Aarseth (2002): "Kommunal organisering og posisjoneringa av profesjonane". I: O. Bukve og A. Offerdal: *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Samlaget, Oslo
- Myrvold, T. M. (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. NIBR-rapport 2004:12
- Norheim, O. F. og S. Hunskaar (2001): "Kunnskap må kombineres med verdier ved beslutninger under usikkerhet". Tidsskrift for Norsk Lægeforening
- Olsen, J. P. (1990): *Demokrati på svenska*. Carlssons Bokförlag, Stockholm
- Opedal, Ståle, Inger Marie Stigen og Thomas Laudal (2002): *Flat struktur og resultatenheter. Utdringer og strategier for kommunal ledelse*. NIBR-rapport 2002:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Ragin, C.C. (1994): *Constructing Social Research. The Unity and Diversity of Method*. Pine Forge Press, Thousand Oaks
- Ramsdal, H., S. Michelsen og T. Aarseth (2002): "Profesjonar, stat og lokalstyre. Om kommunen som iverksetter av statlege velferdsreformer". I: O. Bukve og A. Offerdal: *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Samlaget, Oslo
- Robberstad, H. (2002): *Kommunepsykiatri: pionerar, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget, Bergen
- Ruud, T. (2004): *Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003*. SINTEF Unimed, Oslo
- Rørtveit, G. og R. Strand (2001): "Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen". *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*
- Scott, R. W. (1992): *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. Third Edition. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey
- Strand, T (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget, Bergen
- Thagaard, T. (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen
- Terum, L. I. (1982): *Profesjonell ekspansjon under statleg vern. Ei profesjons-sosiologisk gransking av tilhøvet mellom sosionomeane og stillingsmarknaden innan kommunal sosialomsorg*. Hovudoppgåve, Institutt for samfunnsvitskap – Universitetet i Tromsø

Vike, H., R. Bakken, A. Brinchmann, H. Haukelien og R. Kroken (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk, Oslo

Yin, R.K. (1984): *Case Study Research. Design and Methods*. Sage Publications, London

Annet

Lov nr. 66 19/11- 1982: *Lov om helsetjenester i kommunene*

Norsk Sykepleieforbund (2001): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*

NOU 2001:22: *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Sosial- og helsedepartementet

Ot.prp.nr. 29 (1990-91): *Om lov om sosiale tjenester m.v.* Sosialdepartementet

Ot.prp.nr. 11 (1998-99): *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)*.

Sosial- og helsedirektoratet (2001): *Veileder for individuell plan*.

Statens Helsetilsyn (2001): "Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder". *Veiledningsserie. IK - 2738*

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

St.prp. nr. 63 (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*.

Aftenposten 20.09.04

Laagendalsposten 07.07.04

Vedlegg 1 Intervjuguide

Organisering i kommunen

Målsettinger for psykisk helsearbeid

Hva er psykisk helsearbeids ansvar

Finnes det noen dilemmaer eller motsetninger, eventuelt konflikter

Hva er kjennetegnet på vellykkethet innenfor psykisk helsearbeid

Hvem deltok i utarbeidelse av psykiatriplanen?

Hvordan ble brukere involvert?

Hvilke andre planer i kommunen påvirker planen?

Inntrykk av om politikere er engasjerte, resten av administrasjonen? Eller bare plikt?

Hva innebærer det at psykisk helsearbeid er organisert som

- Egen enhet
- Egen tjeneste
- Integreert i annen tjeneste

Lagt direkte til rådmannsnivå

Hvordan ser psykiatri ut i kommunen

Antall brukere

Hvilke og hvor mange tiltak og tjenester?

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

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

Hvordan er de organisert?

Hva gjøres for å legge det til rette?

Koordinering og samarbeid

Hvilke etater samarbeides det med på kommunalt nivå?

Hvordan koordineres det med 2.linjen?

Hvilke institusjoner i 2. linjen samarbeides det med?

Er samarbeidet med DPS evt. andre institusjoner godt?

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

Hvordan fungerer psykisk helsearbeid i forhold til resten av helse-omsorg i kommunen?

I forhold til legene?

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

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

Hvilken rolle spiller hjemmetjenesten og hjemmesykepleien?

Hvilken arbeidsdeling er det mellom disse tjenestene og psykisk helsearbeid?

Hvordan fungerer relasjonen til kvalitetsrådgiverne på fylkesnivå?

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

Målgruppe

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

Samarbeid med organisasjonene på feltet

Hvordan foregår samarbeidet med brukeres organisasjoner?

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

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

Hvordan deltar de i forhold til planprosesser og lignende?

Utdanning og opplæring

Hvilke yrkesgrupper er ansatt?

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

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

Framover

Finansieringssituasjonen for tiltakene generelt?

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

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

Integrering av tjenesten vs. arbeidsdeling og spesialisering?

Yrkesgrupper og involvering av brukere

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

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

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

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

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

Hvordan utarbeider systemet rutiner for samhandling med brukere?

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

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

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

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

Hvordan utformes medvirkningen brukere har i sine relasjoner med deg?

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

Hvordan kommer brukere inn i systemet?