

Masteroppgåve i samfunnsplanlegging og leiing

Har vi lykket med avviklingen av særomsorg?

- En kvalitativ studie av kommunal psykisk helsetjeneste

Anita Heggebø
mai 2008

45 studiepoeng

HØGSKULEN I VOLDA
BIBLIOTEKET

*Har vi lykkes med
avviklingen av
særomsorg?*

"En kvalitativ studie av kommunal psykisk helsetjeneste"

Forord	4
1. INNLEDNING	5
Vendepunktet på 1950 tallet	5
Særomsorg	5
Endring i lokal omsorg	8
Hvilke diskurser definerer praksiskunnskap?	8
.....med nissen på lasset?	10
Brukermedvirkning	14
Livskvalitet	20
Identitet og integrasjon	22
Psykisk syke og medborgerskap	23
Psykisk psyke og stigmatisering	24
Gangen i den videre fremstillingen	27
2. ANSVAR OG SAMARBEID MELLOM KOMMUNE OG STAT	28
Kommunen sitt ansvar innen psykisk helsetjeneste	29
Mestring – arbeid og utdanning	30
Mestring - sosialt fellesskap og meningsfylte aktiviteter	31
Faglig innhold og samhandling	32
Tildeling av boliger innen psykisk helsetjeneste	33
Individuell plan	35
Folkehelsearbeid og forebygging	36
Distriktpsikiatriske sentre sitt ansvar innen psykisk helsevern	37
Oppsummering – ansvar og samarbeid	37
3. ORGANISERING OG ROLLER I KOMMUNENE	39
Hvilke mål skal psykisk helsetjeneste realisere?	43
Hvilke utfordringer er opptrappingsmidlene svar på?	49
Har kunnskap betydning?	51
Har det betydning hvem som utfører oppgavene?	52
Har dominans av ulike modeller betydning?	54
Har oppretting av egen enhet betydning?	57
Har rollen som bakkebyråkrat betydning?	58
Har innføring av flat struktur betydning?	61
Oppsummering – organisering og roller	63
4. METODE	65
Utvalg og kriterier	65
Veien til informantene	67
Intervju som metode	68
Spørsmålsguide (se appendiks)	70
Tilrettelegging av intervju	71
Fra tale til tekst	74
Oppsummering	75
5. RESULTATER	76
Hovedfunn i undersøkelsen	77
Uklare ansvarsforhold:	78
Uklare roller - terapeut eller tilrettelegger?	79
Hvem velges vekk?	80
Toleranse for de "unormale" (har skammen flyttet seg?)	82
Normalisering – en illusjon?	83
Tildelingskriterier	85
Særomsorg - har vi lyktes med avvikling eller gått for langt?	88

Hvem passer inn i etablerte tilbud?.....	90
Brukerne vil ikke ha individuell plan.....	91
Konservering eller rehabilitering?	92
Tverrfaglig samarbeid.....	94
Oppsummering av resultat.....	96
6. NYE UTFORDRINGER – DISKUSJON OG OPPSUMERING.....	99
Reliabilitet.....	99
Validitet.....	100
Generalisering.....	101
Refleksjoner rundt kunnskap	103
Har vi lyktes med utviklingen av særomsorg?	104
Har vi gått for langt?.....	105
Refleksjoner rundt kunnskap	107
Avsluttende kommentarer.....	107

Forord

Tittelen på denne masteroppgaven sender signaler om en kritisk vinkling, fordi det sås tvil om en uønsket ordning ”særomsorg” fremdeles er en realitet i psykisk helsetjeneste. Årsakene til dette kan være flerfoldige, og vi kan nøye oss med noen. For det første kan det ha sammenheng med et kritisk blikk på forvaltning av statens store investeringer i oppbygging av psykisk helsetjeneste i løpet av den siste ti års perioden. Det kan også ha sammenheng med mistanke om manglende tillit, endring i maktbalanse, tradisjoner, og organisering. Mitt utgangspunkt med denne innfallsvinkel har først og fremst vært å tydeliggjøre hvilken virkelighet de psykisk syke møter i lokalsamfunnet, sett på bakgrunn av slik tjenesteyterne ser det, samt med bakgrunn i de idealer som ble satt.

Begrep som brukermedvirkning, myndiggjøring, likeverdighet, respekt, livskvalitet er vel etablerte ord i dagligtalen, både hos lekfolk og profesjonsutøvere. Dette er flotte ord som egner seg for å smykke de fleste målsettinger og planer. Det handler om å ta brukerne på alvor og legge til rette for at bruker skal bli i stand til å ta i bruk egne ressurser og få mulighet til å påvirke de tjenester som tildeles dem. Det handler også om vi har tatt inn over oss at de idealer og ambisjoner om å delta i samfunnet også gjelder for de med psykiske lidelser. Normalisering i denne sammenheng er ikke det samme som integrering. Det paradoksale er at samtidig som en har gjort denne prioriteringen har en innført andre styringssystemer i den offentlige sektor med større fokus på resultatbasert ledelse, mindre fleksibilitet og skjønnsutøving. I dette kan det ligge motsetninger mellom den myndiggjorte bruker og ekspert. Det kan også ligge motsetninger mellom ekspert og byråkratiet.

Takk til informantene som viste stor interesse og engasjement i forbindelse med intervjuene. Takk til arbeidsgiver og kollegaer i Suldal kommune for tilrettelegging. Min veileder under arbeidet har vært professor Tor-Johan Ekeland ved høgskulen i Volda, en stor takk til han for tålmodig og konstruktiv veiledning. En stor takk til familien for støtte og utholdenhet.

INNLEDNING

Psykisk helsevern har på relativt få år blitt omstrukturert fra å være en institusjonsomsorg til i hovedsak å skulle være tjenesteyting i folks lokalsamfunn. Målet er at mennesker skal få hjelp der de skal bo. Denne oppgaven skal handle om de ansattes opplevelse av virkeligheten i kommune, sett i sammenheng med avviklingen av særomsorg i psykisk helsearbeid. Har vi lykket med avviklingen eller har vi gått for langt?

Vendepunktet på 1950 tallet

Galskap og innsetting i institusjoner på 1700 og 1800 tallet representerte en form for sosial eksklusjon. Både fordi en var utenfor "normal" samfunnet samtidig som en ga grunnlag for samfunnets fantasier og projeksjoner. Det sosialpolitiske vendepunktet på 50 tallet har preget psykisk helsevern både i Europa og vestlige land. For det første var det dyrt å vedlikeholde store institusjoner. For det andre var nedbygging også et resultat av institusjonskritikken på syttitallet. En tredje årsak tilskrives framvekst av velferdsstaten, økonomisk oppsving og innføring av uføretrygden. Fjerde årsak blir gjerne tillagt utviklingen av nye medisiner som dempet de mest problematiske symptom (Sørgaard 2002).

Den lange vei tilbake fra eksklusjon, til inklusjon ble introdusert med normaliseringsideologien som på mange måter er grunn for endringene i det psykiske helsevernet. Ideologien forutsetter at noe er unormalt, avvikende og at avviket må normaliseres. Seinere ble begrepet integrasjon koblet til (Sandvin 1992, Bømler 1995 og 2000, Bergem og Ekeland 2004).

Særomsorg

Siste halvdel av forrige århundre utviklet psykiatrien seg til en vitenskap med utvikling av diagnoser og beskriving av psykiske lidelsers forløp. Det meste av kunnskapen utviklet seg i siste halvdel av forrige århundre og førte til at fagfeltet oppnådde høyere status. Måten psykiatrien ble organisert på i tiltak og behandling med for eksempel kategorisering av pasienter, innsetting i asyl, gruppetenking, beskriver at psykiatrien var blitt en særomsorg. Regjeringen definerer dette slik:

Særomsorg kan bety iverksetting av særlige ordninger som tilgodeser bestemte grupper i samfunnet, og som på vesentlige punkter atskiller seg fra generelle ordninger. (9.1.1 "særomsorg" – regjeringen.no)

Særomsorg vil si å bygge opp egne forvaltningsapparat, for å ivareta oppgaver som ellers er lagt til ordinære organer. Begrunnelser for utvikling av ordninger med særomsorg kan være utviklinga av treffsikre tiltak, vektlegging av faglige hensyn, effektivitet og målrettede prioriteringer. Særomsorg som fenomen vil opptre i ulike nivå. På individnivå vil tjenestemottaker eller bruker av tjenestene ha fokus på relasjoner i forhold til tjenesteyter samt de tilbud som blir gitt. På utøvernivå vil fokus i tillegg være både i forhold til tjenestemottaker, samt på systemnivå dvs. beslutningstakere (administrasjon, politikere). På systemnivå vil det være fokus på de overordnede systemer som regulerer tjenestene. I dette studiet er det tjenesteyterne sin stemme som skal høres. Studiets formål er å studere om vi har lykket med avviklingen av særomsorg, eller om vi har gått for langt.

I hverdagen er det de færreste av oss som tenker over i hvilken grad vi på en eller annen måte kan bidra til større grad av inkludering for de med psykiske lidelser. Integrasjon, normalisering og medborgerskap er begreper som kan sette dette inn i en større sammenheng og gi større grad av forståelse. Med litt ulik vinkling vil innholdet i disse begrepene problematisere inkluderingstanken på en litt varierende måte.

Institusjonene blir lagt ned og pasientene skal integreres i samfunnet. Bakgrunn er det sosialpolitiske mål om at mennesker med psykiske lidelser skal ta større ansvar og bestemme over egne liv. Et ønsket mål er at de skal leve mest mulig normalt når det gjelder arbeid, bolig, og sosiale aktiviteter. De skal også delta på sosiale areaer. De skal tilbakeføres til det sosiale liv de vart skjernet fra i institusjonene (Palmlad 1992). Intensjonen vil være å utvikle sosial identitet som andre og ikke på bakgrunn av sykdom.

Pasienter skal inkluderes i hjemkommunen og motta tjenester lokalt i størst mulig grad for å unngå ekskludering. Medborgerskap er et omdiskutert begrep, men handler i grove trekk om hvordan de psykisk syke får status i lokalsamfunnet. Grunnleggende spørsmål vil være i hvilken grad de psykisk syke får tilgang til samme livsområdene og blir oppfattet som fullverdige medborgere. Det handler om at de i tillegg til status, får delta i større grad, og ta ansvar for eget liv og sosial inkludering. Det er ikke nok å ha rettigheter - det må også

gjenspeile seg i praksis. Normaliseringsideologi forutsetter at noe er unormalt eller avvikende. Det vil si at avviket skal normaliseres. Det ligger implisitt i ideologien at det normale er bra, mens det unormale er mindre bra. Det legges til grunn en ide om at avvikere og utstøtte helst vil leve, bo og arbeide slik de ”normale” (Solvang 2002).

I dialog med kollegaer og samarbeidspartnere i kommunen der jeg jobber har temaet alminneliggjøring av psykiatrien vært gjenstand for en kontinuerlig debatt. Det dreier seg i realiteten om i hvor stor grad vi klarer å samarbeide på tvers av etatene, samt åpenhet i forhold til brukerne og deres tilbud. Tradisjonelt har psykiatrien vært preget av lukkethet med tanke på taushetsplikt og vern av brukerne. Dette har sannsynligvis sammenheng med samfunnets holdninger til de med psykiske lidelser. På tross av endring i kunnskap og holdning generelt i samfunnet, synes det likevel å være langt igjen til full åpenhet omkring dette. Synlige tegn på dette kan være at det synes som å være en høyere terskel for å bruke psykisk lidelse som sykdomsforklaring, enn somatisk lidelse.

Slik jeg ser det vil det være interessant å finne ut hvilke grunnleggende ideologier og verdier som ligger til grunn i utøvelse av tjenestene til brukere av psykisk helsetjeneste. Hva som er praksis i forhold tjenesteutøving gjenspeiler om intensjonene er ønsket eller oppnåelige. Særlig fordi tjenestene i de ulike kommunene ser ut til å være organisert på ulike måter og gi ulike tjenester. Min hovedproblemstilling har derfor vært å studere om vi har lykket med avviklingen av særomsorg, eller om vi har gått for langt. Jeg ønsker å finne ut om idealene om integrering og normalisering, stemmer overens med at de innlemmet i det samfunn de er en del av som medborgere. Tjenesteutøvernes fortolkning av situasjonen kan være til hjelp i dette arbeidet. Til hjelp for å forstå tjenesteutøverne sine løsningsstrategier har jeg valgt å bruke Lipskys fokusering på bakkebyråkratene. Jeg har derfor intervjuet relevante fagfolk i to ulike kommuner. Mine viktigste forskningsspørsmål har vært:

- Opplever de ansatte at det er utviklet myndiggjøring og maktoverføring?
- Opplever de ansatte at tilbudet er hemmet på bakgrunn av manglende tverrfaglig samarbeid?
- Opplever de ansatte at organisering og utøving av tjenestene er et bidrag til stigmatisering?
- Opplever de ansatte at organisering er årsak til lav eller høy terskel for å motta hjelp?
- I hvilken grad opplever de ansatte at brukerne er integrert i samfunnet?

Endring i lokal omsorg

Den nye ideologi med inkludering i motsetning til utstøting var starten på nye utfordringer i den lokale omsorgen i forhold til psykisk helsearbeid. Utfordringene dreide seg om å implementere et helhetlig samordnet behandlingsapparat for brukere fra tidligere institusjoner. Dette var ofte brukere med omfattende og sammensatte behov som trengte mye tilrettelegging. Det har skapt behov for god organisering, koordinering og tverrfaglig samarbeid av tjenester i det kommunale system. Det inkluderer også et godt samarbeid mellom 1. linje dvs. kommunen, 2 linjetjeneste dvs. i den seinere tid DPS (distriktpsikiatrisk sentre) og 3.linje dvs. sykehus.

Like viktig eller kanskje viktigere enn behandlingssiden, kommer utfordringene med at brukerne skal ha et mest mulig tilnærmet normalt liv innlemmet i det samfunnet de er en del av. Det er her vi må gå den lange vei tilbake fra utstøting til inkludering igjen. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt- og et praksisfelt. Til det første er det utviklet ulike normaliseringsmodeller for å hjelpe oss å forstå sammenhenger, kunnskapsbaser, og utvikling av roller. Til det andre er utvikling av individuell plan (IP) og ansvarsgrupper, som et godt eksempel på et praktisk verktøy. Individuell plan er brukerens egen plan der målene skal reflektere personens ønsker og behov. Planen skal i tillegg styrke brukerens posisjon som part i arbeidet. Utgangspunktet for planen er den enkeltes ressurser og mestring i hverdagen. For tjenesteutøver er utfordringene å ta brukerne på alvor, vise respekt og legge brukers ønsker og mål til grunn for den bistand som ytes (Sosial og helsedirektoratet 2005). Like viktig som å se på psykisk helsetjeneste som et kunnskaps- og praksisfelt, er å ta temperaturen på hva som rører seg av diskurser i praksisfeltet. Vi kan finne ut dette ved å se på hvilke paradokser og dilemmaer tjenesteutøverne i feltet psykisk helsearbeid er en del av.

Hvilke diskurser definerer praksiskunnskap?

Det finnes en del hovedstrømninger i dagens psykiatrifelt som genererer etiske dilemma og paradokser som sannsynligvis gir grunnlag for ulike praksis. Det vi nå skal diskutere handler om holdninger til tverrfaglig samarbeid hos tjenesteyterne, sett i forhold til eksisterende krav om samarbeid. Det handler om organisering av områder i kommunen med større makt til enhetsledere, sett i forhold til større krav til resultat. Det handler også om endring av pasientrollen til brukerrollen med overføring av makt fra ansatte til brukerne. Målsettingene til staten kan også inkludere føringer som spriker i ulike retninger.

Holdninger til tverrfaglig samarbeid i kommunen kan mangle åpenhet og samarbeidsvilje. Det er sentralt å stille spørsmål med verdiforankring og fokus på samarbeid, dersom tjenestene har endret seg i løpet av de siste 10 årene som følge av sentrale plandokument. Krav til samarbeid er større enn noen gang. Er dette en bevisst satsing hos profesjonsutøverne eller etableres det egne kulturer i kommunene? Hva har kommunene gjort for at de ulike etatene skal styrke det tverrfaglige samarbeidet? Er organisering i seg selv nok til å unngå dette? Mye tyder på at dette ikke alltid er tilfelle. Dette ser vi særlig i nedbemanningstider med kamp om ressursene.

Organisering av områdene i kommunen, med innføring av flat struktur, gir enhetsledere ansvar for forvaltning av egne ressurser. Det kan i et instrumentelt perspektiv være et hinder for samarbeid på tvers. Dette kan være et resultat av en liberalistisk reformbølge kalt New Public Management (NPM) som har skyllet innover landet siste 20 år. Fokus på effektivisering, rasjonalisering, brukervedvirkning og resultat, kan føre til at enhetslederne vegrer seg for å ta for mange oppgaver på seg. Dette må også sees i sammenheng med føringer fra politisk nivå om å løse nye oppgaver innenfor egne områder. Det er i disse sammenhenger som i andres hverdagsliv alltid vanskelig å dele pengesekken. Er det et paradoks at hjelpeapparatet skal drive integrering med brukerne hvis de ikke klarer å integrere seg selv? Det kan bli et paradoks å gi enhetslederne mye tillit og makt til å løse egne oppgaver, og samtidig stramme inn dersom en ikke samarbeider.

Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller organisasjonsmedlemmer kan påvirke tjenester eller tiltak som får innflytelse på beslutningsprosesser. Er det egentlig mulig å gå imot brukermedvirkning fra et faglig eller et demokratisk perspektiv? Det er i hvert fall sannsynlig å tro at det er lite taktisk. Det er likevel interessant å finne ut hva som er virkeligheten. Opptrappingsplanen (St.prp.nr.63), Rundskriv (1-4/99), og st.meld.1 (2004-2005) legger sterk vekt på brukermedvirkning. Det skal være fokus i det generelle psykiske helsearbeidet samt i implementering av opptrappingsplanen spesielt. Brukerperspektivet skal ivaretas både ved individuell medvirkning og ved styrking av brukerorganisasjonene. Brukernes behov skal avgjøre hva slags tilbud som skal gis (st.meld.25, 1996-97).

Et sentralt poeng i denne sammenheng er skifte av fokus fra pasient til bruker. Pasientrollen oppfattes gjerne som en passiv, ikke deltakende rolle der man mottar behandling.

Brukerrollen derimot, blir i langt større grad oppfattet som en aktiv, deltakende rolle som tilpasses den enkelte brukers behov. Det er relevant å trekke inn rehabiliteringslitteraturen for å forstå de terapeutiske aspektene ved brukermedvirkning. I følge Berg (2002) handler rehabilitering om gjenoppretting av verdighet. Han omtaler Sverdrup sin argumentasjon om at empowerment er et mye brukt perspektiv som skal bevisstgjøre tjenesteyterne om deres handlingsmønstre i relasjoner med hjelpetrequende (Sverdrup 2002).

Det er rimelig at avstand mellom idealer og realiteter i mange år fremover vil være en sannhet fordi brukermedvirkning får store konsekvenser i etablert praksis. Både i form av behov for økt brukerkompetanse, samt overføring av makt fra ansatte til brukerne. Det trenger seg på spørsmål om hva som er fornuftig, i forhold til idealer og realiteter.

Debatten om kunnskapsbasis og roller til ulike yrkesgrupper er særlig aktuelt for videreutvikling av psykisk helsetjeneste. Det synes å ha utviklet seg en spenning, om å forstå psykisk helsearbeid ved hjelp av en sykdomsmodell eller en normaliseringsmodell. Sykdomsmodellen har en medisinsk og pleiefaglig kunnskapsbase i motsetning til normaliseringsmodellen som er preget av rehabiliteringstanker. Staten setter også i et rundskriv fokus på nødvendigheten av å flytte perspektivet fra diagnose til vekt på psykososial funksjonssvikt og mestring. (Rundskriv 1-4/99)

Statlige plandokumenter er heller ikke rensert for motstridende tilrådinger. Ser en veileder og stortingsmelding opp i mot hverandre kan vi finne kontraster i forhold til bruk av metodikk. Stortingsmelding 25 vektlegger gruppeperspektivet i sine tilrådinger til pasienter med psykisk lidelse, med fokus på selvhjelpsgrupper eller styrte grupper til å mestre livskriser og problemer. (St meld.nr.25:34) Dette står i kontrast til veileder (kap.9) som fokuserer på individuell tilrettelegging. Dette kan gjenspeile varierende holdninger og tilnærming i forhold til integrasjon i lokalsamfunnet og normalisering.

.....med nissen på lasset?

Tematikken i oppgaven min dreier seg om å finne ut om psykisk helsetjeneste i kommunen fremdeles er en særomsorg, og i tilfelle om det er en "villet" retning. Jeg vil ta utgangspunkt i hva vi bestemte oss for å gjøre i form av statlige føringer og lovverk. Videre vil jeg ta temperaturen på hvordan det har blitt. Mye av debatten om psykisk helsevern dreier seg ofte

om organisering og manglende tilbud. I utgangspunktet er dette viktig og sentralt, men det kan ligge en potensiell fare i at vi overser at situasjonen i kommunene ikke bare dreier seg om reorganisering av tjenestene, men like mye om en revurdering av hvilken status de psykisk syke i samfunnet skal ha. *Frå å vere "dei andre" skal dei no vere "ein av oss" (Bergem og Ekeland 2006:26).*

Mye av forskningen har dreiet seg om å høre brukernes røst for å avklare om målene er oppfylt. I dette studiet ønsker jeg å rette fokus på de ansatte sine holdninger og oppfatninger om status til brukerne av psykisk helsetjeneste i forhold til normalisering, medborgerskap og integrering. Det er sannsynlig å tro at de ansatte sine holdninger gjenspeiler generelle oppfatning i samfunnet. Spesielt med tanke på om endring i omsorgen har ført til økt integrering og utvikling av sosial identitet på lik linje med andre og ikke en identitet på bakgrunn av sykdom. Drivende spørsmål vil være om de ansatte har tatt opp i seg de grunnleggende verdier og menneskesyn som normaliseringsideologien representerer, eller i verste fall har en konserverende effekt i systemet med å være nissen på lasset?

Sentrale plandokument

Opptrappingsplanen for psykisk helse med virkning frå 1998, som i utgangspunktet skulle vare i 8 år, innebar at det skulle brukes totalt 24 milliarder mer til psykisk helsearbeid i løpet av planperioden. Opptrappingens virkeperiode ble senere forlenget med 2 år. Hovedmålet i opptrappingsplanen var å styrke alle ledd i tiltakskjeden. Det skulle skapes et helhetlig, sammenhengende og kvalitativt godt behandlingsnettverk med brukerperspektiv i fokus (St.prp. 63 -1997-98) Planens verdigrunnlag fremmer uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

I forkant av opptrappingsplan ble "Åpenhet og helhet" (St.meld. 25, 1996-97) lagt fram av regjeringen. I tillegg ble kommunens rolle i implementering av opptrappingsplan definert i et rundskriv til kommunene i 1999 (rundskriv I-4/99). Disse tre utgjorde den grunnleggende dokumentasjon, supplert av andre dokument: veiledere i individuell plan fra 2005 (Sosial- og helsedirektoratet 2005.), St. melding nr.1 (2004-2005) med status og mål for arbeid med opptrappingsplanen, samt veileder i psykisk helsearbeid (Sosial- og helsedirektoratet 2005b). I tillegg kom regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Disse dokumentene

ga til sammen føringer for hvilke idealer myndighetene la til grunn for det framtidige psykiske helsearbeidet innenfor følgende temaer:

- brukermedvirkning og –styring
- samordning av tjenestetilbudet
- individuell plan
- pårørendes rolle
- tilbudet til barn og unge

Opptappingsplanen (st.prp.63) bygger på medmenneskelighet, med større omsorg og ansvar for de svakeste. Målet er at mennesker skal være aktive deltakere i samfunnet, som borgere, og ikke bare som kunder og klienter. Planen skisserer en ønsket samfunnsutvikling med vekt på kulturelle og menneskelige verdier, desentralisering til familie og nærmiljø, og en mer rettferdig fordeling. Planen peker på at å leve et godt liv innlemmet i det samfunn og kultur man er en del av, er et grunnleggende velferdsgode. Mange med psykiske lidelser mangler dette og er ofte den gruppe med dårligst levekår med dårlig økonomi, vansker for å beholde bolig, arbeid og venner. Denne gruppe er den nest største både ved langtidssykemelding og uførepensjon. Dette samsvarer med ”Lønning II-utvalget (NOU 1997:18) som viste til behov for strakstiltak i psykiatrien. Departementet mottok 102 høringsuttalelser som bekreftet at psykiatrien var blitt hengende etter i prioriteringene på tross av politiske erklæringer. Planen (1.2) definerer grunnleggende behov til: en tilfredsstillende bolig med eventuell bistand, meningsfylt aktivitet (arbeidsliv eller aktivitetstilbud), inngå i sosialt felleskap med familie og venner, samt mulighet for kulturell og åndelig stimulans på egne premisser.

St.meld. 25 er forankret i empowerment-ideologien, som handler om myndiggjøring og maktoverføring, der mål er å redusere maktubalanse mellom hjelper og bruker. Den er også forankret i ”holismen” en ideologi preget av et helhetlig menneskesyn. Den helhet mennesket inngår i virker inn på helsen, og følelse av velvære og livskvalitet. Det innebærer en forståelse for at sykdom henger sammen med hele mennesket. Statlige intensjoner og planer legger føringer for at psykisk helsetjeneste ikke skal være en særomsorg men gi integrerte tjenester i det kommunale systemet.

Som et ledd i evalueringen av opptappingsplanen er det gitt ut en rapport fra Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) med vektlegging av brukermedvirkning og psykisk helse

(Sidsel Sverdrup, Lars B. Kristofersen og Trine Monica Myrvold 2005). Mange pasienter med psykiske lidelser opplevde ikke at behandlingsapparatet tok et helhetlig ansvar for dem. Individuell plan ble i liten grad benyttet som et verktøy. Brukerne ønsket i større grad å bli involvert i egen behandling. Få pårørende opplevde at tjenesteapparatet la opp til at pårørende skulle involveres. Mange ungdommer gikk lenge med store problem uten at skole og helsesøster formidlet kontakt med relevante instanser.

Trine Monica Myrvold har gitt ut en rapport i NIBR 2006 (Kommunalt psykisk helsearbeid, Utviklingstrekk 2002-2005) Rapporten er en del av underveistrapporteringen fra opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid (Myrvold, 2006). I prosjektet blir det satt fokus på hvordan kommunene søker å skape et helhetlig, bredt og samordnet tilbud til innbyggere med psykiske lidelser. Med utgangspunkt i opptrappingsplan og andre måldokumenter ønsket de å se om utviklingen gikk i ”riktig” retning. Tydelige funn i evalueringen av opptrappingsperioden viser at det er relativt beskjedne endringer i kommunenes organisering av psykisk helsearbeid for voksne fra 2002 til 2005.

En høyere andel av kommunene har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid nå, mens færre har integrerte tjenester. Det har også vært en viss utvikling fra organisering i tilknytning til pleie- og omsorgssektoren til at psykisk helsearbeid organiseres sammen med helsetjenesten. Det er relativt små endringer i bruken av ulike samordningstiltak i kommunene i løpet av de siste tre årene. Det mest markante trekket er en klar økning i antall kommuner som sier de utvikler individuelle planer til innbyggere med psykiske lidelser. Vi finner også en klar økning i bruken av ansvarsgrupper for barn og unge. Informantene er generelt positive til individuelle planer – de mener slike planer er viktige for samordning av tjenester.

På tross av at kommunene fremdeles har mange utfordringer knyttet til psykisk helsearbeid, viser også rapporten til Trine Myrvold en positiv utvikling i kommunene på en del områder. Funnene viser at:

- Kommunene synes å ha fått et noe sterkere fokus på det psykiske helsearbeidet for barn og unge, med forbedring av tjenestene
- Legene oppleves som mer involvert i det lokale psykiske helsearbeidet både for voksne og for barn/unge

- Grunnskolene synes som å ha en mer sentral rolle i det psykiske helsearbeidet for barn og unge
- Det er en klar økning i rapportert bruk av individuelle planer, og holdningene til slike planer er gjennomgående positive
- Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene er styrket
- Rådgiverne for Opptrappingsplanen ser i større grad ut til å ha nådd frem til småkommunene

Andre sentrale rapporter i perioden for opptrappingsplanen er NIBR-rapport 2004:12 som studerer tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Den synliggjør at få kommuner har fulgt oppfordringen i "Opptrappingsplanen for psykisk helse" om integrering av det psykiske helsearbeidet i det ordinære tjenesteapparatet. Rapporten drøfter data fra en spørreundersøkelse til samtlige norske kommuner om tiltak, kompetanseoppbygging og organisering innenfor det kommunale helsearbeidet. En annen rapport "Kunnskap og åpenhet" retter søkelyset mot hvilken kunnskap og holdninger som finnes i befolkningen. Resultatene av intervju med 2000 personer viser at villighet med hensyn til åpenhet om psykisk helse varierer ut i fra hvem man ønsker å være åpen for. Dataene synliggjør at det eksisterer en del skillelinjer i befolkningen når det gjelder kunnskap, holdninger og fordommer. Kvinner har større grad av kunnskap og mindre grad av fordommer enn menn. Det blir også fokusert på nødvendighet av informasjon om psykisk helse og lidelser for å redusere fordommer og øke kunnskapene (NIBR-rapport 2003:5).

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er lovpålagt og vektlegger hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøvernes plikter er ivaretatt. Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet nytter bruker sin erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. Kvalitetsforbedringer ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver. Brukermedvirkning var likevel ikke tenkt å frata fagpersonen sitt ansvar. Det er en overordnet målsetting i opptrappingsplanen at den skal fremme selvstendighet, og evne til å mestre eget liv for de med psykiske lidelser. Anerkjennende samhandling tar utgangspunkt i at bruker og hjelper er likeverdige behandlingspartnere, med noe ulikt ansvar.

Empowerment også kalt myndiggjøring, vil ifølge Veileder (IS-1332) romme en individuell og strukturell dimensjon. Den individuelle retter seg mot å øke individets kontroll over eget liv ved økt selvtillit, økt selvbilde, kunnskap og ferdigheter. Den strukturelle omfatter barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som begrenser mulighet for kontroll over eget liv. På individnivå betyr brukervedvirkning at den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet. Det betyr at vedkommende kan delta i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til en hver tid måtte være tilgjengelige, noe som innebærer større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. På systemnivå innebærer brukervedvirkning at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål. Brukere og representanter for brukerorganisasjoner eller brukergrupper velges inn i ulike utvalg og råd. På politisk nivå kan brukergrupper og brukerorganisasjoner bli involvert i prosesser før politiske beslutninger fattes. Brukerrepresentanter bør så langt som mulig oppnevnes til råd, utvalg og komiteer som legger premisser for politiske beslutninger innen psykisk helsearbeid (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Offentlig sektor er politisk styrt, ved at politikere trekker opp retningslinjer og handlingsrom. Administrasjonen via sine tjenestemenn fattet beslutninger som vedgår den enkelte bruker. Det er derfor en forutsetning at tjenesteutøver som opptrer på fellesskapets vegne har kunnskap, og forståelse for bruker sine demokratiske rettigheter, slik at medbestemmelsesretten blir reell. Det vil være brukerne av tjenestene som kan gi best informasjon på hva som bør forbedres og på hvilken måte. For utvikling og forbedring av tjenestene er vi derfor avhengig av å involvere brukerne i disse aktivitetene. Utvikling av faglig kompetanse handler om å være sensitiv for brukers synsvinkler og erfaringsbasert kunnskap. Brukervedvirkning har i seg selv også en egenverdi i form av å bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom bruker i større grad kan påvirke sine omgivelser gjennom egne valg og ressurser vil det påvirke selvbildet og styrke brukers bedringsprosess, slik at det har en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan hjelpeløshet bli forsterket. Jeg vil i denne sammenheng vise til rapporten ” Brukervedvirkning og psykisk helse” som omtaler instrumentell og terapeutisk brukervedvirkning (NIBRRapport 2005:6).

Brukervedvirkning reguleres i ulike steder i sosial- og helselovgivningen for eksempel i:
- pasientrettighetsloven

- psykisk helsevernloven
- lov om statlige helseforetak
- spesialisthelsetjenesteloven
- sosialtjenesteloven
- lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for
- menneske med nedsatt funksjonsevne m.m.
- internkontrollforskriften

All informasjon til brukere må være god nok, slik at bruker har et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta egne valg. Informasjonen må tilpasses bruker sine forutsetninger som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Det bør gis informasjon om sykdom, behandlingsalternativ, ulike tjenestetilbud, samt tjenesteutøver sin vurdering og konklusjon. Informasjonen bør tilpasses den enkeltes situasjon og mulighet for å ta imot informasjon. I tillegg til muntlig informasjon bør en understøtte med skriftlig materiale fordi det kan være vanskelig å huske det som er formidlet. Brukere har rett til å medvirke i forhold til helsehjelpens nærmere innhold, jfr. pasientrettighetslov § 3-1. Det vil si ved valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette må også ses i sammenheng med pasientens selvbestemmelsesrett, jfr. psykisk helsevernlov. kap. 2. Retten til medvirkning gjelder bare i forhold til valg av forsvarlige og tilgjengelige metoder. Pårørende har også under visse forutsetninger rett til å medvirke, jfr. pasientrettighetslov § 3-1 annet ledd. Dette forutsetter at brukeren har samtykket til det, eller at vedkommende ikke har samtykkekompetanse, jfr. § 4-3. Medvirkningsretten må likevel i representasjonssituasjoner alltid utøves i pasientens egen interesse.

Det er nødvendig å skape et godt personlig møte mellom bruker og tjenesteyter slik at bruker opplever trygghet, forståelse og likeverd på tross av sine plager med psykiske lidelser. Ifølge rapport IS-1513 fra Helsedirektoratet kommer det frem i flere undersøkelser at brukere ikke føler seg godt nok ivaretatt i det personlige møtet med tjenesteutøver. Det påpekes også her at dette møtet er så sentralt i behandling av personer med psykiske lidelser at tema bør vies mer oppmerksomhet på bakgrunn av hva som påvirker det, slik at det er mulig å kvalitetssikre ansikt-til-ansikt relasjon som metode. Forutsetninger for å lykkes med samhandling mellom bruker og tjenesteyter er faktorer som tillit og relasjonsbygging, åpenhet og likeverd, og tid (Trefjord og Hatling 2004). Klient og resultatstyrt terapi er et eksempel på en terapiform der brukermedvirkning inngår som et sentralt element. Klientens opplevelse av den terapeutiske

relasjon og endring tidlig i behandling ser ut til å gi gode resultater. På bakgrunn av denne kunnskap har det utviklet seg en terapiforskning fra midten av 1990 tallet der behandler monitorerer klientens opplevelse av endring og terapeutiske relasjon (Miller, S. og Duncan, B. 2004: Rapport 15-1513).

Flere prosjekt på oppdrag av Noregs forskningsråd inngår i evalueringa av opptrappingsplanen for psykisk helse. Sidsel Sverdrup, Lars B. Kristofersen, Trine Monica Myrvold, har også laget et av prosjektene som ble gjennomført i to faser (NIBR-rapport 2005:6), brukermedvirkning og psykisk helse. Andre fase: brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter,(NIBR-rapport 2007:2), sammenligner resultater og endringer i perioden mellom de to fasene. Brukerne så det som viktig og riktig å få ta beslutninger som gjelder egen behandling, fordi de tror det gir bedre tilpassede tjenester. De aller fleste opplevde likevel at de i liten grad fikk informasjon om ulike sider ved behandlingen, eller at de ble tatt med på råd. Mange av informantene var opptatt av å få informasjon om egen sykdom og hva som kunne gjøres for å hjelpe dem. Få av brukerne i undersøkelsen hadde en virksom ansvarsgruppe. Det kom frem at behandlingsapparatet av og til praktiserte brukermedvirkning som et argument for å trappe ned tilbudet, i stedet for at behandlerne motiverte til behandling. Det fremsto problem med samordning og samarbeid. Mange av brukerne opplevde at de selv måtte fungere som koordinator for eget hjelpetilbud. Selv om flere hadde kunnskap om individuell plan i siste intervjurunde, kom det frem at hjelpeapparatet i liten grad tok ansvar for utarbeiding av individuelle planer, selv om brukerne var langvarige syke. Erfaringene fra informantene vedrørende pårørendes rolle synes uavklart, da nesten ingen pårørende opplever at hjelpeapparatet legger til rette for dette.

Kommunene oppfattet at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har endret seg til det bedre siden 2003/2004. Mangler i relasjon til spesialisthelsetjenesten slo både positivt og negativt ut for brukeres medvirkning på kommunalt nivå. Positivt fordi kommunalt ansatte fikk mer kontroll over arbeidsoppgavene de skal gjennomføre, samt at de må gjennomføre kartleggingsarbeid selv. Negativt fordi beslutningene fattes uten støtten informasjonen fra spesialisthelsetjenesten representerer. I undersøkelsesperioden viste det seg at mange av kommunene nettopp hadde gjennomført organisasjonsendringer fra hierarkisk sektor-etatsmodell til flat struktur. Trekkene ved endring var at fagenhetene fikk delegert ansvar for budsjett, personal og fag der dette tidligere var organisert under større avdelinger av type helse- og sosialavdeling. Profesjonelle yrkesutøvere oppfatter ved begge tidspunkter at de

legger til rette for at brukere skal kunne medvirke i relasjonen. Det gjør de ved å trekke seg tilbake og vise interesse for brukernes ønsker.

Brukerutvalg representerer noe nytt og har ikke funnet sin form, selv om brukerne oppfatter de får overført noe myndighet. Deltagelse i kontrollkommisjoner der andre taler brukernes sak oppfattes mindre som individuell medvirkning. Det pekes på at styrking og myndiggjøring av brukere forutsetter myndiggjorte profesjonelle medarbeidere. Kommuner med vektlegging av brukermedvirkning kjennetegnes ofte at de ikke har domenekonflikter. De har profesjonelle yrkesutøvere med et bevisst forhold til hvordan brukerne involveres i utmåling av tiltak, og hvordan andre enheter involveres i arbeidet. Dagsenter er en arena for brukers medvirkning og det pekes på at disse tiltak har økt siden 2004. Rapporten skisserer også en del utfordringer i forhold til at kommunene må organisere seg på en måte som ikke hindrer samarbeid. Det pekes på at flat struktur på den kommunale organisasjonen ser ut til å hindre samarbeid, mens modifisert flat struktur legger til rette for samarbeid. Det oppfordres derfor til at kommunene, samt NAV øker kompetansen om psykisk helsearbeid i tilgrensende tiltak (Marit K. Helgesen 2006).

På mange måter har arbeidet med Opptrappingsplan for psykisk helsearbeid mange fellesstrekk med HVPU reformen, en reform for mennesker med psykisk utviklingshemning vedtatt av Stortinget i 1987. Overordnet mål var avvikling av alle institusjoner og innbefattet flytting av 5100 personer til egen bolig. Ønske om bostedskommune ble lagt til grunn og det skulle ikke iverksettes flytting før det var etablert et bedre tilbud. Reformen ble utvidet til å gjelde alle psykisk utviklingshemmede også de som var hjemmeboende.

Loven var forankret i avviklingsloven (10.juni 1988) som regelfestet at tidligere særomsorg for HVPU skulle avvikles, samt klageforskriften som skulle sikre et godt tilbud. Rundskrivene instruerte hvordan planleggingsprosessene skulle gjennomføres i kommunene. I likhet med opptrappingsplanen skulle individuelle planer utarbeides og oppsummeres i kommunale tiltaksplaner innen bestemte tidsfrister. (jf. NOU 1985)

Reformen var et resultat av en evaluering på 80 tallet (NOU 1985:34 Levekår for psykisk utviklingshemmede) som viste et sprik mellom realiteter og eksisterende idealer om utviklingshemmedes rett til anstendige levekår og normalisering. I tillegg til forskning og dokumentasjon, var kritikken av institusjonsomsorgen fra pårørende og fagmiljø, medvirkende til at reformen ble igangsatt. Reformen omfattet alle utviklingshemmede selv

om de som kom fra HVPU ble prioritert. Det hadde sammenheng med at det var knyttet tidsfrister til avvikling av institusjon, klagerett og økonomisk kompensasjon. Hjemmeboende som fikk et samlebeleg for hele gruppen, manglet derfor klare retningslinjer og press på økonomisk incitament (jf NOU 1985:34). Selv om HVPU-reformen hadde lite lovgrunnlag, men mer føringer i kraft av rundskriv, sluttet kommunene lojalt opp om gjennomføring. Ifølge NOU 1985 kan det skyldes at statlige retningslinjer blir oppfattet mer forpliktende, enn de i realiteten er, i tillegg til tro på reformens hovedide: anstendige levekår og normalisering. Reformens ideologiske dimensjon blir også tillagt en betydning.

Det knyttes store forventninger til NAV, som er den største reformen i etterkrigsårene, i forhold til å møte de utfordringene som sysselsettingsproblemer er en del av. Det klassiske uttrykket *"arbeidsledighet er roten til alt vondt"* har fremdeles stor grad av gyldighet. Etablering av NAV har et potensial for en mer samordnet og helhetlig koordinering av tiltakene for de som av ulike årsaker mangler arbeidsrelaterte aktiviteter. For psykisk helsearbeid ligger det et stort potensial ved å ta i bruk mestringsstrategier, slik at brukerne blir i stand til å komme til NAV kontoret. De økonomiske konsekvensene handler om økte kostnader i helse- og sosialsektor, utgifter til bolig, transport, medisiner, sykehusinnlegging, lege, personalressurser, økt kriminalitet, etc. For kommuner med skranten kommuneøkonomi kan slike faktorer gi store utslag. I noen kommuner iverksettes det arbeidsrelaterte aktiviteter fordi brukerne ikke blir prioritert av Aetat (NAV). Det betyr at kommunene subsidierer statlige oppgaver. Erfaring tilsier at det er behov for et "spleiselag" der kommunen går inn med mestringsstrategier og NAV går inn med arbeidsrettede tiltak. Nav vil derfor spille en viktig rolle i dette arbeidet framover, og må satse på å ruste opp organisasjonen. Det vil stilles store krav til kompetanseutvikling slik at tjenesteyterne møter brukerne med psykiske lidelser på en formålstjenlig måte. Det vil ikke være nok med "en dør" inn dersom en ikke blir møtt i et likeverdig forhold med gjensidig respekt.

Denne presentasjonen setter søkelys på en del av forskningslitteraturen på området, men er på ingen måte dekkende for emnet fordi kildemengden er svært stor. Mitt utgangspunkt har vært å belyse litt av forskningen for å sette studiet i et videre perspektiv. Norsk institutt for by- og regionsforskning og SINTEF har laget en rekke forskning på området. Jeg har nå lagt frem sentrale plandokumenter og aktuell forskning på områder som belyser psykisk helsearbeid de siste 20 årene. Det finnes også en mengde bøker, som belyser brukermedvirkning, og

myndiggjøring (for eksempel, Ulvestad, Henriksen, Tuseth og Fjeldstad 2007, samt Ekeland, og Heggen 2007).

Den videre presentasjonen i dette kapittel vil være en introduksjon til sosiologiske begrep og forskning rundt dem. Begrepene rommer ulike betydninger, og det vil være nødvendig å avdekke hva som legges i dem, som et grunnlag for videre lesing.

Livskvalitet

Begrepet "livskvalitet" brukes forskjellig av ulike personer, også innenfor vitenskapen. Det vil si at vi må forholde oss til ulike betydninger av begrepet og at dette skaper betydelig forvirring i språkbruken. Wyller (1998) trekker den slutning at begrepet livskvalitet "inviterer til misbruk" og at man derfor bør "velge andre termer". Det synes derfor å være nødvendig å konkretisere hva som legges i dette. Næss (2001) definerer i sin tolking av livskvalitet at det er å ha det godt, ha gode opplevelser og positive vurderinger av eget liv. Gode følelser kan være glede, engasjement og kjærlighet. Gode vurderinger kan være tilfredshet med eget liv, selvrespekt, opplevelse av mening med tilværelsen. Godhetsfølelse er også avhengig av fravær for vonde følelser slik som nedstemt, angst og ensomhet. Negative vurderinger kan være misnøye med eget liv, skamfølelse og opplevelse av ubrukte evner. Denne definisjonen ligger nær opp til den som ble foreslått av Mastekaasa o.a. (1998): *"livskvalitet er enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser"*. Andre ord som brukes er, er "subjektivt velvære" eller "psykisk velvære". "Subjective well-being" er etter hvert blitt et brukt begrep i engelsk språklig faglitteratur. Forslag om å forlate ordet livskvalitet og gå over til psykisk velvære har blitt motargumentert med at det er en passiv tilstand som ikke inkluderer for eksempel engasjement eller selvrealisering.

Livskvalitetsmålinger blir ofte brukt i evaluering av ulike tiltak. Data blir innhentet på ulike tidspunkt slik at en kan få vurdert resultat og forandring over tid. Dette har aktualitet ved medisinsk behandling og psykoterapi, ressurstilførsler, miljøforbedringer, eller organisasjonsforandringer. I tilfeller med sterkt invalidiserende psykiatriske sykdommer, har medisinsk behandling ikke oppnådd å gjøre pasientene sykdomsfri. I slike tilfeller er det viktig med informasjon for å opprettholde en tilfredsstillende livskvalitet, som grunnlag for verdi avveininger og beslutninger om ressursallokering.

Kielland (2002) viser til at 310 pasienter med alvorlig psykiske lidelser ble kartlagt i en tverrsnittundersøkelse ved landets psykiatriske avdelinger i 1999. Undersøkelsen indikerer at en stor andel pasienter med alvorlig psykiske lidelser og rusmisbruk, ikke hadde ideelle boliger ut fra deres forutsetninger og behov. Det omfattet også dem som hadde egne boliger. Kielland viser til en betydelig mengde forskningslitteratur som belyser disse problemene. En amerikansk undersøkelse viser at det først og fremst er tanken på å bo sammen med andre psykiatriske pasienter som oppleves som negativt, ikke at det eksisterer hjelpetiltak i form av personale knyttet til boligen (Omtalt av Kielland 2002 - Scutt, RK. Og Goldfinger, SM 1996). Dette samsvarer med Audun Ådland (2003) sine undersøkelser som viser at mange har negative erfaringer med å bo i egne leiligheter eller sammen med foreldre. De uttrykte tilfredshet med tilværelsen i bofellesskap og trakk spesielt fram betydningen av deltagelse i ulike arenaer hvor de inngikk i sosiale relasjoner. Beboerne opplevde forutsigbarhet, trygghet, status og opplevelse av mestring.

Livskvalitet som begrep ser ut til å bli brukt mer og mer innenfor psykologi og andre samfunnsvitenskaper. Det er også blitt et honnørord med forankring i politikk og samfunnsdebatt. Begrepet har invitert til refleksjon over hva et godt liv innebærer og forutsetninger for å oppleve en viss kvalitet i tilværelsen. Argumentasjonen dreier seg i stor grad over hvem som skal vurdere hva som er god livskvalitet for en person. For å unngå at forskere skal definere livskvalitet på bakgrunn av egne preferanser har en introdusert begrepet subjektiv livskvalitet. Livskvalitet som begrep blir brukt om enkeltindividers opplevelse av sitt eget liv som godt eller dårlig. Begrepet livskvalitet har et positivt innhold, der ikke bare fraværet av, men også tilstedeværelsen av det gode liv settes i fokus. Dette står i kontrast til hvordan begreper som mental helse vanligvis brukes. Mental helse kan defineres positivt, men mer vanlig er en negativ tilnærming som innebærer å definere mental helse som fravær av psykiske plager eller sykdommer (Mastekaasa 1988).

I et sosialantropologisk perspektiv introduserer Thomas Hylland Eriksen, en markant stemme i samfunnsdebatten at vi sannsynligvis har å gjøre med noe dypt fellesmenneskelig med henblikk på livskvalitet. Han argumenterer for at håpet er å strekke seg etter noe vi ikke vet hva er, og at vi ikke kan beslutte å innfri det vi håper på. På tross av vår relasjonelle og planmessige kultur, tyr vi til håpet. (samtidig 4-92) Thomas Hylland Eriksen, holder også på med studiet om livskvalitet i det moderne samfunnet. Tematikken dreier seg om jakten på

livslykken i overflodsamfunnet. Han problematiser at overflod, økt levealder ikke har gitt oss økt livskvalitet ifølge sine foreløpige studier.

Identitet og integrasjon

I møte med lokalsamfunnet kan personer med psykiske lidelser få påvirket sin selvoppfatning, sosial identitet og opplevelse av integrasjon. Det er rimelig å hevde at noe av det mest sentrale ved mennesker er vår evne til selvbevissthet og selvrefleksjon. Det finnes ulike definisjoner av "identitet", "selv" eller "personlighet" med bakgrunn i ulike psykologiske teorier. Ifølge Bergem og Ekeland (2004) er det minst to forhold som påvirker vår identitet dvs. hvordan vi oppfatter oss selv, hvordan andre oppfatter oss og hvordan vi fortolker andre sin oppfattning av oss. Sosial identitetsteori tar utgangspunkt i gruppeforskning og definerer at gruppedlemskap fører til identitetskategorier og polarisering mellom "oss" og "de andre" På denne måten blir identiteten vår sosialt forankret ut i fra hvilke grupper vi blir assosiert med. Sosial identitet blir ifølge Tajfel definert slik:

Social identity can be understood as that part of an individual's self-concept which derives from his knowledge of his membership of a social group (or groups) together with the value and emotional significance attached to that membership (Tajfel 1981)

Det er vanlig å identifisere at mennesker ønsker å være sammen med andre som de ligner på eller assosierer seg med. Forutsetningen for denne gruppetilhørighet må likevel ha utgangspunkt i en positiv opplevelse, fordi en er opptatt av hvordan gruppen blir identifisert i samfunnet. Mennesker med psykiske lidelser har tradisjonelt blitt behandlet som en gruppe både i forhold til behandling, tiltak og tjenester. Det fører til at individualiteten blir mindre vektlagt. Det fører til at sosial identitet tilskrives individet på bakgrunn av generaliseringer av gruppekjennetegn (Bergem og Ekeland 2004). Tradisjonelt har mennesker med psykiske lidelser blitt assosiert med grupper som har lav status i samfunnet. Slik identifisering kan utløse ulike strategier dersom personen selv opplever dette som en spenning. Det kan bli en konflikt dersom en føler at verdien av å tilhøre gruppen kan føre til stigmatisering (Bergem og Ekeland 2004). Dette minner om en relativ kjent problemstilling som å høre uttalelser fra sosialklienter (og narkomane) om at de ikke vil bo på hospits sammen med "narkomane". Det er rimelig å tro at dette handler om identifisering og konfliktdanning.

Det er sannsynlig å tro at økt kunnskap om psykisk lidelse har bedret holdningene i samfunnet i forholdet til lavstatusgrupper. Dette kan også sees i sammenheng med interesseorganisasjonenes kamp for et åpnere samfunn. På den annen side hjelper det lite hvordan andre fortolker den enkelte, dersom de selv har dårlig selvbilde eller tolker andres oppfatninger negativt. Normaliseringsideologien forutsetter at noe er unormalt og avvikende, og ligger til grunn for endringene i psykisk helsevern. I neste omgang ble begrepet integrasjon koblet til (Sandvin 1992, Bømler 1995 og 2000, Bergem og Ekeland 2004).

Marginalisering av mennesker med psykiske lidelser kan bli forsterket av en politikk som ikke tar hensyn til at det er en heterogengruppe med svært ulike behov. På tross av intensjoner om individuelle tilpassinger, gir organisering av tjenestene inntrykk av at brukerne fremdeles blir sett på som en homogen gruppe (Bømler 1995, Bergem-Ekeland 2004). I små lokalsamfunn blir dette gjerne svært synlig med for eksempel egne tiltak, egne innganger, egne boliger etc. Tilrettelegging av tilbud og tjenester er viktig, men like viktig er det at menneske med psykiske lidelser har ulike behov. De har behov for å velge og i større grad ta kontroll over tjenestene de mottar. Ifølge Bergem-Ekeland (2004) handler dette om å ha en følelse av å leve og ikke bare motta tjenester. Slik Lis Sayce uttaler seg om integrasjon: "...*how to have 'a life' rather than a service*" (Ekeland 2003). Muligheten til å ta egne valg, bli tatt på alvor fører til en positiv selvoppfatning og identitet.

Psykisk syke og medborgerskap

Mennesker med psykiske lidelser har blitt ekskludert fra samfunnet gjennom institusjonalisering. Vestlige lands politikk de siste 30 år har dreiet seg om en reversering med tilbakeføring og integrering i hjemkommunen. Tematikken har dreid seg mye om organisering, men like viktig kan sies å gjelde hvilken status de psykisk syke har. Ekeland (2003:34) problematiserer dette slik:

" For mange av disse handlar det ikkje berre om "å ha ein sjukdom", men like mykje om å oppleve, tenke og leve på måtar som er annleis". Dersom det politiske målet om integrering og medborgerskap skal være reelt er det ikke bare psykisk syke som må integreres men også annerledes livsformer (Bergem og Ekeland 2006).

Gjennom reformer og i psykiatrien og endringer generelt i samfunnet er det vektlagt at psykisk syke skal delta i samfunnet og ta mer ansvar for eget liv. På tross av dette er det mye som tyder på at menneske med psykiske lidelser blir sosialt ekskludert og degraderte til annenrangs borgere. Liz Sayce mener det er langt igjen før holdninger og verdier er endret på en slik måte at psykisk syke oppfattes om fullverdige borgere (Sayce 2000:83).

Bergem og Ekelands (2006:27) omtale av Marshalls tilnærming til *medborgerskap og sosial klasse*, er en skildring av medborgerskapets historie, med vekt på tre element: det sivile, det politiske og det sosiale. Hans utgangspunkt var at samfunnet hadde et ansvar som garantist for medborgerrettighetene til innbyggerne (Marshall 1965, 2003). Også Helga Hernes (2001) mener formelle rettigheter kan motvirke klientskap og gi de med tydeligste klientprofil kompetanse som medborgere og en følelse av selvrespekt og tilhørighet. Det vil likevel være noen som ikke kan leve opp til idealene om deltakelse slik forventningene er til fullverdige borgere. Ifølge Bergem og Ekeland (2006:29) er Foucault opptatt av at dess mer omfattende rettigheter et menneske får i velferdsstaten, dess mer avhengig blir personen av disse rettighetene. Foucault problematiserer at rettene blir tvangsmessige fordi en får mulighet til å leve et liv men ikke nødvendigvis ens eget liv. Hans utgangspunkt er at lover og rettigheter ikke sikrer medborgerskap men legitimerer disiplinering og normalisering.

Psykisk sykdom vil i mange tilfeller svekke medborgerskapet. Ikke nødvendigvis fordi en mister formelle rettigheter, men fordi mulighetene for å utøve medborgerskap minimaliseres. Det kan skje ved fravær av inntektsgivende arbeid, manglende bolig, får problemer med å delta i aktiviteter samt at en møter stigmatiserende holdninger.

Psykisk psyke og stigmatisering

Mye tyder på at stigma ved mental lidelse har eksistert minst siden bibelsk tid, og at alvorlig sinnslidelse, som uttrykk for demonbesettelse og straffedom for synder, ble en del av religiøs tro og praksis. I nyere tid har de fleste forskere basert sine definisjoner på sosiologen Goffman som i 1963 definerte at stigma var sosialt diskrediterende, vedvarende og påvirket oppfatningen av en person i sin helhet (Lyngstad 2000).

For en del psykiatriske pasienter vil sykdommen i seg selv eller behandlingen av den (for eksempel nevroleptikavirkningen) signalisere en ytre forskjell. Bare det å ha blitt sett at en

opp søker en psykiatrisk behandlingstjeneste vil merke personen som annerledes. Forskningen har dokumentert at stigmatisering av personer med psykiatriske lidelser er til stede og kan gi negative konsekvenser for deres livskvalitet. Moderne psykiatrisk behandling bidrar til at effekten av stigma blir mindre. Litteraturen fokuserer på at behandling har fått positiv virkning på livskvalitetsdimensjoner som boligtilbud, familierelasjoner, økonomi, trygghet og helse, men stigma har stadig en sterk negativ virkning på de samme dimensjoner.

Ifølge Lyngstad (2000) kan stigmatisering oppfattes som en prosess som starter med en todelt virkning av stigma; en ”merkelapp” som skiller personen fra andre og knytter den merkede personen til negative egenskaper. Når personen er blitt tilknyttet de negative egenskapene, kommer et tredje aspekt ved stigma i gang, nemlig avvising og isolering av den stigmatiserte. Stigma har gradforskjeller fordi merkingen varierer med i hvilken grad den setter personen utenfor. Person kan bli sterkere eller svakere tilknyttet en rekke negative egenskaper, og avvisingen/utstøtingen kan være mer eller mindre uttalt. Et godt eksempel på stigma vil være når en person innlegges i psykiatrisk sjukehus (merkelappen) definert som farlig, udyktig og så lite troverdig at en finner sosial isolering som løsning. Stigmakonseptet innebærer da både kognitive og atferdsmessige komponenter. De kognitive med merking eller stempling som tegn på negative trekk, fører til at de stigmatiserte viser sekundært atferdsavvik, hemmeligholdelse, tilbaketrekning som middel for forsvar, angrep eller tilpassing. Det at den merkede person begynner å oppfatte seg som annerledes, viser en form for selvstigmatisering

I boka *Anstalt og menneske* beskriver Erving Goffman hvordan innsatte/innlagte i totale institusjoner som fengsler, psykiatriske sykehus osv. reagerer på situasjonen med ulike strategier. Strategier som 1) å trekke seg inn i seg sjøl, 2) å innta en uforsonlig holdning og nekte å samarbeide med de ansatte, 3) ”kolonisering”, som betyr å innrette seg så godt en kan og gjøre bruk av de fordeler institusjonslivet gir, 4) ”omvendelse”, som betyr å overta de ansattes synsmåter fullstendig og bli en mønsterpasient eller mønsterfange. De fleste innsatte/innlagte vil ifølge Goffman, veksle mellom ulike strategier.

Ifølge Goffman (c 1967) er det to prosesser som er sentrale innen rammen av totale institusjoner. Den første kaller han ”krenkelsesprosessen”. Denne prosessen starter med at innlagte blir fratatt alle materielle og sosiale støttepunkter for identiteten i sitt tidligere liv: personlige eiendeler, klær skiftes ut, badet og symbolsk renses for sporene fra utenverden, fratatt roller (ektefelle, far, mor, yrkesrolle) Den innlagte fratras mulighet til selvbestemmelse i

små/store saker, blant annet hverdagslige forhold som hva måltider skal inneholde og når de skal inntas. På denne måten blir identiteten nærest tilintetgjort. Den andre prosessen, som Goffman beskriver som "privilegesystemet", består i at den innsatte/innlagte skal bygges opp igjen, men denne gangen i institusjonens bilde. Oppførsel som er i tråd med institusjonens mål og idealer belønnes, oppførsel som er i strid med disse, straffes. En kanadisk middelaldrende langtidspasient uttrykte fenomenet slik: "Å bli diagnostisert som "manisk-depressiv" eller "kronisk schizofren" atskiller deg fra resten av samfunnet. Plutselig går det opp for deg at du ikke er "normal". Du har på en måte sviktet - i samfunnets øyne og også i egne øyne (Lyngstad 2000).

Etter mange i lukkede institusjoner skal mennesker med alvorlige psykiske lidelser nå integreres i samfunnet. De store psykiatriske institusjonene bygges ned og ansvaret overføres til kommunen. Tankegangen om integrering i samfunnet er en god tanke, men nok så optimistisk og naiv, dersom man tror dette skal gå av seg selv, ifølge Tor-Johan Ekeland. Den nye strategien bygger på Erving Goffmans tankegang om at jo mer en person er sammen med normale, desto mer vil en se på seg selv som normal. Slike sjablongaktige årsakssammenhenger mener Ekeland er nødvendig å problematisere. Hvordan de blir møtt i samfunnet, om de blir definert som tidligere pasienter, vil føre til stigmatisering og gjeninnføring av "institusjoner uten vegger", ifølge Ekeland. Dette mener han ikke bare vil bli en utfordring for sosialvesenet men også en allmenn utfordring for lokalsamfunnet (Ekeland 2003). Ekeland problematiserer at når psykiatriske pasienter benytter seg av tilrettelagte sosiale ressurser i lokalsamfunnet, kan de oppleve et dilemma, fordi de samtidig er redd det kan føre til stigmatisering. Det individuelle behovet er derfor svært varierende. Ekeland påpeker at det å være integrert er noe langt mer enn å motta tjenester. Dersom de ikke blir mottatt på en positiv måte i samfunnet, mister de et fellesskap uten at de kommer inn i noe nytt. De kan derfor bli mer isolert enn før, da de hadde et fellesskap på institusjonene. Mål om integrering og normalisering stiller store krav til mennesker med psykiske lidelser, fordi det blir tatt utgangspunkt i det normale samfunnets normer. Krav og forventninger kan være vanskelig og følge opp og kan være en smertelig påminning om at de ikke mestrer forventningene som stilles av mennesker rundt dem. Det kan gi dem dårlig selvbilde og stigmatisering og ytterligere isolasjon, ifølge Ekeland. Noen mestrer situasjonen mens andre strever med ensomhet, sosial isolasjon og den krevende jakt på identitet.

I dette kapitlet har jeg pekt på den lange veien tilbake fra eksklusjon til inklusjon ved innføring av normaliseringsideologien. Jeg har forsøkt å problematisere at avviklingen av særomsorg forutsetter en bevissthet i samfunnet. Vi har sett at ideologien med inkludering i motsetning til utstøting har skapt nye utfordringer i den lokale omsorgen i forhold til psykisk helsevern. Jeg har også diskutert hvilke diskurser i dagens psykiatrifelt som genererer etiske dilemma og paradokser, og danner grunnlag for ulik praksis. Det handler om holdninger til tverrfaglig samarbeid, organisering i kommunene, brukervedvirkning, kunnskapsbaser og roller. Mitt utgangspunkt var å finne ut hva vi bestemte oss for å gjøre, og hvordan det er blitt. Vi har sett på en del av forskningslitteraturen på området men kildemengden er stor. Jeg har også forsøkt å konkretisere en del sosiologiske begrep som jeg mener vil være nyttig for den videre framstillingen. Vi skal nå i neste avsnitt gi en kort introduksjon til de neste kapitlene i oppgaven.

Gangen i den videre fremstillingen

I kapittel to tar jeg utgangspunkt i ansvaret mellom kommunen og spesialisttjenesten for å skape et grunnlag for videre debatt om brukere som i en del tilfeller brukes som ”skyvemil”. I kapittel tre vil jeg drøfte om organisering og roller i kommunens psykiske helsetjeneste har betydning for utøving av tjenestene. Jeg vil legge vekt på forholdet mellom bruker og forvaltningens yrkesutøvere, ved å ta i bruk teoretisk kunnskap i forsøk på å forklare dynamikken i samarbeid og samhandling mellom partene. I kapittel fire vil jeg redegjøre for valg av metode og belyse framgangsmåter i den kvalitative metoden. I kapittel fem vil jeg introdusere de hovedfunn jeg gjorde i intervjuundersøkelsen og de resultater jeg i denne sammenheng kom fram til. Kapitel seks er et oppsummeringskapitel der jeg peker på de utfordringer kommunene står overfor, de muligheter de er har, med utgangspunkt i de funnene som er gjort i dette studie. Det vil likevel ikke være grunnlag for generaliseringer til andre kommuner, men kan være grunnlag for videre refleksjon og nye studier.

2. Ansvar og samarbeid mellom kommune og stat

I kjølvannet av staten sin start på nedbygging av den tunge institusjonpsykiatrien på 1970 tallet dukket behovet opp for å definere ansvar for brukere av psykisk helsetjeneste.

Lokalbaserte tilbud som distrikpsykiatriske sentra (DPS) og kommunale tjenester er bygget opp, og er fremdeles under oppbygging. En stadig større del av spesialistbehandlingen utføres poliklinisk, samtidig som en gir tjenester i kommunene. Det innebærer et behov for nye samarbeidsmodeller og ny kompetanse i kommunene og i spesialisthelsetjenestene.

Den viktigste samarbeidsaktøren på spesialisthelsenivå for kommunene vil være DPS.

Samarbeidet har til hensikt å skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne. DPS skal samarbeide med kommunen ved å ta imot pasienter som henvises til utredning, behandling og rehabilitering. Samarbeidet skal være tuftet på en likeverdighet med klar fordeling av ansvar, oppgaver og koordinering. Det ble forutsatt at alle kommuner og helseforetak (DPS) innen utløpet av 2005 hadde etablert strukturerte samarbeidsavtaler, der også brukerorganisasjonene ble trukket inn. Nordrogaland ligger litt etter planen og innfører disse avtalene i 2008, etter et års prøveperiode i en kommune. Samarbeidsavtalene skulle iflg. Veileder (IS-1332:69) omfatte:

- rutiner for utskriving
- faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere
- rutiner for individuell plan
- kompetansehevede tiltak mv.

Samarbeidsavtalene bør tydeliggjøre kommunen og spesialisthelsetjenesten sitt ansvar, særlig med tanke på at kommunen har hovedansvaret. Veilederen påpeker viktigheten av at kommunen bør stille krav og at DPS ivaretar kompetanseheving og gir tilbud om veiledning. Veileder argumenterer også for at DPS bør tilby både faste veiledningsdager og veiledning til ansatte ved behov. I de kommunene jeg har vært i kontakt med yter DPS kun veiledning ved "helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter" (rundskriv IS-1/2004), og ikke pasienter som kommunen har ansvaret for. Dette kan tyde på manglende samsvar mellom veilederen, tolking i kommunene, og de retningslinjer DPS styrer etter.

DPS bør også legge til rette for et strukturert samarbeid mellom DPS og kommunen med felles tenking på et administrativt nivå (Veileder for DPS -2000). Det inkluderer regelmessige møter mellom lederne i opptaksområdet for å kartlegge behov for ressurser, arbeidsdeling og

prioriteringer. Mange kommuner vil heller ikke ha verken kompetanse eller ressurser til å møte behovene hos brukere med omfattende problemer. Per i dag kan disse problemene løses med et smidig og fleksibelt interkommunalt samarbeid der partene forplikter å løse administrative oppgaver med felles forståelse og utøvelse av tjenestene. Utfordringen i dette ligger i at kommunene ikke kan fatte enkeltvedtak eller annen ansvarsmyndighet knyttet til offentlig myndighetsutøvelse (NOU 2005:3). Ifølge St.prp.nr. 1 bør også kommunene inngå forpliktende samarbeid med Aetat (event. NAV) om rehabiliteringsrettet arbeid for personer med psykiske lidelser. Trygdekontoret vil her være en viktig økonomisk bidragsyter, og bør inngå som en av kommunens nødvendige samarbeidspartnere.

Kommunen sitt ansvar innen psykisk helsetjeneste

Det psykiske helsearbeidet i kommunene rettes mot mennesker med psykiske lidelser og hva det medfører for den enkelte, pårørende og nettverk. Arbeidet omfatter både et kunnskaps- og et praksisfelt. Det betyr at arbeidet skal være på systemnivå med forebygging, og opplysningsarbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Ifølge veileder (IS-1332-2005) er målsettingen å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evne til mestring av eget liv. Det skal også være i tråd med LEON prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) som tilsier en målrettet, faglig og samordnet innsats. Det vil si at en i faglige vurderinger skal ta hensyn til at bruker skal kunne motta tverrfaglige tjenester i sitt nærmiljø, på det laveste omsorgsnivå om det er forsvarlig.

Opptrappingsplanen med tilføring av statlige midler har ført til at kommunene er i en opptrappingsfase når det gjelder psykisk helsearbeid. Kommunene løser dette på ulike måter og befinner seg i ulike stadier i forhold til sine egne prosesser. En del brukere av psykisk helsearbeid har behov for et bredt spekter av tjenester med krav til formell kompetanse og annen type kompetanse. Det betyr at kommunene stilles ovenfor store utfordringer med hensyn til hvordan tjenestene skal organiseres.

Brukerne av psykisk helsearbeid har svært ulike behov for tjenester. Noen er alvorlig syke og har omfattende og sammensatte behov for tjenester i store deler av livet. Andre trenger gjerne spesifikk hjelp for å komme igjennom en kortvarig krise i livet. Erfaring tilsier at en del brukere ikke klarer å nyttiggjøre seg av tilbudene i det ordinære hjelpeapparatet. Det kan trolig skyldes at de ikke tar kontakt på grunn av samhandlingsproblem, eller at tjenestene ikke

tilfredsstiller de behovene de har. Mye tyder også på at en del mennesker ikke ønsker kontakt med tjenesten ut i fra forhold knyttet til skam og stigmatisering.

Veileder (IS-1332:7) peker på en del krav til kommunene i forhold til organisering og lederansvar. Slike krav er:

- sikre at tjenestetilbudet oppleves helhetlig og koordinert
- sikre godt fagmiljø og et kvalitativt godt tilbud, slik at de ansatte opplever fagmiljøet stimulerende
- sikre at bruker behandles med respekt, får tillit til tjenesteutøverne og opplever å bli tatt med på råd
- sikre at psykisk helsearbeid har basis i et felles verdigrunnlag
- sikre kontinuitet gjennom stabile relasjoner og færrest mulig å forholde seg til
- sikre at de med behov for hjelp får dette, og at psykisk helsearbeid blir tydelig nok i organisasjonen og presentasjon av denne utad
- sikre at mennesker får et tilstrekkelig tjenestetilbud som enkeltmennesker og grupper har etter loven

Individuell oppfølging av brukerne av psykisk helsearbeid hjemles i lov om kommunale tjenester. Det medfører at alle som oppholder seg i kommunen enten permanent eller midlertidig har rett på nødvendig helsehjelp.

Dagsentertilbud, og andre gruppebaserte tilbud er ”kan” tilbud slik at kommunen ikke plikter å ha disse aktivitetene. Kommunene hjemler dette vanligvis etter lov om sosiale tjenester, eller enkeltvedtak med klagerett etter forvaltningsloven. Hjemmesykepleie er en gratis tjeneste og hjemles i kommunetjenesteloven.

Mestring – arbeid og utdanning

Opptrappingsplanen vektlegger deltakelse i arbeidslivet fordi mange har vansker med å komme inn på arbeidsmarkedet eller forsette i jobben. En stor del sykemeldes på grunn av psykiske lidelser. På bakgrunn av alvorlighetsgraden vil det være behov for tilrettelegging av arbeidet. Det vil kreve et tett samarbeid mellom kommunale helse- og sosialtjeneste, spesialisthelsetjeneste, Nav, arbeidsgiver og frivillige organisasjoner. Bruker sine behov, ønsker og ressurser vil være et vesentlig utgangspunkt (Veileder IS-1332).

Den nye arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) er en felles førstelinjetjeneste med et arbeids- og velferdskontor i hver kommune. Innbyggerne får en dør inn, mot tre i dag. Kommunen skal fortsatt være en viktig aktør i arbeids og velferdspolitikken, og skal ivareta oppgaver og ansvar etter lov om sosiale tjenester. Intensjonsavtalen mellom regjering og partene i arbeidslivet om et mer inkluderende samarbeid er sentralt i denne sammenheng. Avtalen er et ønske om å tilrettelegge for at de med begrenset funksjonsevne skal få mulighet til å være i arbeid. Mange med psykiske problem har behov for tett oppfølging, fleksibel arbeidstid eller delta i tiltak som gradvis fører søker nærmere en ordinær arbeidssituasjon. Noen kan få prøve seg i ordinær arbeidssituasjon, forutsatt nødvendig tilpasning og oppfølging på arbeidsplassen. I tillegg til Nav sine tilbud kan kommunen opprette og tilrettelegge arbeidsplasser og sysselsettingstilbud i egen etat, eller i privat næringsliv. Lokale tilbud bør koordineres med Nav, private og offentlige bedrifter, kommunen og brukerorganisasjoner.

Alvorlige psykiske lidelser kan føre til at en ikke klarer å nyttiggjøre seg av det ordinære skole- og utdanningssystemet. Det kan medføre ufullført skolegang og at en ikke blir kvalifisert til høyere skolegang. Tilpasset opplæring kan være avgjørende for mange med psykiske lidelser. Voksne har krav på grunnskoleutdanning og videregående utdanning eller eventuelt spesialtilpasset undervisning. Ved behov for spesialundervisning skal det ifølge Veileder (15-1332) utarbeides individuell opplæringsplan og være en del av rehabiliteringsplan om denne utarbeides.

Mestring - sosialt fellesskap og meningsfulle aktiviteter

Personer med psykiske lidelser har ofte små eller svakere sosiale nettverk enn det som ellers er vanlig i samfunnet. Familie og profesjonelle hjelpere er ofte brukernes viktigste nettverk. Statlige føringer vektlegger at det bør legges til rette for deltakelse i kommunens ordinære lokale tilbud, kafé, idrettslag, sangkor, menighet, politisk arbeid etc. For noen brukere kan alminnelig samspill med andre bli problematisk slik at bruker bør ha mulighet for å velge grad av nærhet. En bør legge til rette for samvær og samhandling og utvikling av små møteplasser. Kommunen har ansvar for å legge til rette for aktiviteter som oppleves som meningsfulle. Fordi mennesker med psykiske lidelser er forskjellige bør det etableres ulike aktivitetstilbud som rommer ulike tilbud med stor grad av fleksibilitet. Mange kommuner har ulike

aktivitetshus, dagsentra og andre møteplasser. Kommunale etater, brukerorganisasjoner, brukere, frivillighetsentraler, privatpersoner etc. bør være medvirkende aktører.

Tilrettelegging av fysisk aktivitet er et viktig satsingsområde for det samlede helsefremmede arbeidet i alle kommuner. Effekten av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er ifølge veileder (IS-1332) godt dokumentert ved ulike psykiske lidelser som depresjon, kronisk tretthetssyndrom, angst, schizofreni samt kroniske smertetilstander og alkoholavhengighet. Opptrappingsplanen vektlegger en omfattende videreutvikling av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og mener kommunene bør satse på rekruttering og faglig oppfølging av avlastere, støttekontakter og fritidsassistenter. Fordi det ikke kreves formell utdanning for å yte disse tjenestene, er opplæring og oppfølging viktige oppgaver for kommunene.

Faglig innhold og samhandling

Helse og sosialtjenester utgjør hovedtyngden i kommunens psykiske helsearbeid og inkluderer forebygging, utredning, behandling, rehabilitering, psykososial støtte og veiledning. Ulike faggrupper møtes med forskjellige tilnærminger til problemer som skal løses. Det kommunale psykiske helsearbeidet skal vektlegge at mennesket i større grad skal kunne mestre sitt eget liv og oppleve verdighet.

Begrepet "behandling" brukes på ulike måter og kan ifølge veileder verken knyttes opp mot spesielle tjenestenivå eller profesjoner. Det pekes på at fagfeltet er under utvikling og at språkbruken er i endring. Hvilke behandling som kan gis i kommunen og hvilke som må henvises til spesialisthelsetjenesten, avhenger av personens tilstand og behov for utredning. Behandling av spesifikke symptomer som traumerelaterte plager, fobisk angst eller spiseforstyrrelser kan også foregå i kommunen (psykiatrisk sykepleier, fastlege, psykolog etc.). Det kan også settes sammen behandlerteam til gruppetilbud med ansatte fra kommune og DPS.

Selv om veileder (IS-1332:32) bruker ordet behandling "pragmatisk" og uten en "uttalt definisjon" tolker jeg den likevel slik at det kan være tid å "stoppe opp" og "ingen skam og snu". Dette med bakgrunn i at det i veilederen påpekes at det kanskje trengs nye behandlingsmåter og bedringskriterier med større vekt på å leve et godt liv og ikke bare på

symptombedring. Det argumenteres også for at det i dette perspektivet kan være vanskelig å sette et skarpt skille mellom behandling og rehabilitering. I tillegg settes det hovedfokus på at psykisk helsearbeid i sin natur er et relasjonsarbeid, der tidsnød og instrumentelle metoder er lite egnet i møte med personer med psykiske lidelser.

Ambivalensen i veileder tydeliggjøres ved fremming av ”rehabiliteringstanken” samtidig som den vektlegger nødvendigheten av kunnskap og kompetanse i utvikling av ”helende relasjoner”. Nødvendighet av faglighet legges til grunn når den peker på at dette arbeidet bygger på ”psykoterapeutisk tenking, læringsteori og nettverkskunnskap” (Veileder IS-1332:32). Fastlegens rolle har også fått en sentral plass fordi de er døråpnere og har medisinsk oppfølgingsansvar. Enkelte kommuner har rutiner på at alle søknader til psykisk helsetjeneste skal ha henvisning fra fastlegen. Jeg mener det er grunnlag for å hevde at dette ikke ser ut til å være i tråd med opptrappingsplanen og mål om lavere terskler.

Tildeling av boliger innen psykisk helsetjeneste

Opptrappingsplanen har lagt stor vekt på at kommunen skal ha boliger til vanskeligstilte som et viktig satsningsområde. Etter lov om sosiale tjenester § 3-4 er kommunen forpliktet til å skaffe boliger til dem som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, inkludert dem som trenger særlig tilpassing på grunn av alder, funksjonshemming etc. Kommunen har også etter Sos.tj.lov § 4-2 rett på praktisk bistand og opplæring til å kunne bo. Loven dekker også rett til råd og veiledning i §4-1, og forpliktelse til å finne midlertidig bolig i § 4- 5. Planlegging av boliger bør være en integrert del av det øvrige planarbeidet i kommunen. Det er derfor nødvendig at kommunen kartlegger hvor mange personer som trenger bistand til boligetablering eller hjelp til å bo.

St.melding 1 (2004-2005) understreker at kommunen må iverksette tiltak slik at de med alvorlig psykisk lidelse får en tilrettelagt bolig. En slik bolig kan være utformet som en selvstendig bolig i ordinær boligmasse, inngå i samlokaliserte boliger eller i et bofellskap/bokollektiv. Behov for tjenester kan variere fra enkelttiltak til heldøgns tilsyn. Begrepet ”omsorgsboliger” knyttes til bestemte tilskuddsordninger i Husbanken med krav til utforming. Boligene kan ligge under kommunale utleigeboliger, borettslag eller selveie boliger.

Det å bo i en ordinær bolig og motta bistand er noe de fleste foretrekker slik at de kan leve mest mulig selvstendig. Noen ønsker likevel å bo i samlokaliserte boliger for fellesskap. Beboernes fungering og bistandsbehov må legges til grunn i utvelgelsen av beboere i bofellesskap. Sammensetting av beboergruppen blir viktig for å forebygge at fellesskapet ikke oppleves som stress og belastning for den enkelte. Det kan være en utfordring å finne boliger til mennesker med sterk uttaggering eller samhandlingsvansker. Dette er personer som trenger høyt kvalifisert personale. For eldre med psykiske lidelser bør det ifølge veileder (IS-1332) gis en tilpasset bistand slik at de kan bo lengst mulig i egen bolig eller omsorgsbolig. Hvis sjukeheim blir valgt som beste alternativ, må kommunen vurdere ressurs og kompetansebehovet for å følge opp med nødvendige tiltak. DPS skal bistå kommunen med individuell veiledning og støtte slik at kommunen kan følge sine plikter etter kommunehelsetjenestelov § 1-3.

Kommunene synes å stå ovenfor et dilemma når det gjelder boliger og avvikling av særomsorg. Oppretting av bufellesskap kan på den ene siden virke som en fallitterklæring i integreringsprosessen. På den annen side har vi sett at forskningen viser at en del personer med psykiske lidelser responderer positivt på denne boform, fordi en blir mindre isolert. Det stiller derfor byråkratene over en del problestillinger knyttet til bolig. Det vil trolig bli nødvendig med en kategorisering for utvelgning av brukerne. Det vil også sannsynligvis oppstå oppfølgingsansvar med beboerne, og behov for kompetanseutvikling. Slik jeg ser det vil det kreve en vesentlig annen kunnskap fra tjenesteyterne for å møte utfordringer knyttet til mestringsstrategier i botiltak, relasjoner og samhandling. Om tjenesteyterne ser på disse personene som ”pasienter” eller som ”beboere” vil være avgjørende. Det har sammenheng med hvilken kunnskapsbase som er dominerende og hvilke roller tjenesteyterne inntar. Kunnskapsbaser og roller kommer jeg tilbake til i kapittel 3. Det vil derfor være avgjørende hvilken opplæring tjenesteyterne får, slik at en unngår å bringe med seg tidligere oppgaveløsninger fra institusjoner. I tillegg stilles byråkratene overfor stadige krav om effektivitet og redusert driftsnivå. I verste fall kan slike boformer brukes til å legitimere flere stillinger i psykisk helsetjeneste, fordi en utvikler særomsorg og institusjoner, uten å ta hensyn til statlige målsettinger om normalisering.

Individuell plan

I dette avsnitt vil jeg diskutere om individuell plan kan være et verktøy for å utvikle særomsorg. Individuell plan er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning, i tillegg til en rettighet brukere har fått gjennom helse- og sosiallovgivningen. Det er i utgangspunktet brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som har fått en rett til individuell plan, jf pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3 a. Helsetjenesten har også plikt til å utarbeide individuell plan i henhold til kommunehelsetjenesteloven § 6-2a (1984), spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 (1999) og psykisk helsevernloven § 4-1 (1999). Ut fra rettighetsbestemmelsen i sosialtjenesteloven (1993), ledes også en korresponderende plikt for kommunens sosialtjeneste. Dette er nærmere regulert i Forskrift om individuell plan av 23.12.2004. Lovkravene for psykisk helsevern er annerledes enn for de øvrige helse og sosialtjenestene, fordi institusjonene er pålagt å utarbeide planer for alle pasienter under psykisk helsevern, ikke bare de med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Plikt og ansvar for utarbeiding av individuelle planer er likelydende for kommune og helseforetak. Det understrekes likevel at selve planarbeidet fordrer samarbeid mellom de involverte instanser, og planen bør forankres i kommunen. Individuell plan kan likevel ikke utarbeides uten brukerens samtykke. Individuell plan skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud, for å sikre brukerens og evt. pårørendes deltagelse i planlegging og utforming av tjenestetilbudet. Det er også nødvendig å merke seg at individuell plan er brukerens plan, som vedkommende selv skal ha et aktivt forhold til. Intensjonen om individuell plan som et reelt verktøy synes å være gode, men er avhengig av hvordan fagfolket implementerer dette slik at det gjennomføres etter målsettingen.

Det er mange brukere og pårørende som opplever det som en ekstra belastning og selv måtte koordinere egne eller brukerens tjenester. Det skal sikres at alle brukere med langvarige og sammensatte tjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud uavhengig om de ønsker en individuell plan eller ikke. Individuell plan fordrer også samarbeid mellom ulike etater i kommunen, og er gjerne det viktigste verktøyet en har for utvikling av tverrfaglig samarbeid og koordinering av tjenestetilbudet. I tillegg kan det ha en visualiseringseffekt fordi det vil bli mer synlig for andre tjenester om pasientene følges opp på rett måte. Dette vil trolig være en viktig effekt, når en ser på individuell plan som et verktøy for utvikling av særomsorg. Tjenestene til brukerne av psykisk helsetjeneste blir synlig for andre slik at flere er tjenester tar et fellesansvar for disse brukerne. Det er ikke bare viktig å bli synlig, men også viktig at

brukerne kan motta tjenester av andre områder i kommunen som et ledd i normalisering og integrering. Erfaring fra tidligere psykisk helsearbeid i kommuner, har vist at det har vært vanskelig for andre etater å få innblikk i tjenestetilbudet, som blir gitt av psykisk helsetjeneste. Individuell plan som et reelt verktøy er mer enn et papir i en skuff, og fordrer derfor at tjenesteyterne stiller seg positiv til implementeringen.

Folkehelsearbeid og forebygging

Jeg ønsker her å se folkehelsearbeid og forebygging som en viktig del i utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene og som et ledd i avvikling av særomsorg. Kommunen har som formål og *"fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold"* (kommunehelsetjenesteloven §1-2,1984). Kommunen bør i det forebyggende arbeidet derfor ha fokus på grupper og enkeltpersoner som lever med risiko for utvikling av psykiske lidelser som f. eks, mennesker med rusmiddelavhengighet og misbruk, pårørende til de med psykiske lidelser særlig barn, og personer med funksjonsnedsettelse. Det er viktig at behovene avdekkes tidlig, slik at en kan tilby hjelp for å hindre at problem utvikler seg. Personer med rusmiddelavhengighet er mer utsatt for psykiske tilleggslidelser enn befolkningen forøvrig. Denne sårbarheten kan selvsagt være forårsaket av rusmidler, men rusmisbruket kan også være et middel til å dempe eksisterende psykiske symptomer. Pårørende til personer med psykiske lidelser, særlig barn kan oppleve store påkjenninger og vil derfor trenge mye oppfølging. Når det gjelder de med omfattende behov for sammensatte tjenester, vil forebyggingen ofte knyttes til å hindre utvikling av videre funksjonssvikt.

Veilederen (IS-1332) understreker også at kommunen må ta ansvar for de med psykiske lidelser som ikke selv oppsøker tjenesteapparatet (Sosial- og helsedirektoratet 2005:8). På tross av lovverk og retningslinjer viser erfaring at det likevel er en del personer som psykiatrien ikke fanger opp. Om det er et kapasitetsproblem, noen prioriteres vekk, manglende kunnskap, ansvarsfraskrivelse, organisering vil være vanskelig å ha bastante meninger om, og trolig ha forskjellige svar i ulike kommuner. I verste fall kan kritikk av psykisk helsetjeneste som egen enhet, handle om at det er lettere for tjenesten å prioritere hvem de vil ha, fordi det er lite innsyn i tjenesteytingen. Konsekvensene av dette ville være et bidrag til opprettholding av særomsorg. Problemstillinger knyttet til dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 4 som en del av resultatene.

Distriktpsikiatriske sentre sitt ansvar innen psykisk helsevern

Psykisk helsevern omfatter spesialisthelsetjenestenes ansvar innen psykisk helsearbeid. St.meld. nr. 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet” dannet bakgrunn for endringer som ligger til grunn i opptrappingsplanen for psykisk helse. (st.prp.63 1997-98) En ønsket strategi i opptrappingsplanen var utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS). Utbyggingen samsvarte med utviklingen i andre vestlige land og omtales som *community psychiatry* i internasjonal litteratur. Prinsippene i denne tjenesten omhandler tett samarbeid mellom primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og rustiltak, redusere stigma, samt forebygge psykisk lidelse og fremme god helse.

Målet i opptrappingsplanen med innføring av DPS over hele landet er stort sett innfridd, med ulike status i kommuneNorge. Til tross for dette har tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester, særlig i akutsituasjoner, ikke vært tilfredsstillende på nasjonalt nivå. Midtveisevalueringen av Opptrappingsplanen viste at det var behov for å sette klarere mål for innholdet i tjenesten for å nå intensjonene i planen (Sosial og helsedirektoratet 2006). Målsettingen om tilgjengelige og helhetlige spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet, skal være tilpasset befolkningens behov for tjenester, ifølge veilederen (Sosial og helsedirektoratet 2006). På denne bakgrunn har Sosial og helsedirektoratet ønske om å tydeliggjøre forventningene til tjenestene ved hjelp av en ny veileder. Formålet er å gi tydelige føringer for videreutvikling av psykisk helsevern med fokus på utfordringer knyttet til å nå målsettingene i opptrappingsplanen. Erfaring viser at det fremdeles er et misforhold mellom forventinger og ansvarsforhold i samarbeidet mellom kommune og DPS, som utløser en del spenninger. Dette vil jeg komme tilbake til i neste kapittel under organisering og roller.

Oppsummering – ansvar og samarbeid

Nedbygging av den tunge institusjonspsikiatrien og oppbygging av kommunale tjenester krever nye samarbeidsmodeller og ny kompetanse i kommunene og spesialisthelsetjeneste. Det psykiske helsearbeidet i kommunene rettes mot mennesker med psykiske lidelser og hva det medfører for den enkelte, pårørende og nettverk. Arbeidet omfatter både et kunnskaps- og et praksisfelt. Målsettingen er å fremme selvstendighet, tilhørighet, styrke og til å mestre eget liv, i tråd med LEON- prinsippet. Opptrappingsplanen vektlegger deltakelse i arbeidslivet fordi mange har vansker med å komme inn på arbeidsmarkedet eller forsette i jobben. En stor

del sykemeldes på grunn av psykiske lidelser. Et sosialt nettverk er ofte mindre enn vanlig for personer med psykiske lidelser og utgjør ofte familie og profesjonelle hjelpere. Det skal i kommunen legges til rette for deltakelse i kommunens ordinære lokale tilbud, kafé, idrettslag, sangkor, menighet, politisk arbeid etc. Det skal også legges til rette for at det tverrfaglig samarbeid inkluderer forebygging, utredning, behandling, psykososial støtte og veiledning.

Etter lov om sosiale tjenester § 3-4 (1993) er kommunen forpliktet til å skaffe boliger til dem som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, inkludert dem som trenger særlig tilpassing på grunn av alder, funksjonshemming etc. Opptrappingsplanen har hatt stor vektlegging av at kommunen skal ha boliger til vanskeligstilte som et viktig satsningsområde.

Individuell plan er et viktig hjelpemiddel for å sikre brukermedvirkning, i tillegg til en rettighet brukere har fått gjennom helse- og sosiallovgivningen. Det er i utgangspunktet brukere med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som har fått en rett til individuell plan, jf pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3 a.

Psykisk helsevern omfatter spesialisthelsetjenestenes ansvar innen psykisk helsearbeid. Prinsippene i denne tjenesten omhandler tett samarbeid mellom primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og rustiltak, redusere stigma, samt forebygge psykisk lidelse og fremme god helse. Målsettingen om tilgjengelige og helhetlige spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet, skal være tilpasset befolkningens behov for tjenester, ifølge veilederen.

Vi har nå sett på hvilket ansvar og krav til samarbeid som ligger til grunn for arbeidet i kommunene og hos distriktpsikiatriske sentre. Jeg har ikke omtalt ansvaret hos sykehusene, fordi kommunen hovedsaklig forholder seg til DPS som er bindeleddet i forhold til sykehuset. I neste kapittel vil jeg vektlegge organisering og roller i kommunen. I forsøk på å skape en helhet tar jeg i bruk ulike innfallsvinkler og diskuterer betydning av kunnskap, hvem som utfører oppgavene, ulike kunnskapsmodeller, og innføring av markedslogikk i styringen av medarbeidere.

3. ORGANISERING OG ROLLER I KOMMUNENE

Med innføring av opptrappingsplanen i 1998 ble det pekt på at hovedansvaret for tilrettelegging av tiltak og tjenester for mennesker med psykiske lidelser tillegges kommunene. Et av spørsmålene som opptar mange kommuner er hvordan tjenestene for mennesker med psykiske lidelser bør organiseres i kommunen. Hvor bør ansvaret plasseres? Bør ansvaret knyttes til en bestemt organisatorisk enhet, eller bør tjenestene integreres i det eksisterende hjelpeapparatet? Hva vil det egentlig si å integrere? Det knyttes også stor interesse i ulike fagmiljø, brukergrupper og politisk leiing omkring kommunens organisering av disse tjenestene. Hvor viktig er egentlig organisering? Vil måten kommunene organiserer på få betydning for utfall av tjenestene? Hvilken tjeneste vil i så tilfelle være den beste? Disse spørsmålene berører mer generelle spørsmål som dreier seg om organisering eller organisasjonsutforming er et egnet virkemiddel for påvirkning av atferd.

Det sosialpolitiske vendepunktet har som tidligere nevnt preget psykisk helsevern og vært pådriver til avvikling av den tradisjonelle institusjonsomsorgen. Målet de siste tiårene har vært å avskaffe særomsorgen og overføre ansvaret for mennesker med psykiske lidelser til det ordinære kommunale hjelpeapparatet. Den lange vei tilbake fra eksklusjon til inklusjon har skapt behov for omlegging for å møte utfordringene. I faglige debatter mener mange at idealet allerede er realisert på bakgrunn av statlige føringer og kommunens ansvar. Andre er opptatt av at det ikke må utvikles en ny kommunal særomsorg.

Steihaug og Loeb (2007) påpeker i sitt arbeid at organisering og ledelse har stor betydning for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Funnene viser at:

- organisering i en enhet synliggjør det psykiske helsearbeidet og skaper gode betingelser for fag- og kompetanseutvikling
- samarbeidsteam er i små kommuner en alternativ mulighet
- tverrfaglig samarbeid sikres ved tverrfaglig bemanning i enhet for psykisk helse
- psykisk helsearbeid må forankres i ledelsen
- ildsjeler bør identifiseres og tas vare på
- samarbeid med andre enheter er en utfordring. Kommunal organisering og styring må fremme slikt arbeid

- moderne styringssystemer som bestiller - utførerorganisering og innsatsstyrt finansiering harmonerer dårlig med det spesifikke ved psykisk helsearbeid som helhet, samordning, samarbeid, fleksibilitet og kontinuitet
- kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid må fange det vesentlige i arbeidet og ikke være for omfattende

Studien omfatter ressurskrevende brukere med psykiske lidelser som er bosatt i kommunene. Resultatene viser at kommunen har tatt mye av ansvaret for brukerne selv og at de står overfor krevende oppgaver. Kommunene må imidlertid ruste opp både kompetanse og kapasitetsmessig for å utvikle et tilfredsstillende tjenestetilbud. Særlig må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten videreutvikles. Det pekes også på at samarbeidet bør utvikles med likeverd og respekt, ved hjelp av strukturerte og gode organisatoriske rammebetingelser. Det finnes foreløpig ikke en systematisk oversikt over hvordan kommunene har valgt å organisere sine tjenester, men det synes som om variasjonen mellom kommunene er relativt stor. Trine Monica Myrvold (2006) viser til tydelige funn på at det er relativt beskjedne endringer i kommunenes organisering av psykisk helsearbeid fra 2002 til 2005. En høyere andel av kommunene har egen psykisk helsetjeneste nå enn tidligere. Det har også vært en viss utvikling fra organisering i tilknytning av pleie og omsorgssektor, til organisering sammen med helsetjenesten.

Det ser ut som kommunene prioriterer en eller annen form for ”segregering” av hjemmetjenester. I mange kommuner har disse enhetene også ansvaret for botiltak, sysselsetting, avlastning, trening og dagtilbud. Det kan tyde på at en del kommuner finner intensjoner om en sterkere integrering vanskelig. Jeg vil videre i dette kapittel drøfte noen sentrale spørsmål som gjelder organisering av tjenestene til kommunene, med tanke på innføring av nye oppgaver i den kommunale organisasjonen. Jeg vil drøfte hvilke spørsmål som er viktig å reise i forhold til organisering, og sette fokus på hvilke krav en må stille til at noe skal kunne sies å være integrert. Jeg vil også drøfte hvilke oppgaver tjenesten består av i lys av hvilke mål eller resultater disse oppgavene skal søke å realisere. Til slutt i kapitlet ønsker jeg å drøfte forhold som gjelder aktørene i organisasjonen og problematisere om det er viktig hvem som utfører oppgavene. Jeg vil ikke komme med en anbefaling om den mest hensiktsmessige organisering for mennesker med psykiske lidelser. Jeg vil heller forsøke å reise en del problemstillinger og dilemmaer knyttet til dette tema fordi jeg anser det som viktig for helheten.

Integrering i denne sammenheng handler om en styrt prosess hvor et nytt element føres inn i en organisasjon eller system. Begrepet skiller seg fra sosial integrasjon ved at ikke stiller krav om at *systemet* må være integrert. Tor Visnes (1992) argumenterer for at en kommunal organisasjon kan være mer integrert enn andre sosiale system, uten at det fører til at integrering av nye element blir lettere, snarere tvert imot. Integrering i tette arbeidsfelleskap kan virke truende på den sosiale integrasjonen. Det samme gjelder integrering av tiltak og integrering av perspektiver. Det ene dreier som om handling eller måter systemet fungerer på mens det andre dreier seg om teorier eller verdier som aktørene tolker sin virkelighetsoppfatning ut i fra. I tillegg handler det om personer som flytter til kommunen fra en institusjon. Det genererer at nye stillinger skal besettes og nye tjenester skal ytes. I alle disse tilfeller vil det drivende spørsmålet være om de som integreres finner "sin plass" i organisasjonen, eller blir en isolert del av en helhet på utsiden av systemet. Det generelle en kan si om ansvaret som tillegges kommunene er at det samsvarer med det ansvaret kommunen allerede har for innbyggerne. Det er i utgangspunktet ikke nye oppgaver for kommunen men oppgaver som kommunen yter til andre innbyggere. Likevel skaper det øking i etterspørsel etter visse typer tjenester og mange av brukerne vil kreve spesielle tilpasninger i tjenestene som gis. Det får konsekvenser for andre typer oppgaver som overordnet planlegging, tilrettelegging, rekruttering, organisasjonsutvikling, samordning osv.

Fordi de statlige tiltakene kan medføre tilflytting til kommunene av personer som ikke allerede er en naturlig del av lokalmiljøet, og fordi enkelte kan oppleve usikkerhet overfor personer med psykiske lidelser, vil prosessene kreve et aktivt informasjons- og holdningsskapende arbeid overfor befolkningen. Det vil si at det kan være svært vanskelig å avgrense tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Behovet for tjenester i omfang og type kan variere så sterkt fra person til person at en slik avgrensing vil være problematisk. Det vil trolig være større likheter i omsorgsbehov på tvers av tradisjonelle brukergrupper. Det reiser spørsmålet med om de statlige føringene vil føre til oppløsning, eller større differensiering av kategorien brukere av psykisk helsetjeneste. Det paradoksale er betegnelsen brukere med psykiske lidelser, i likhet med andre gruppe-betegnelser, konstituerer til en sterk stigmatisert sosial rolle, som de fleste ville slippe å ha. På den andre siden representerer betegnelsen en kategori som kvalifiserer for visse typer offentlig støtte.

Personer med behov for hjelp av det kommunale hjelpeapparatet, som ikke passer inn, ikke aksepterer å bli plassert i en kategori, blir karakterisert som "gråsoneproblem". Det er sannsynlig å hevde at det i dette ligger en betydelig grad av sosial kontroll.

I forrige kapittel pekte jeg på at kommunen sine oppgaver definert gjennom veileder, opptrappingsplan og stortingsmeldinger i forhold til personer med psykiske lidelser griper inn i mange av kommunen sine oppgaver, slik at de er vanskelig å avgrense. Oppgavene skiller seg ikke tematisk fra andre oppgaver som kommunene yter til sine innbyggere. En kan spørre seg om ikke integrering av nye tjenester betyr at en må gjøre minst mulig inngrep i eksisterende organisasjon. En kan også spørre seg om en administrativ integrering ikke likestilles med andre brukere av kommunale tjenester med tilsvarende henvisning til prosedyrer for søknad om tjenester, gjennom samme enheter som de andre tjenestene. Det er en kjent praksis at enkelte kommuner oppretter koordinatorstillinger tilknyttet sentraladministrasjon, med særlig ansvar for koordinering og samordning av tjenester for brukere med psykiske lidelser. Noen kommuner har også opprettet egne konsulentstillinger på etatsnivå. Hvorfor oppretter kommunene slike segregerte ordninger dersom en sterkere integrering er bedre og mer ønskelig?

Erfaringer viser at integrering ikke nødvendigvis er den enkleste løsningen men kan tvert imot støte på en rekke motkrefter i organisasjonen (Visnes 1992). Kommunene har trolig ulike oppfatninger om hva som kan regnes som inkludering. Det er også sannsynlig at en kan møte motbør hvis en fjerner alle administrative og faglige funksjoner rettet mot en gruppe. Ved tilflytting av nye brukere og etablering av nye tjenester, vil integrering innebære nye perspektiver som får betydning for andre deler av organisasjonen. Det vil trolig gi behov for at noen står ansvarlig for oppfølging av prosessene. På samme tid vil en fullstendig integrering av tjenester, dvs. at ingen organisatorisk enhet har spesialansvar, eller oppretting av spesialfunksjoner, vil trolig redusere en del problemer. Det vil synliggjøre at personer med psykiske lidelser har samme rettigheter, og at kommunen har samme ansvar for dem som for andre. En slik organisatorisk integrering vil også trolig føre til at brukere med psykiske lidelser blir mindre synlig som avvikere slik at en reduserer de negative sosiale sanksjonene. Et eksisterende dilemma oppstår mellom ønsket om fjerning av alle særordninger som synliggjør at brukere settes i bås, og ønsket om utvikling og opprettholdning av faglig tilbud for å møte individuelle behov. Veilederen (IS-1332) peker i denne sammenheng på at det er vanskelig å peke ut konkrete organisasjonsmodeller for løsning av oppgavene, men vektlegger heller noen grunnleggende krav som å ivaretas for at psykisk helsearbeid skal være i tråd med intensjonene uavhengig av organisasjonsmodell. Det er mulig at ønske om full integrasjon kan være motivert av statlige føringer for helhetlig og samordnet tjenestetilbud, vil unngå organisatoriske eller faglige ledd som taler en bestemt gruppes sak, samt det kostnadmessige

perspektivet med opprettholding av bunnlinjen. I motsatt fall kan det være at de som opprettholder egen organisering av psykisk helsetjeneste som egen enhet, er motivert på bakgrunn av å sikre kvalitet på tjenestene. Det kan trolig skyldes frykt for at innlemming i eksisterende tjenester i kommunen ikke vil medføre en reell integrering.

En av diskursene i praksisfeltet handler om at innlemming i andre tjenester kan føre til mindre visualisering av tjenestene, og fare for mindre lokalpolitisk engasjement. Det er rimelig å argumentere for at lokale politikere som etablerer større involvering og innsikt i tjenestene utvikler større ansvarlighet og ”eierforhold” i forhold til politikerrollen. Det ligger også en frykt for at det faglig og ressursmessige blir underprioritert i kampen om midlene i kommuner med tilpassing av driftsnivået. Dersom psykisk helsetjeneste er organisert under en virksomhetsleder i hjemmebaserte tjenester vil trolig ressursene og fagligheten i større grad bli vurdert opp mot behovene i eldreomsorgen. Visualiseringen av psykisk helsetjeneste gjelder også nødvendigheten av at tjenesten blir synlig for innbyggerne, motivert for å tilfredsstille mål i opptrappingsplanen om lavere terskel og større tilgjengelighet. Det er sannsynlig at psykisk helse som egen enhet får et større potensial for å opptre som en synlig og tydelig tjeneste om den slipper omfattende konkurranse med andre enheter.

Hvilke mål skal psykisk helsetjeneste realisere?

Utfordringer i forhold til statlige planer er at uklare mål kan gi andre resultat enn tiltenkt. Målsettinger som er politisk korrekte eller berører grunnleggende verdier skaper gjerne oppslutning. Uklare målsettinger kan også være et resultat av omfattende politiske forhandlingsprosesser der kompromisser har vært en nødvendighet.

Opptrappingsplanen (St.prp.63) bygger på medmenneskelighet, med større omsorg og ansvar for de svakeste. Målet er at mennesker skal være ”*aktive deltakere*” i samfunnet, som ”*borgere*”, og ikke bare som ”*kunder og klienter*”. Planen skisserer en ønsket samfunnsutvikling med vekt på kulturelle og menneskelige verdier, desentralisering til familie og nærmiljø, og en mer rettferdig fordeling. Målsettingene presiserer at menneskene skal være ”*aktive deltakere*” og antyder at en må legge til rette slik at personene opplever meningsfulle aktiviteter. Jeg vil argumentere for at slike formuleringer er vage og relative. Målsettingen er uklar fordi den ikke sier noe om hvilke aktiviteter det settes krav om. Det har trolig

sammenheng med at personene har svært ulike ressurser og behov. På den annen side har det trolig sammenheng med at en del av tjenestene er "kan" tjenester dvs. at de ikke er lovpålagte slik at kommunen har prioriteringsmyndighet, for eksempel slik tilfelle er når det gjelder dagsentrer og andre gruppebaserte tilbud. Dette kan komme i konflikt med at veileder vektlegger at brukerne skal få et individuelt tilpasset tilbud. Konflikten oppstår dersom kommunen ikke klarer å gi et slikt tilbud.

Begrepet "borgere" signaliserer at personene har både rettigheter og plikter som deltakere av samfunnet. Begge deler kan være problematiske å tilstrebe for personer med psykiske lidelser. De lovmessige rettighetene er udiskutable og hjemlet i lov om sosiale tjenester eller kommunehelsetjenestelov. Det gjelder rett til helsehjelp, tannbehandling, økonomisk nødhjelp, bolig, individuell plan, trygd etc. En ønsket samfunnsutvikling med ønske om desentralisering til familie og nærmiljø er verre å tilstrebe. Nettverk og sosiale relasjoner utvikles gjennom et gjensidig ønske om opprettholdning av dette fellesskapet og det følger ingen sanksjoner med om dette uteblir. Erfaring viser ofte at avvikende adferd fører til at nettverket av ulike grunner smuldrer bort. Som medborger stilles det også en del forventninger om å delta i fellesskapet samt å ta sitt samfunnsansvar. Dette inkluderer politisk engasjement, delta med økonomisk bidrag, kjøpekraft, samt det å være samfunnsutvikler og samfunnsaktør etc. Dette er en utfordring fordi dette er med å legitimere rollen som borger, samtidig som det ofte er vanskelig for personer med psykiske lidelser å ivareta disse rollene.

På tross av at det er satt inn en del virkemidler for å fjerne rollen som "pasient og klient", er det likevel en del utfordringer knyttet til dette. Individuell plan og brukermedvirkning er et virkemiddel for å sikre at individuelle behov blir ivaretatt. Det er likevel en utfordring rundt dette fordi personen selv må ønske individuell plan. Det setter derfor krav om nødvendig informasjon for å bli skikket til å ta reelle valg. Mye tyder på at det ligger et stort ansvar for informasjonsformidling fra byråkratene sin side i denne sammenheng. Det er også paradoksalt at en ønsker å fjerne bårstenkning og gruppetenking av personer med psykiske lidelser samtidig som disse gruppene har spesielle rettigheter knyttet til sin sykdom. Planen peker på at å leve et godt liv "innlemmet" i det samfunn og kultur man er en del av, er et grunnleggende velferdsgode. Begrepet innlemmet er vagt og ukonkret, og kan gi rom for ulike tolkinger. Nyansene for når en person er innlemmet er vanskelig å definere fordi en kan ha ulik grad av innlemming. Er en ikke "innlemmet" i samfunnet om en har et dagsentertilbud og mangler nettverk ellers? Selv om begrepet er idealtypisk åpner det også opp for ulike nyanser.

Den skisserer likevel at dette er en stor utfordring fordi mange med psykiske lidelser mangler dette pga. dårlig økonomi, vansker med å beholde bolig, arbeid og venner. Utfordringen ligger sannsynligvis ikke bare hos den enkelte sin selvopfatning men er sannsynligvis også en utfordring knyttet til medborgere og fagfolk sine verdier og holdninger om forbedringspotensial hos den enkelte bruker.

Målsettinger med psykisk helsearbeid i kommunene er rettet mot å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evne til å mestre eget liv (veilederen IS-1332). Som for eksempel

- De fleste mennesker ønsker å bo i ordinær bolig som gjør det mulig å leve et så selvstendig liv som mulig.
- Personer med psykiske lidelser er arbeidssøkere hos Aetat på linje med andre.
- Det er kommunens oppgave å legge til rette for aktiviteter som kan oppleves som meningsfulle. Det vektlegges at det etableres aktivitetstilbud som rommer for ulike ønsker og interesser samtidig som en tar høyde for kjønn, alder og funksjonsevne.
- Kommunen bør så langt som mulig stimulere og støtte personer med psykiske lidelser til å delta i kulturaktiviteter.

Målsettingene skisserer at levevilkårene til personer med psykiske lidelser må forbedres, samtidig som det pekes på hvilke områder en bør prioritere. Mange av formuleringene i veilederen (IS-1332) kan oppfattes synonymt med normalisering som for eksempel et par av punktene i avsnittet over som for eksempel ...arbeidssøker hos Aetat ” på linje med andre”. Eller uttrykk som ...aktiviteter som kan ”oppleves som meningsfulle”. Det første punktet ”på linje med andre” signaliserer en rettighet som innbygger og borger av fellesskapet på bakgrunn av både formelle og uformelle lover. I utgangspunktet vil det være en forskjell fordi det ”normale” vil være at innbyggerne selv skaffer seg et arbeid med å gjøre seg attraktive på arbeidsmarkedet. På den annen side gjelder de samme reglene for de med psykiske lidelser i forhold til tilrettelegging til arbeid, sammenlignet med andre som har en yrkeshemming.

Det er likevel rimelig å hevde at målsettingene på noen områder er vage og uklare. Det har sammenheng med hvordan de ulike kommunene tolker disse målsettingene samtidig som det er avhengig av kommunens vilje til å prioritere disse oppgavene. Formuleringen ”så langt som mulig” i forrige avsnitt som skisserte støtte og stimulering til kulturaktiviteter i så måte burde være et godt eksempel på dette. Den signaliserer at kommunen bør vektlegge kulturtiltak for personer med psykiske lidelser, samtidig som det ikke er etablert formelle

sikkerhetssystemer for denne tjenesten. Det er ikke lovpålagte tjenester slik at kommunen i utgangspunktet ikke har plikt å iverksette disse tiltakene selv om enkelt individ har ønske om det. Med dette som utgangspunkt gir uttrykket ”så langt som mulig” mening.

I sosiologien er det vanlig å differensiere likhetsbegreper. Tor Visnes viser til definisjoner fra både Hernes og Ringen. Jeg vil i denne sammenheng vise at to ulike forståelser av begrepet likhet representerer ulike perspektiver, slik Visnes (1992:74) tolker dette. Disse to ulike likhetsbegrepene kalles *prosesslikhet* og *resultatlikhet*.

Prosesslikhet er i tillegg til å være opptatt av formell og uformell rett eller tilgang til tjenester også opptatt av måten tjenestene blir gitt på. Prosesslikhet inkluderer mer uformelle rettigheter, som prosedyrer eller tildelingskriterier som regulerer tilgangen på tjenester. Det ligger i begrepet ”prosess”, og skiller seg derfor fra formallikhet som fokuserer på likhet for lov og rettigheter. Prosesslikhet vektlegger at tjenesten skal gis i samme form, gjennom samme kanaler, og tildeles alle. I Norge vil det si at vi har rett til barnehageplass, grunnskoleopplæring, offentlig helsevesen. Responsen vedrørende prosesslikhet er likebehandling. Det medfører at lover, regler ordninger og prosedyrer som diskriminerer eller segregerer grupper eller personer fjernes, slik at de samme regler gjelder uavhengig av om en har psykiske lidelser eller ikke. I forhold til organisering av tjenester vil vektlegging av prosesslikhet resultere i at en egen organisasjonsenhet med ansvar for tiltak og tjenester for de med psykisk lidelser vil være i strid med krav om prosesslikhet. Det samme vil være tilfelle med andre forsøk på særordninger. Dette vil jeg synliggjøre i en figur hentet fra Visnes (1992) med små endringer vedrørende gjeldende brukergruppe.

Likhetsbegrep	Prosesslikhet	Resultatlikhet
Kjennetegn	-likhet for loven -like rettigheter -likeartede rutiner -likhet vedr. organisatoriske rammer	-Likt resultat -likhet i sluttfordeling -faktisk likhet vedr. velferdsgoder
Respons	-likebehandling -fjerning av diskriminerende	-ulik behandling -kompensasjon for

	regler og rutiner -fjerning av segrerende tiltak og ordninger	manglende ressurser og evner -kompensasjon for tidligere ulik fordeling
Konsekvenser for organisering	-full administrativ integrering -ingen funksjoner rettet spesielt mot de med psykiske lidelser	-system som sikrer likhet i resultat -advokater, innenfor og utenfor hjelpeapparatet

Den andre formen for likhet er i følge Visnes i tråd med det Hernes kaller for resultatlikhet (Visnes 1992:75) Denne forståelse er ikke opptatt av formelle rettigheter og prosedyrer for tildeling, og er heller ikke opptatt av prosessene knyttet til organisatoriske rammer. Denne forståelse er ifølge Visnes (1992) opptatt av resultatet for mottakeren, d.v.s. fordelingsprosessens virkninger.

Hva er likhet? Vi er kjent med at like rettigheter nødvendigvis ikke gir samme resultat fordi personene det gjelder kan ha et ulike utgangspunkt. Noen har mer ressurser enn andre, bedre kunnskap om rettigheter, bedre kunnskap om det byråkratiske system og ”smutthull”, samt større evne til å utnytte goder eller tjenester de får. Hernes argumenterer for at når utgangspunktet er ulikt, vil likebehandling reprodusere ulikhet. ”forskjellene kan bare reduseres ved forskjellsbehandling” (Hernes 1976)

Mennesker med psykiske lidelser har som kjent svært ulike behov for tjenester. Enkelte har omfattende og sammensatte behov som varer mesteparten av sitt liv, mens andre trenger spesifikk hjelp i en kort periode for å takle en krise. Det er også kjent at en del mennesker med psykiske lidelser ikke klarer å nyttiggjøre seg av de tilbudene det ordinære hjelpeapparatet tilbyr. Det kan skyldes at de ikke tar kontakt med psykisk helsetjeneste fordi de har samhandlingsvansker, ikke ser behov for hjelp, eller at tjenestene ikke dekker det behovet de har. Problemer med psykiske lidelser, negativt selvbilde, manglende nettverk, vansker med samhandling etc. kommer ofte i tillegg til ytre ressurser som dårlig økonomi, vansker med bolig, manglende aktiviteter. Det er rimelig å tro at disse faktorene bidrar til en forsterking av den allerede vanskelige situasjonen de befinner seg i. Lik tilgang til tjenester i konkurranse med andre grupper kan derfor i utgangspunktet føre til ulikhet. Det blir i Veilederen (IS-1332)

pekt på at kommunens verdigrunnlag bør reflektere at psykisk helsearbeid inkluderer at møte mellom bruker og ansatt skal være preget av respekt og anerkjennelse. Det blir argumentert med at det kan være behov for andre handlingsmønstre enn dem man vanligvis velger i forhold til andre brukere. I tillegg vektlegges det at tjenesteyter må forholde seg til et bruker-pårørendeforhold med innebygde konflikter. Disse argumentene støtter opp om teorien om at disse brukerne krever "særbehandling". Det presiseres også at kommuner med delt faglighet må sikre at systemet fanger opp endringer i brukerbehov slik at brukerne få et individuelt tilpasset tilbud. Det vektlegges også i veieren at virksomhetene som yter tjenester til de med psykisk lidelser må at ansvar for psykisk lidende som ikke selv oppsøker tjenesteapparatet. I dette ligger det også et signal om at disse tjenestene krever en bedre og tettere oppfølging fordi det ofte er brukere av tjenesten som ikke er selv i stand til å søke om tjenester.

Målsettingene om normalisering med tilrettelegging av arbeid hos Aeat "på linje med andre", ordinære boforhold preget av selvstendighet, og meningsfylte aktiviteter kan tolkes som et uttrykk for et ønske om å kompensere for ulikheter dvs. et resultatlikhetsbegrep. Selve opptrappingsplanen med vektlegging av brukere med psykiske lidelser er også et signal på at denne brukergruppe bør prioriteres framfor andre grupper. Lov om individuelle planer, med vektlegging av individuelle behov, synes å uttrykke behov for resultatlikhet. I dette ligger det at brukere av psykisk helsetjeneste har særlige behov som krever spesielle tiltak.

På samme tid har statens intensjoner vært å avvikle den tradisjonelle særomsorgen som psykisk helsetjeneste har vært en del av i den tradisjonelle institusjonspsykiatrien. Staten har derfor gitt signaler om at det ikke bør etableres varige formelle ordninger som sikrer behovet til dem med psykiske lidelser, spesielt gjennom lovverk eller tilskuddsystemet. Dette synes å uttrykke et "prosesslikhetsperspektiv".

Som tidligere nevnt ønsker likevel ikke veilederen å peke på konkrete organisasjonsmodeller som skal løse utfordringene til psykisk helsetjeneste. Det vil likevel være umulig å tilstrebe begge deler både prosesslikhet og resultatlikhet, så lenge det eksisterer ulikhet i utgangspunktet. Ulik behandling vil som før nevnt være i konflikt med kravet til prosesslikhet. Av og til kan en få inntrykk av at staten etterstreber begge likhetsbegrepene. Opptrappingsplanen synes å inneholde en forutsetning om utjevning og kompensasjon som kan sikre juridisk og organisatorisk likestilling. Opptrappingsplanen og de statlige føringer for det psykiske helsearbeidet uttrykkes ofte gjennom begrepet normalisering. Normalisering i

3. Sikre at psykisk helsearbeid har et felles verdigrunnlag. Det medfører at tjenesten har fokus på verdier og holdninger, slik at dette gjenkjennes i måten de ansatte samhandler med brukerne på.
4. Sikre at psykisk helsearbeid har et felles verdigrunnlag. Det medfører at tjenesten har fokus på verdier og holdninger, slik at dette gjenkjennes i måten de ansatte samhandler med brukerne på.
5. Sikre kontinuitet gjennom stabile relasjoner og færrest mulig og forhold seg til. Brukerne med psykiske lidelser bruker vanligvis lang tid for å utvikle relasjoner til ansatte og er ofte sårbare for endring hvis det er skifte i personale. Dette innebærer også andre handlingsmønstre, fordi tjenesteyter gjerne må forholde seg til et bruker- og pårørende forhold med innebygde konflikter.
6. Sikre at personer med behov for hjelp får dette og at psykisk helsearbeid blir tydelig i organisasjonen, og presentasjon av denne utad. Det betyr at en klarer å markedsføre tjenesten utad slik at innbyggerne opplever at tjenesten er tydelig og tilgjengelig når behovet oppstår.
7. Sikre at mennesker med psykiske lidelser får et tilstrekkelig tjenestetilbud i tråd med de retter enkeltmennesker eller grupper har etter loven. I dette ligger også at virksomhetene som yter tjenester også må ta ansvar for mennesker med psykisk lidelse som ikke selv oppsøker tjenesteapparatet.

Året 2008 vil være siste året i perioden for opptrappingsplanen og etter den tid vil de økonomiske midler til psykisk helsetjeneste være del av rammetilskuddene til kommunen. Selv om det er forholdsvis store økonomiske ressurser som er lagt inn i forbindelse med opptrappingsplanen dvs. 6,3 mrd. i planperioden (St.prp.63) er dette strukturelle mål knyttet til fagpersonell, boliger, konsultasjoner etc. Målene sa lite om kvalitet, innhold og resultat for den enkelte bruker av tjenestene. Veilederen (IS-1332) var derfor et resultat av at sosial og helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide mål og indikatorer som beskrev innholdet i tjenestene. Formålet var å målrette innsatsen, gi et bedre grunnlag for kvalitetsarbeid, og gi lokale og nasjonale myndigheter en bedre oversikt over utvikling også på innholdssiden.

Hvilke løsninger som er mest hensiktsmessige for kommunene vil avhenge av hvordan en oppfatter de kommunale utfordringene, dels hva som er praktisk å få til av ordninger ut ifra det handlingsrommet en har. Kommunal kapabilitet vil være avhengig av hvordan

samarbeidet er utviklet i forhold til det sivile samfunnet, privat næringsliv, offentlig virksomhet. Kommunens kapabilitet avhenger av de ulike aktørene fordi:

- offentlig virksomhet, skal sikre helhetlig og koordinert samarbeid og et godt tjenestetilbud. Dette inkluderer samarbeid med spesialisthelsetjenester, fylke og stat.
- det sivile samfunn, vil inngå i et gjensidig avhengighetsforhold til offentlig virksomhet når det gjelder brukere, pårørende, brukerorganisasjoner, og innbyggerne.
- privat næringsliv, kan bidra med attraktive arbeidsplasser enten i ordinært arbeid eller gjennom spesielle ordninger gjennom Nav.

En del av disse vinklingene knyttet til kommunens kapabilitet vil jeg komme tilbake til i siste kapittel, med bakgrunn i det empiriske materialet i mitt arbeid.

Har kunnskap betydning?

For å belyse denne problemstilling har jeg valgt å bruke en del argumentasjon fra Visnes (1992). Sosial og helsedirektoratet (2007) presiserer at kommunene bør vektlegge kvalitet, innhold og kompetanse, i tillegg til å bli synlig og tydelige for brukerne og andre samarbeidspartnere. Veileder i psykisk helsearbeid i kommunene tydeliggjør at psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og praksisfelt (SHDir, 2005). Det understrekes også at ulike faggrupper deltar i det psykiske helsearbeidet i kommunen, og at de ulike deltjenestene må ha nødvendig kompetanse innen psykisk helsefeltet slik at brukerne blir møtt på en god måte og får et individuelt tilpasset tilbud. Det er imidlertid ikke gitt noen nærmere definisjon på hvilken kompetanse som anses å være nødvendig.

Mye tyder på at kunnskapsgrunnet og perspektiver i psykisk helsearbeid bør utvides og ulike kunnskapssyn må trekkes inn for å møte de nye utfordringene. Ekeland problematiserer at medisinenes naturvitenskapelige kunnskapsforståelse og det biomedisinske paradigme dominerer i helsevesenet generelt og i psykisk helsearbeid spesielt (Ekeland 2001). Han etterlyser alternative forståelsesmodeller med større vektlegging av at mennesker, både bruker og hjelper, er fortolkende subjekter, som forstår seg selv. Samhandling er ikke uavhengig av de samhandlende. Både hjelperen som bistår og brukeren som bistås er nettopp fortolkende subjekter. Når språk og samtale er virkningsfull, er det ikke gjennom kausale reaksjoner, (årsak - virkning) men gjennom mening og meningssammenhenger. Hva som er meningsfullt

er avhengig av personens subjektivitet. Ifølge Ekeland er dette innsikter som må inkluderes når psykisk helsearbeid skal utforskes og valid kunnskap utvikles. Filosof Harald Grimen er talsmann for at de beste forklaringene på sentrale aspekter ved helsefagene finnes i humanvitenskapene (Grimen 2000). Her finnes begreper, teorier og modeller som studerer tre sentrale aspekter ved sykdom og helse: mening, sosiale relasjoner og historie. Dette er begreper som beskriver verden fra handlende personers perspektiv. Ifølge Grimen vil folk handle på bakgrunn av den betydning og verdi det har for dem. Innsikter fra både fenomenologi og hermeneutikk vil derfor gi verdifulle bidrag, ifølge Grimen. En viktig forståelse når psykisk helsearbeid skal videreutvikles som kunnskapsfelt vil likevel være at feltet bør forankres forskningsmessig og kunnskapsteoretisk i eksisterende kunnskap, samtidig som ny teori trekkes inn og ny kunnskap utvikles. Praksiskunnskap må defineres slik at den får status som gyldig. Når en skal ivareta og synliggjøre fagets særpreg vil det være viktig å få dokumentert god teoriforankring og kunnskapsbase. Det finnes mange andre tilnærminger men her er det kun gitt noen eksempler på at det finnes flere tilnærminger.

Har det betydning hvem som utfører oppgavene?

I perioden med opptrappingsplanen har det vært en stor utvikling av kompetanse i kommunene innenfor området psykisk helsetjeneste der mange helsearbeidere, både hjelpepleiere og sykepleiere, har tatt videreutdanning. Med utgangspunkt i at kommunene skal ha hovedansvaret for alle med psykiske lidelser bosatt i kommunen, samt utfordringer knyttet til nye brukergrupper, skisserte krav fra statlige føringer, kan det være grunnlag for å stille spørsmål om det har betydning hvem som utfører oppgavene.

Tradisjonelt har kommunale etater vært preget av avgrensede oppgaver, og profesjonell fagutøvere som representerer ulik kompetanse. En annen innfallsvinkel kan også være at de ulike etatene har et bestemt repertoar av løsninger, og velger de oppgavene som passer inn der. Nye oppgaver ikke blir identifisert til definerte løsninger blir ofte ”gråsoneproblemer” eller ”faller mellom to stoler” ifølge Visnes (1992). Han argumenterer også for at integrering av nye personer og perspektiv vil innebære trussel mot organisasjonens stabilitet, maktforhold, og i verste fall være grunnlag for konflikt. Når oppgaver ikke passer inn i eksisterende organisasjonsheter, er det ofte relatert til at yrkesgrupper ikke ønsker forandring eller mener oppgaven er for spesiell, eller at den kun kan ivaretas med deres

kompetanse. Når det gjelder oppgavene som skal løses på bakgrunn i opptrappingsplanen er det ingen enhet som har spesialkompetanse for å yte tjenester slik det kommunale ansvaret er skissert i de statlige føringene. Det vil likevel være naturlig at de som allerede har ansvaret for psykisk helsetjeneste i kommunene ofte blir førstevalg for løsning av nye oppgaver. Ofte blir sykepleiere gjerne med tilleggsutdanning i psykiatri oppfattet til å ha den kompetanse.

Kravet til kompetanse vil likevel være betydelig annerledes enn det en enkelt yrkesgruppe kan løse. Oppgavens karakter og yrkesstruktur danner grunnlaget for at ulike profesjoner må samarbeide. Det er en kjent problemstilling at en vegrer seg å slippe inn andre yrkesgrupper på et felt en dominerer, av frykt for å miste "ansikt". Det kan være vanskelig å innrømme at det finnes oppgaver en gjerne ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta. Det største hinder for samarbeid kan gjerne skyldes at dagens yrkesgrupper har svært ulik fagtradisjon, med liten fornyelse av perspektiver i utdanning, fagorganisasjoner som vakter over faglige verdier og ideologier.

Sykepleiefaget befinner seg i spenningsfeltet mellom en holistisk omsorgstradisjon med fokus på hele mennesket, og en reduksjonistisk og sterk teknologisk medisinsk tradisjon med evne til å se på mennesket som et apparat med optimal funksjonsform (Visnes 1992). Avvik blir sett på som "feil" eller sykdom og naturlig respons blir å finne feil (diagnostisere) eller modifisere feilen (behandling). Visnes (1992) argumenterer for at selv om sykepleiefaget i de seinere årene har vært mer opptatt av å finne tilbake til røttene og utvikle omsorgsideen, vil den medisinske forankringen gjøre det vanskelig å fjerne seg fra et sykdomsbilde. Til et slikt sykdomsbilde tilhører en sosial rolle som "syk". Jo flere personer som oppfatter personen til å være syk, jo sterkere preger dette forventningene som rettes mot personen, og den samfunnsmessige respons som personen får.

Sosionomien har sitt opphav i 50-60 tallets behandlingsregime, inspirert av framgangen innen medisin. På 70-tallet ble sosionomien et svar på en radikal og kritisk sosiologi på bakgrunn av samfunnets elendighet og produksjon av sosiale problem. Tidligere var forholdet gjerne sterkt preget av et kurator - klient forhold. Disse debattene er forøvrig forlatt. Andre debatter som har vært rådende er at byråkratiseringen har tiltatt, slik at skjønnsmessige vurderinger i mer eller mindre grad erstattes med tildelingskriterier og ferdigtrykte standardskjemaer. På den ene siden har sosionomien tradisjon for solidaritet med "klienten" disse faglige ideal står også sterkt i dag. På den annen side har de også tradisjon for å se problemet i en sosial sammenheng. Selv om sosionomene ikke ønsker å skape et ovenfra og ned forhold, eller

avhengighetsforhold, vil trekk som ressursmessige ubalanse, kurators selvforståelse, prege relasjonen mellom kurator - klient.

Vernepleieren er faglig forankret i en pedagogisk, medisinsk og sosialpedagogisk tradisjon. Vernepleier blir oppfattet til å være "spesialisten" på psykisk utviklingshemming. Utviklingen innen faget har beveget seg fra en verne- og behandlingsmodell, via en pedagogisk eller læringsorientert tradisjon til dagens reformpolitikk, som er normalisering, og sosial og samfunnsmessig integrering. Vernepleieren har tatt til orde for at "problemet" ligger i individet, og organiserer en respons ut fra det. Problemet blir gjerne definert som manglende kompetanse eller uheldig sosial atferd. Læring, trening og terapi vil være dekkende begrep for vernepleierens respons, ifølge Visnes (1992). Problemet er at istedenfor å gjøre personer i sterkere grad i stand til å ivareta seg selv, blir læringen et skjevt forhold når den settes i kunstige sammenhenger. For sterk dominans av denne yrkesgruppen vil redusere muligheter for et markert brudd med institusjonsbasert omsorg.

Det er viktig å presisere at alle disse yrkesgruppene har hatt en betydelig endring i forholdet til sine brukere siste tiårs periode i forhold til relasjoner med brukerne. Tror likevel det er rimelig å hevde at en del faglige perspektiv har lange "røtter" i utdanningssystemet og tar lang tid å endre. I virkeligheten vil virkningene være mer sammensatt, fordi de ulike fagtradisjonene sjelden opptrer isolert, fordi den enkelte fagperson bærer med seg andre verdier enn de som knytter seg til fagtradisjonen. Økt behov for kompetanse i behandlingen av alvorlig psykiske lidelser i distriktpspsykiatrisk sentre og helse- og sosialtjenesten i kommunene var også bakgrunn for oppretting av tverrfaglig utdanning ved høyskoler og universitet de siste ti år. Mål for utdanning har blant annet vært tema som forståelser for psykoser, kunnskap og behandlingsformer, bevissthet på følelser, bygging av relasjoner og lære om tverrfaglig samarbeid. Disse yrkesgrupper har store bidrag å tilføre til personer med psykiske lidelser. Det er derfor viktig at kommunen rekrutterer et bredt spekter av faglige perspektiver og integrerer disse i en helhet.

Har dominans av ulike modeller betydning?

Forståelse av begrepet normalisering, prosesslighet eller resultatlighet, kan være viktig å ta med seg i forståelse av modellene og deres dominans. På mange måter må dette også ses i

sammenheng med forrige kapitel som handler om yrkesgrupper og deres betydning. Det synes å være en oppfatning om at psykisk helsetjeneste er i en formingsfase, der tre ulike grunnmodeller for forståelse av tiltak og tjenestenes utforming utvikles parallelt (Norvoll 2002).

Første modell er en "sykdomsmodell" der målgruppen defineres som mennesker med sykdomsdiagnose, alvorlig sinnslidende, kronikere, pleie og omsorgsbehov etc. Kunnskapsbasen er medisinsk og pleiefaglig (psykiatrisk sykepleie) En vanlig organisering vil være i team eller integrert i pleie- og omsorgstjenesten. Denne modell blir gjerne oppfattet som psykiatrisk kjernevirksomhet. I denne modellen er tjenesten synlig, med fast etablert adresse i kommunen, ivaretar behov for faglig felleskap og pådriver for samarbeid utenfor kommune. Ulempene kan være knyttet til faren for utvikling av særomsorg, vansker med å oppnå bredt engasjement og samarbeid med andre etater. Det kan også ligge en potensiell fare for etterligning av tradisjonelle arbeidsmetoder som nyttes i spesialisthelsetjenestene.

Andre modell er en "normaliseringsmodell" der målgruppen er "funksjonshemmede" dvs. pleie og omsorgstrengende, kronikere o.a. med hjelpebehov. Sentralt er forståelse for utvikling av individualiserte opplegg, fritatt fra diagnose og gruppetenking. Hensikt er integrerte tjenester, med tiltak for arbeid, bolig og fritid. Kunnskapsbasen er rolleteoretisk og aprofesjonell, dvs. at bestemte profesjoner ikke har forrang. Denne modell er i tråd med opptrappingsplan når det gjelder alminneliggjøring og integrering. Modellen vektlegger mangel på fast adresse som et ekstra krav til lederne i tjenesten. Økt bevisstgjøring på utfordringer knyttet til bolig er også et bidrag til å hindre særomsorg. Personalet vil være preget av "generalistbriller" der helhetstenking og fokus på tverrfaglig samarbeid står sentralt.

Tredje modell er en "folkehelsemodell" der målgruppen er bestemte aldersgrupper, eller lokalsamfunn. Modellen er knyttet til et sosiologisk paradigme, med utgangspunkt i kommunens helsefremmede og forebyggende arbeid. Denne modell er ofte lite institusjonalisert og ofte knyttet til prosjektorganisering. Kommunene former ofte psykiatrifeltet med ivaretagelse av alle tre rollene i ulike blandingsforhold, noe som gjerne gjør at det blir store forskjeller mellom kommunene når det gjelder praktisk gjennomføring/organisering (Norvoll 2002).

Tatt i betraktning at dette er idealtypiske modeller ment for å sette tingene inn i rett perspektiv, kan de trolig bidra til å bevisstgjøre oss for hvilke grunnleggende tanker som dominerer i ulike virksomheter. Dilemma knyttes til om vi i vår praksis har legger normaliseringsmodellen til grunn og etablerer ”rehabiliteringstanker” fritatt fra diagnose og gruppetenking, eller om vi har en medisinsk og pleiefaglig kunnskapsbase, etter sykdomsmodellen. Det vil sannsynligvis gjennomsyre hele vår kjernevirksomhet, prege våre adferdsmønstre og samhandling med brukerne.

Det er rimelig å hevde at de som arbeider i psykisk helsearbeid ønsker at brukerne skal bli friske og oppleve mestring, selvtillit og selvrealisering på lik linje med andre i samfunnet. Mange sykepleierne viser stor grad av verdighet, respekt og empati for brukerne av tjenestene. Dette blir tydeliggjort når brukerne møter vanskelige perioder og utsettes for urettferdig behandling. Sykepleierne går ofte inn og taler brukernes sak for å få forgang og gjennomslag for beslutninger til beste for brukers hverdag. På tross av dette viser erfaring en relativ dårlig prognose i forhold til at brukerne faktisk blir bedre og oppnår økt mestringsfølelse. Det kan selvsagt finnes ulike årsaker til dette. Det er likevel fristende å reflektere over om grad av ”rehabiliteringstanker” kontra ”sykdomstanker” vil ha betydning for om brukerne blir friskere eller får bedre fungeringsnivå.

I hvor stor grad dette spiller inn for den individuelle bruker er det ikke meg bekjent noe statistikk over. For å problematisere dette vil jeg bruke enkle eksempler på hvordan en kan møte brukere med uttrykk som ” nei, det kan du ikke gjøre, husk på sykdommen din”. Et annet uttrykk kan være ” nei, du kan ikke jobbe innen de to første årene fordi du er så syk”. Det skal lite kreativitet til før en får assosiasjoner til dette med selvoppfyllende profetier. I motsatt fall kan en møte brukere slik: ”ja, klart du skal inn på disse tiltakene, du som har så mange ressurser å nyttiggjøre deg av”. Eller slik ” ja, du skal snarest inn i jobb igjen, du er for god til ikke å bli brukt i arbeidsmarkedet”.

Poenget med denne enkle sammenligningen er ikke å gi eksempler på de ulike modellene. De taler for seg. Det er heller for å etablere forståelse for at ”sykdomsmodellen” kan virke konserverende i behandling av brukere, mens ”normaliseringsmodellen” kan virke oppbyggende og gi større grad av mestring. Av yrkeserfaring har jeg sett mønster på at sosionomene på sosialkontoret i større grad bruker en sosiologisk tilnærming med større fokus på at brukerne skal mestre. Dette er interessant selv om det ikke lar seg generalisere på

bakgrunn av et altfor lite utvalg. Det er likevel tydelig at enkelte psykiatritjenester har større vektlegging av disse tankene enn andre tjenester. Bergen kommune har et stort fokus på mestringsstrategier og er i så måte et godt eksempel på dette. De er en av mange som bruker ”trappetrinnsmodeller” med vektlegging av at arbeidet med brukerne går inn i ulike mestringsfaser, der det er utarbeidet klare mål for hva de ulike trinn innebærer.

Det er en interessant problemstilling at kommunenes ulike vektning og tilnærming til disse kunnskapsbasene sannsynligvis kan gi utilsiktede konsekvenser for brukerne og deres behandling, selv om hypotesene vil være vanskelig å etterprøve. Jeg vil anta at det ikke er en bevisst strategi at brukerne skal bli værende i behandling for å sikre ”kunder”. Jeg vil heller argumentere for at det i slike tilfeller muligens dreier seg om at tjenesteyterne har en oppfatning om at disse brukerne ikke kan bli frisk.

Har oppretting av egen enhet betydning?

I mange kommuner har organisering av psykisk helsetjeneste som egen avdeling eller som en integrert del, vært et hett diskusjonstema i de seinere år. I enkelte kommuner er dette satt på politisk dagsorden og ført til omorganisering av psykisk helsetjeneste. Det synes å utspille seg en dragkamp mellom psykiatri og geriatri, med bakgrunn i ulike perspektiv. Hjemmebaserte tjenester mener å ha ”hevd” på utføring av hjemmebaserte tjenester som praktisk bistand, miljøarbeid og hjemmesykepleie. Disse tjenestene blir også utført hos psykisk helsetjeneste for dem som har egen enhet. Talsmenn for hjemmebaserte tjenester problematiserer dette ut i fra flere årsaker. For det første at kommunen av kostnads- og effektivitetshensyn, ikke bør drive parallelle tjenester. For det andre mener talsmenn for hjemmebaserte tjenester at psykisk helsetjeneste ikke bør være en ”eksklusiv” omsorg, fordi det kan føre til forskjellsbehandling og stigmatisering.

Den psykiske helsetjenesten argumenterer for at organisering under hjemmebaserte tjenester vil føre til en prioritering av geriatri, slik at psykisk helsetjeneste kommer i skyggen. Det pekes på at psykisk helsetjeneste er et relasjonsarbeid, der tålmodighet og tid til brukerne er viktig. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har behov for stabil kontakt og oppfølging over tid. Utvikling av gode relasjoner tar tid å bygge opp. En frykter for at annen organisering fører til at brukerne får for mange å forholde seg til. Her har også faglitteraturen vært en

pådriver og peker på nødvendigheten av å profilere seg som egen enhet for å oppnå større tyngde og markedsføringsverdi. Noen kommuner har derfor kommunedekkende psykiatrikoordinator i administrasjonsstab og sentralt plassert hos rådmann.

På den ene siden handler det om frykt for at brukerne skal få et dårligere tilbud med relasjoner til flere. På den annen side handler det om kjente problemstillinger knyttet til at lederne ønsker å visualisere sin tjeneste og mener det tryggeste alternativ er å bevare tjenesten slik den er. Strand argumenterer med at lederparadokser i byråkratier ofte utspiller motstridende krav og mulige hensyn. *"regler er hermetisert fornuft"* (Strand 2001:245) Han peker på at tidligere analyser, vedtak og erfaring gir en fast løsningsprosedyre og hindrer ledere å være kreativ og selv definere når det er behov for regelføring eller analyser. Regelanvendelse er ifølge Strand å føre et definert problem til rett type løsning. Dette skal vi komme mer inn på i neste kapittel der tjenesteutøverne blir drøftet i lys av rollen som bakkebyråkrater.

Har rollen som bakkebyråkrat betydning?

Etablerte strukturer, organiseringer og samhandlingsmønstre sier relativt lite om hvordan de ansatte egentlig tenker. De ansatte sin opplevelse er kjernen i studiet i et forsøk på å finne ut om vi fremdeles har en særomsorg. Som teoretisk grunnlag har jeg i hovedsak valgt å bruke Lipsky sine mestringsstrategier for å synliggjøre hvilke roller og press de ansatte utsettes for.

I boken "Street-level bureaucracy" (Lipsky, 1980) retter forfatteren søkelyset mot de yrkesgrupper som i sitt arbeid skal levere ulike tjenester til publikum i velferdsstaten. Dette inkluderer tilsette i for eksempel omsorg, trygdekantor, skole, politi, rettsvesen eller andre offentlige instanser. Det vil med andre ord si folk som er ansatt for å administrere offentlig sektor. Lipsky legger til grunn at offentlig politikk inneholder to faktorer:

- a) Målsetting, lover og regler
- b) Praktisering av lovene og reglene

Summen av disse faktorene vil gi grunnlaget for den offentlige politikken. Han er talsmann for at offentlig politikk ikke kun må sees på bakgrunn av organisasjonsstruktur, lover og regler eller toppledelsen sine vinklinger, men heller ut ifra møte mellom tilsatt og bruker av tjenesten. Det utvikles gjennom etablerte rutiner, hvordan en takler arbeidspress, eller møte

med publikum. Det er disse personene som påvirker utformingen av politikken i utøvelsen av sitt yrke som kalles bakkebyråkrater. Disse byråkratene har en viss selvstendighet og blir publikum sitt møte med styresmaktene.

Lipsky (1980) peker på en del kjennetegn ved bakkebyråkratene og deres arbeidssituasjon:

- a) De bidrar med offentlige tjenester, men skal og ivareta en viss kontroll.

I dette ligger det at de skal stille krav til brukerne men må også kontrollere om kravene blir tilfredstilt. En implikasjon av dette er at de må ta stilling til brukers troverdighet.

- b) Byråkratiet er arbeidsintensivt. Dette innebærer at arbeidsoppgavene i stor grad er basert på direkte samhandling slik at de i liten grad lar seg effektivisere.
- c) Ressursene er kronisk utilstrekkelige i forhold til oppgavene

Fordi det er både avgrenset tid og informasjon, blir vedtak fattet på sviktende grunnlag.

Manglende ressurser kan også ha sammenheng med mangelfull opplæring eller liten erfaring hos arbeidstakerne.

- d) Målsettingene for virksomhetene er ofte vage og motsetningsfylte.

Uklare mål og liten feedback, kan føre til at bakkebyråkratene opptrer på egne veier.

Bakkebyråkratene kommer opp i situasjoner som krever empati og fleksibilitet. I en del kompliserte saker vil det være vanskelig med retningslinjer slik at en må nytte skjønn.

- e) Står ovenfor stadige effektivitetskrav.

Ulike forventninger fra ledelse knyttet til tidspress kan være i konflikt med forventninger fra brukerne om å bruke mer tid sammen med brukerne. Bakkebyråkratene kommer i et sterkt krysspress fordi forventningene er motstridende.

- f) Blir direkte konfrontert med brukernes reaksjoner på avgjørelser.

Bakkebyråkratene skal være byråkratiets representant og blir den som må takle både negative og positive reaksjoner på beslutninger som er fattet. Lojalitet til ledelsen kan settes opp i mot lojalitet til brukerne, i situasjoner der byråkraten står i mellom.

- g) De utøver skjønn i varierende grad

Bakkebyråkratene kommer opp i situasjoner som krever empati og fleksibilitet. I en del kompliserte saker vil det være vanskelig med retningslinjer slik at en må nytte skjønn.

Bakkebyråkratene har en utfordrende jobb og kommer ofte i et krysspress fordi de i tillegg til lover og regler møter forventninger fra toppledelse, brukere og omgivelsene. Lipsky tenker at bakkebyråkratene har utviklet ulike måter å takle sin situasjon på:

- a) sette grenser for krav og nyttemaksimere tilgjengelige ressurser
- b) justere målsettinger og minske gapet mellom målsetting og ressurser
- c) modifisere forventningene til klientene.

Bakkebyråkratene skal sikre at tjenestene blir utført på forsvarlig måte samtidig som de skal ivareta at brukerne også innfrir sine forpliktelser. Byråkratiet blir ofte preget av forklaringer på at samhandling med brukerne ikke lar seg effektivisere. I tillegg vil det alltid være for knappe ressurser til tjenesteyting. Uklare mål og liten feedback fører gjerne til at bakkebyråkratene opptrer på egen hånd, i tillegg til at mange oppgaver krever utsakt bruk av skjønn. Krav om effektivitet fra ledelse kan stå i motsetning til forventninger hos brukere og føre til at byråkratene blir stilt til ansvar for sine beslutninger. Justering av krav til mål og forventninger blir derfor viktige mestringsstrategier for byråkratene slik Lipsky (1980) ser det. Selv om dette på mange måter er idealtypisk for byråkratenes kjennetegn vil jeg likevel argumentere for at dette er litt unyansert, fordi mange i dag tar inn over seg at kravene til resultat og effektivitet også er blitt en del av hverdagen i offentlig sektor.

For å gjøre hverdagen lettere tar bakkebyråkratene i bruk ulike metoder. Prottas (1979) hevder i tillegg at et viktig kjennetegn ved bakkebyråkratene er å kategorisere dvs. forenkle brukers situasjon for å kunne behandle sakene. Gjennom denne prosessen, "people processing," lager bakkebyråkratene klienter av folk. Dette kjennetegnes ved at det er klientinformasjon og ikke informasjon om den enkelte person som er viktig. Det viktigste arbeidet til bakkebyråkraten blir derfor å få fram rett informasjon for å plassere den enkelt i rett kategori.

Det er sannsynlig at brukerne heller ikke opplever samhandlingssituasjonen som forutsigbar. På bakgrunn av effektivitetskrav kan de tilsette forsøke å skjerme seg overfor klienten. De svarer gjerne på tiltale i samhandlingen uten å gå dypere inn i brukernes situasjon for å skaffe seg et helhetlig bilde. Måten den tilsette takler situasjonen på kan derfor bli et kompromiss mellom ulike krav. De kan ha behov for å møte brukers ønske samtidig som de må sette grenser på grunn av krav om effektivitet. Over tid kan også klientene utvikle strategier for samhandling med tjenesteutøver ved å stille større krav eller tilpasse seg de forventningene en tror bakkebyråkratene har til brukerne (Lipsky 1980) ved for eksempel:

- a) være aktiv og ta mye av tjenesteyter sin tid og oppmerksomhet (for å få igjennom vedtak)
- b) appeller til de normer og regler om at "alle skal behandles likt"
- c) vri eller holde tilbake informasjon, være selektiv med hvilken info en gir
- d) passivitet og samtykke i samhandlingssituasjonen
- e) gi uttrykk for forståing for tjenestuteøvers situasjon og ta ansvar for egen situasjon.

Har innføring av flat struktur betydning?

Innføring av flat struktur i kommunene kan være et resultat av reformbølgen New Public Management (NPM), som har skylt innover landet de siste ti årene. NPM er en liberalistisk reformbølge med fokus på markedskrefter, effektivitet, profesjonalitet, mål og resultatstyring, privatisering, konkurranseutsetting, delegering, benchmarking, kvalitetssikring, brukerstyring etc. Retningen blir gjerne oppfattet som en reaksjon på ekspansjon av offentlige utgifter. Offentlige organisasjoner er bedt om å praktisere prinsippene i NPM, med å følge markedslogikk i styringen av medarbeidere. Krav om lønnsomhet og effektivisering preger dagliglivet, og bevissthet om bunlinjen opprettholdes hos de ansatte.

Tradisjonelle pyramider rives ned, og fører til større ansvar og myndighet til lederne. Politikerne og rådmann må avgi makt til resultatenhetslederne. Desentralisering av ansvar og myndighet skal skje parallelt med klargjøring av oppgaver. Tydeliggjøring av de viktigste beslutninger skal tas av rådmann og politikere. Det er behov for å finne et balanseforhold mellom sentralledelse og frihet for resultatenhetslederne. Viktigste endring er fjerning av mellomledersjiktet og desentralisering.

Kommunene har ifølge Opedal, Stigen, og Laudal (2002) laget egne definisjoner på flat struktur med ulike betegnelser og ulike forståelser. En flat struktur er mest rendyrket når en har to ledelsesnivå. Når organisasjoner flates ut får en færre ledere og færre ledelsesnivåer pr. ansatt. Forvirring rundt begrepet flat struktur handler i stor grad om at det på tross av ulike måter å organisere på brukes det samme begrepet. Det vil si at kommuner som har to, tre eller flere administrative ledelsesnivå bruker samme begrep. Begrepet nyttes av kommuner som har 2, 2,5 og 3 administrative ledelsesnivå. Ifølge Jon Almås Knutsen i Kommunenes sentralforbund er det kun en kommune i Norge som har rendyrket flat struktur (tlf. dialog).

Det er Eidskog kommune med en rådmann og en sjukeheimsstyrer. Oslo kommune har 23 ledd fra saksbehandling til kommunestyre. Bergen kommune har 540 resultatenheter i helse/sosial og oppvekst. Er det en illusjon å tro det er to ledernivå? Alt er relativt ifølge Knutsen som sier ”det er flatere på Jæren enn i Jotunheimen” (sitat Knutsen KS)

Ledere i offentlig sektor har ved innføring av flat struktur formelt fått stort ansvar og myndighet. Det er likevel grunn til å reflektere over om flat struktur er innført etter intensjonen, eller er mer preget av et kupert terreng hvor fjell dukker opp i flatt terreng. Det er også rimelig å tro at ledere i offentlig sektor ”byråkratiseres” fordi det finnes andre strukturerende krefter enn de formelle. I hvor stor grad disse påvirker en leders handlingsrom vil til en viss grad avhenge av formell organisering, men den viktigste årsaken er muligens relasjonene mellom menneskene i organisasjonen.

Mintzberg (1989:110) argumenterer for at det fins strukturerende krefter i organisasjonen som trekker i ulike retninger: ”*when conditions favor one of these pulls, the organization is drawn to designee itself as a particular configuration*”. Mintzberg hevder at dersom omstendighetene favoriserer en av kreftene vil organisasjonens design få en spesiell konfigurasjon. Disse konfigurasjonene har han definert i de syv forskjellige organisasjonsformer som krefter til å lede, rasjonalisere, streber etter autonomi, til å profesjonalisere, samarbeide, dra sammen, eller dra folk fra hverandre.

Som en reaksjon på ekspansjon av offentlige utgifter blir organisasjonene bedt om å følge markedslogikk i styring av medarbeidere. Vektlegging av lønnsomhet og effektivisering skal prege de ansatte. Bevissthet om at bunnlinjen skal opprettholdes handler om at tjenestene skal ytes billigst mulig samtidig som kvaliteten på tjeneste skal opprettholdes innenfor et forsvarlig nivå. Mye taler for at offentlige organisasjoner har møtt krav om reduksjon av driftsutgifter de siste tiår med stadige omorganiseringer og strukturendringer. Psykisk helsearbeid blir en del av dette ”organiseringstyranniet” som kommunenorge er blitt en del av. Selv om veileder (IS-1332) fokuserer på at tidsnød og instrumentelle metoder er lite egnet i møte med mennesker med alvorlige psykiske problemer, må en samtidig være så edruelig i argumentasjonen at en også tar inn over seg at psykisk heletjeneste er en del av et hele. De siste års reduksjon av driftsnivået i kommunene får også konsekvenser for psykisk helsearbeid.

Spesielt viktig for tjenesten er året 2008 som er det siste året i opptrappingsperioden og det siste året med øremerkete midler. Fra 2009 går midlene inn i rammetilskuddene til kommunen og det vil framover trolig bli utfordrende å få gjennomslag for prioriteringer til psykisk helsearbeid. Dette gjelder spesielt for de kommunene som ikke har kommet så langt i planlegging og implementering av tiltak i forbindelse med opptrappingsplanen.

Oppsummering – organisering og roller

Et av spørsmålene som opptar mange kommuner er hvordan tjenestene for mennesker med psykiske lidelser bør organiseres i kommunen. Bør ansvaret knyttes til en bestemt organisatorisk enhet, eller bør tjenestene integreres i det eksisterende hjelpeapparatet? Hva vil det egentlig si å integrere? Det knyttes også stor interesse i ulike fagmiljø, brukergrupper og politisk leiing omkring kommunens organisering av disse tjenestene. Hvor viktig er egentlig organisering? Vil måten kommunene organiserer på få betydning for utfall av tjenestene? En utfordring med store statlige planer er at mål ofte kan være uklare med andre funksjoner enn å utdype hvilke konkrete resultat planene skal gi. Målsettingene kan være politisk korrekte, berøre verdier, skape oppslutning eller være et resultat av kompromiss. Målsettingene kan derfor bli utydelige med motstridende signal om hva planene ønsker å oppnå.

Debatten om kunnskapsbasis og roller til ulike yrkesgrupper er særlig aktuelt for videreutvikling av psykisk helsetjeneste. I mange kommuner har spørsmålet om organisering av psykisk helsetjeneste som en egen avdeling, eller som en integrert del, vært et hett diskusjonstema i de seinere år. I enkelte kommuner er dette satt på politisk dagsorden og ført til omorganisering av psykisk helsetjeneste. Det synes å utspille seg en dragkamp mellom psykiatri og geriatri, med bakgrunn i ulike perspektiv. Det at psykisk helsetjeneste blir organisert og strukturert på ulike måter i forskjellige kommuner kan trolig gi konsekvenser for tjenestetilbudet. Det synes å være en oppfatning om at psykisk helsetjeneste er i en formingsfase, der særlig to ulike grunnmodeller er framtrødende for forståelse av tiltak og tjenestenes utforming utvikles parallelt (Norvoll 2002). Første modell er en ”sykdomsmodell” der kunnskapsbasen er medisinsk og pleiefaglig. Andre modell er en ”normaliseringsmodell” der kunnskapsbase er preget av ”rehabiliteringstanker”.

Jeg har vist at bakkebyråkratene har en utfordrende jobb og kommer ofte i et krysspress fordi de i tillegg til lover og regler møter forventinger fra toppledelse, bruker og omgivelsene. Til dette har jeg brukt Lipsky sine teorier om mestringsstrategier. Jeg vil i den videre framstilling bringe disse teoriene inn i forståelsen når vi nå skal gå over til mitt empiriske studie. Det er bakkebyråkratenes opplevelser – i møte mellom dem og brukerne at det nye helsevernet skal realiseres.

4. METODE

I dette kapitlet presenterer jeg de metodiske vurderinger jeg har lagt til grunn, redegjør for valg av miljø, utvalg av informanter, intervjuene og analysen av det empiriske materialet. Det kvalitative forskningsintervju har vært mitt utgangspunkt for en samtale mellom meg og 10 informanter.

Psykiatriske institusjoner har blitt lagt ned og pasientene skal integreres i samfunnet. Den lange vei tilbake fra eksklusjon til inklusjon ble introdusert med normaliseringsideologien. Bakgrunn er det sosialpolitiske mål om at mennesker med psykiske lidelser skal integreres i samfunnet, ta større ansvar og bestemme over egne liv.

Min hovedproblemstilling har vært å studere om psykisk helsetjeneste har lykket med avviklingen av særomsorg, eller om vi har gått for langt. Formålet har vært å finne tjenesteytneres fortolkning av situasjonen, og se det i sammenheng med idealer og virkelighet.

Utvalg og kriterier

Jeg har valgt å intervju tilsette i to mellomstore kommuner i Rogaland. Valg av kommuner er i utgangspunktet tilfeldig, men har sammenheng med at disse kommunene synes å ha omfattende tjenestetilbud og bufellesskap til de med psykiske lidelser. Selv om jeg har valgt to kommuner har det ikke vært et ønske å sammenligne disse med hverandre i et konkurransemessig forhold. Valg av to kommuner dreier seg mer om å etablere litt større bredde på resultatet. I min første problemstilling hadde jeg som utgangspunkt å sammenligne to kommuner for å finne forskjell i tilbud og tjenester. Jeg forlot denne innfallsvinkel tidlig i prosessen og innså at jeg var genuint interessert i om vi har lykket med avvikling av særomsorg og om vi eventuelt har gått for langt. Jeg valgte likevel å holde på to kommuner selv om jeg nå valgte å vektlegge de ansatte sin opplevelse av idealer og virkelighet i psykisk helsetjeneste for å få større bredde enn om jeg valgte en kommune.

Fordi mitt utvalg er relativt begrenset i antall informanter var det nødvendig å ta en avgrensning i begge kommuner. Både av praktiske årsaker samt ønske om å konsentrere meg om et lite utvalg i hver kommune, valgte jeg å gjennomføre intervjuene på sentrale områder som hadde nærhet til helseadministrasjonene.

Et strategisk utvalg vil si at materialet har potensial til å belyse den problemstilling vi ønsker å ta opp. I denne sammenheng må en først finne ut hvilken retning det er fornuftig å rette søkelyset på, slik at en ikke innhenter data om noe annet enn det vi vil se på. I engelskspråklig metodelitteratur kalles dette for purposeful sampling (Malterud 2003:59).

Jeg valgte å intervju tilsette i psykisk helsetjeneste samt deres viktigste samarbeidspartnere, som er kommunelege og sosialtjenesten. Tidlig i prosessen ønsket jeg å intervju flere ansatte samarbeidsaktører som hjemmebaserte tjenester, rehabilitering, barnevern etc. Dette fordi ulike personer med ulikt ståsted mest sannsynlig opplever tjenesteytingen på ulike måter. Jeg så for meg at å intervju alle samarbeidspartnere i helse og omsorg ville gi meg et mer nyansert bilde på tjenesteyting i psykisk helsetjeneste. Jeg vurderte at dette ville vært mer interessant dersom det dreide seg om variasjoner i tjenester og tiltak. Siden jeg ville rette søkelys mot opplevelsen hos tjenesteyterne var det mer relevant å innsnevre mengden av type informanter. Dette fordi jeg heller ville gjøre et dypere dykk ned i de som ”eide” problemstillingene. En viktig vurdering var også en potensiell fare for å få et uhåndterlig materiale av dem som ”mente noe” om andre. Jeg har likevel intervjuet noen informanter i hver kommune som ikke er primæraktører og spurt om deres meninger. Det har sammenheng med at de tilbyr tjenester til de samme brukerne og har derfor erfaringer med samhandling med dem. Det var av interesse å finne ut om de hadde andre erfaringer med samhandling med dem enn det psykisk helsetjeneste hadde. Noen av spørsmålene i intervjuguiden handlet likevel om deres meninger om psykisk helsetjeneste. Dette gjaldt særlig tema om brukermedvirkning og bakkebyråkrater. Her stilte jeg relativt åpne spørsmål og var tydelig i intervjusituasjonen på at jeg ikke forventet at de kunne svare eksakt på disse spørsmålene, men mer om de hadde noen sterke meninger om dette. Jeg hadde derfor laget en intervjuguide som visualiserte at jeg hadde et bevisst forhold til at deres meninger på enkelte områder i større grad var preget av en fortolkning, enn en realitet. Temaer rundt brukermedvirkning og bakkebyråkrater som er tolket fra lege eller sosialtjeneste, er derfor ikke inkludert i analysen.

Jeg har valgt å avgrense studien til å omfatte voksne mennesker med psykiske lidelser, med omfattende behov for hjelp. Barn med psykiske lidelser er en gruppe som øker i antall og et viktig satsingsområde ifølge statlige plandokumenter. Dersom studiet skulle inkludert denne gruppe ville det blitt svært ressurskrevende og heller vært aktuelt i en større studie.

Veien til informantene

Etter mine første refleksjoner rundt valg av tema og til jeg hadde første kontakt med de to valgte kommuner, ble retning endret både når det gjaldt praktiske, strategiske, faglige og tilfeldige valgte situasjoner. Jeg tok relativt tidlig det strategiske valg at jeg ønsket å intervju personer i en annen del av fylket. Grunnen til dette var min arbeidssituasjon der jeg som leder for psykisk helsetjeneste, sosialtjeneste og tiltak for funksjonshemmede. Dersom jeg skulle intervju dem jeg var leder for ville dette trolig blitt problematisk i forhold til å få oppriktige svar i intervjuene. Jeg ønsket heller ikke å ha informanter fra nabokommune, selv om jeg etter kun et års tid i denne stilling kun har et overflatisk kjennskap til aktørene i sin profesjon. Mitt ønske om avstand har heller sammenheng med at jeg bor i nabokommunen og kjenner lederne i psykiatritjenestene som privatpersoner. Jeg ser det som en utfordring å bygge på egne erfaringer, teoretisk tankegang, plandokument, kvantitative data og undersøkelser. Her støtter jeg Ottar Brox sin argumentasjon for substanskunnskapens rolle i livsløpsintervju, som mener denne kunnskap om feltet er nyttig og avgjørende både for økonomisk og faglig gjennomføring som for resultat. Han mener at jo mer kunnskap en har på forhånd, jo mer vil en få ut av informanten (Brox 1995:115).

Jeg valgte å henvende meg til lederne av psykiatritjenestene i de to valgte kommuner. Det betydde at jeg var prisgitt at lederne fikk interesse for temaet. I starten hadde jeg mange runder med meg selv om jeg skulle inkludere lederne eller bare intervju ansatte uten lederansvar, for å utelukke tilsløring av svarene for å gi et ”korrekt” bilde av virksomheten. På den annen side er det rimelig å hevde at ledere også er rimelig interessert i faget og vil gjøre en god jobb. Ledernes interesse og engasjement vil trolig være holdningsskapende og førende for personalgruppen. Ut i fra en totalvurdering fant jeg at det ville bli mangelfullt og ikke inkludere lederne sine opplevelser.

Jeg var avhengig av at lederne gav meg navn og telefonnummer til ansatte i kommunen som jeg kunne kontakte. Leder for psykiatri eller psykiatrikoordinator, kommunelege 1 og leder for sosialtjenesten var uproblematisk og knyttet til funksjon. I tillegg skulle jeg ha de to psykiatriske sykepleiere som hadde arbeidet lengst i tjenesten. Dette har årsak i to ulike innfallsvinkler. På den ene siden var det faglig begrunnet ut i fra lang erfaring spesielt med tanke på viktighet av arbeidspraksis i perioden til opptrappingsplanen. På den annen side betydde det mye for meg å ha kontroll over tilgang til de personene jeg skulle intervju. Det var et mål at ikke lederne plukket ut ”sine” kandidater.

Å vurdere hvor mange kandidater som skulle intervjues ble revurdert underveis. Ved førstegangskontakt hadde jeg på forhånd sendt et brev til intervjukandidatene der jeg inkluderte ledere fra hjemmebaserte tjenester, rehabilitering, barnevern, samt plasstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte i psykiatri. Da det ble en målsetting å innhente opplevelser fra de som arbeider i psykisk helsetjeneste valgte jeg å tone ned mengde med samarbeidsparter til å gjelde de mest sentrale dvs. lege og sosialkontor. Det kan også sees i sammenheng med at jeg valgt å fokusere på voksne personer med psykiske lidelser og omfattende behov for tjenester. Jeg finner støtte i mine vurderinger på å ikke bruke for mye tid på perifere respondenter, av hensyn til ord og innhold og fare for å gå seg vill (Ryen 2002:92).

I kvalitative intervjuer er enten antallet informanter for lavt eller for høyt, ifølge Kvale (1999:58). Hvis det er for lite er det vanskelig med statistisk generalisering og hypotesetesting. Blir det for stort blir det vanskelig å gjennomføre tolkninger av intervjuene. Store utvalg er nødvendigvis ikke noen garanti for kvalitet. Etter en del intervju har de nye lite å bidra med fordi de har nådd det stadiet som kalles metningspunktet ("saturation"). Det er innholdet som bestemmer dette og ikke antallet. Store dilemma og sammensatte problemstillinger generer flere respondenter (Ryen 2002:93).

I studiet ønsket jeg å fange opplevelsene hos tjenesteyterne i psykisk helsetjeneste. Det vil være en kombinasjon mellom på den ene siden å gå i dybden i samtale med den enkelte, og på den andre siden å få tak i nok informanter til å fange bredden i praksiserfaring. Valg av to kommuner istedenfor en, handler om at jeg ønsket å forsikre meg om at studiet ikke blir et resultat av kommunale særegenheter. Med i vurderingen var også fare for å nå "metningspunktet" i en kommune.

Intervju som metode

Formålet med studiet og endelig problemstilling lagde rammer for valg av metode. Når målet mitt var å finne ut i hvilken opplevelse tjenesteyterne hadde var det naturlig å spørre dem det gjelder. Kvalitativt intervju tar utgangspunkt i samtalen, der formålet er å få klarlagt informanten sine meninger og opplevelser av hendelser og handlinger. I internasjonal litteratur kalles kvalitativ metode *naturalistic inquiry* eller *interpretive inquiry* og bygger på

teori om menneskelig erfaring og fortolkning. I følge Malterud (2003) vil bruk av kvalitativ metode gi oss mer kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver, holdninger. Ved å spørre etter mening, betydning på hendelser og atferd, vil vi oppnå økt forståelse på hvorfor mennesker handler som de gjør.

Ryen (2002) argumenterer for at målsetting med kvalitative intervju tradisjonelt ikke skal frembringe statistisk generaliserbart materiale, slik tilfellet er i kvantitative metoder. Hensikten er heller ikke å sammenligne enheter men heller skaffe tilgang til handling og hendelser relevant for problemstilling. Spesifikt for kvalitative metoder er tilgjengelighet til den enkelte informant ut i fra hvordan den ser verden rundt seg. Hvor mange som ser dette ulikt er mindre sentralt. Kjernen i kvalitative studier er å nå dypt i det enkelte intervju. Store utvalg gir ikke nødvendigvis bedre data enn små utvalg. I tillegg fins det andre argument for å favorisere små utvalg som for eksempel tid og økonomi.

På samme måte som fare for å velge for stort er det også en fallgrube i det å velge for smalt. Det er et dilemma med kvalitative studier som er ufullstendige eller mangler beskrivelse på hvordan utvalg er trukket (Ryen 2002:85). Han problematiserer at det er viktig å få en viss variasjon slik at en dekker heterogeniteten som finnes i en populasjon. I studiet har dette vært noe som har opptatt meg i forberedelsene. Det var også et moment for at jeg valgte å intervjuje lederne i tjenestene. Her får jeg støtte i mine teorier på betydningen av å oppspore de informantene som sitter inne med mest informasjon (Ryen 2002:93). Samtidig valgte jeg å ta noen i periferien som ikke er så sentrale for studiet. Dette er i også tråd med anbefalinger på viktigheten av å velge ut noen som kan fungere som "negative tilfeller" (Ryen 2002:87). Jeg tolker dem dit at for å skaffe økt kunnskap er det en fordel å få kontrasterende eller komparativ informasjon. Det kan bidra til å forstå fenomenene man studerer på bakgrunn i ulike innfallsvinkler og perspektiv.

Selv om det var et bevisst valg å velge et tema der jeg ikke er fagperson, ser jeg på min bakgrunn som sykepleier med videreutdanning i ledelse som en fordel. I starten på prosessen så jeg det som en stor utfordring å møte ansatte i psykisk helsetjeneste som hadde større fagkunnskap enn meg. Både med bakgrunn i at jeg kunne komme til å spørre ukvalifiserte spørsmål, og fare for at det ville gi meg et dårlig resultat i min studie. På den annen side har jeg vært så heldig å kunne arbeide i feltet med et annet perspektiv og briller enn de som arbeider der. I denne sammenheng tror jeg også det er en fordel at jeg er leder for tre områder innen rehabilitering. Dette fordi jeg mener å ha utviklet forståelse for ulike kommunale

utfordringer og tilegnet meg ”rehabiliteringstanker” i forhold til brukerne og utvikling av tjenester. Dette har styrket meg i troen på at det ikke nødvendigvis er den samme fagkunnskap som gjelder. Her støtter jeg meg også på Ragnvald Kalleberg (2002:45) som mener at de store utfordringene i feltforskning dreier seg om å kunne veksle mellom tilstrekkelig nærhet og tilstrekkelig distanse.

Selv om informantene i studiet har et godt utgangspunkt for likeverdighet i intervjusituasjonen, vil det som oftest være en ubalanse. Jeg sitter tross alt med et materiale de ikke helt har oversikt over. Jeg prøvde i intervjusituasjonen å ha idealene om god kommunikasjon som fundament i møte med informantene. Kvale (2006:28) hevder at det kvalitative intervjuet er et produksjonssted for kunnskap, og at det er samhandlingen i intervjusituasjonen som produserer vitenskapelig kunnskap. Han er opptatt av at det er et asymmetrisk maktforhold, der fagperson har indirekte makt over informanten.

Spørsmålsguide (se appendiks)

Jeg ønsket en intervjusituasjon med åpne spørsmål slik at ikke situasjonen var styrt hele tiden. For mye struktur kan hindre at man fanger opp eller misforstår fenomen som er viktige. Samtidig er det en fare for at dersom viktige fenomener i felten ikke er inkludert er det risiko for at de heller ikke fanges opp (Ryen 2002:97). Jeg hadde derfor et innledende åpent spørsmål med oppfølgingsspørsmål dersom de selv ikke kom inn på de temaene jeg ønsket å få belyst.

Intervjuguide var strukturert i ni tema. De tre første gruppene var sentrert rundt tilgjengelighet, tiltak/tjenestetilbud og organisering. 4. gruppe berørte brukermedvirkning og de ansatte sin opplevelse av dette. 5. og 6. gruppe tok opp tema som omhandlet oppgavene til fagfolket og tverrfaglig samarbeid. Den syvende og åttende gruppe omhandlet stigmatisering og integrering av personer med psykiske lidelser. Den siste gruppe berørte det som egentlig var tema for oppgaven dvs. særomsorg. Mine valgte tema hadde til hensikt å belyse spørsmål vedrørende særomsorg uten å bruke disse begrepene eksplisitt i intervjusituasjonen, dvs. at det først kom som siste gruppe med en åpen spørsmålsformulering.

For å kvalitetssikre intervjuguide gjennomførte jeg et prøveintervju med leder for sosialtjenesten i egen kommune. Allerede her fikk jeg inntrykk av at enkelte begrep og tema var vanskelige, slik at jeg måtte definere enkelte begrep og bruke norske ord. Dette gjaldt særlig begrep som empowerment, integrering og medborgerskap. Dette stemmer med argumentasjonen om at

”et godt konseptuelt, tematisk forskningsspørsmål er ikke nødvendigvis et godt dynamisk intervju spørsmål”(Kvale 2006:77)

Spørsmålene bør være med å skape en positiv interaksjon slik at informanten blir motivert til å fortelle om sine opplevelser. For å bidra til det lot jeg temaene komme i den rekkefølge som var naturlig for informantene. Når informantene for eksempel først var inne på tiltak og tjenestetilbud, penslet de ofte over til organisering. Når de la frem et godt resonnement føltes det ikke rett og gripe inn fordi de var på feilt sted. Tema var også mer beslektet med dette og det ble mer flyt i intervjuet.

I min intervjuguide tilpasset jeg enkelte spørsmål slik at den kunne brukes til de ansatte i psykisk helsetjeneste og en til samarbeidspartnere d.v.s. lege og sosialkontor. Det var en målsetting for meg at mine spørsmål motiverte til utfyllende svar og ikke bare ja nei svar. Etter en del bearbeiding av spørsmålene synes de å tilfredsstillende krav om å unngå ledende spørsmål. Formen på spørsmålene ble i hovedsak innledet med: *hvordan er din oppfatning av, hva mener du om, vil du si dette ,Hva legger du ikan du si litt om.....osv.* For mange hvorfor spørsmål ble unngått fordi de kan føre til at intervjuet blir intellektualisert og trolig ligner mer på en muntlig eksamen. (Kvale 2006:78)

Tilrettelegging av intervju

Jeg var innstilt på at intervjusituasjonen ville bli krevende og ønsket derfor å tilrettelegge for rammer som ivaretok informantene. Jeg hadde som mål å tilstrebe at forskningsintervjuet var preget av en metodisk bevissthet rundt spørreformen, med fokus på dynamikken i interaksjonen og en kritisk innstilling til det som blir sagt (Kvale 2006).

Jeg var på forhånd opptatt av at det var forskerrollen som var min rolle, en rolle som hadde en subjekt - subjekt tilnærming til informanten i motsetning til et subjekt - objekt forhold.

(Holter og Kallerberg 2002) Det vil si at forskeren selv er et "subjekt" med bestemmende, handlende og begrunnende vesen. Det samme er dem som studeres. Det var viktig for å få ærlige svar og ikke det som er "politisk korrekt". Utfordringen var å skape rammer slikt at informantene ikke gikk i forsvar, men følte seg trygg i situasjonen og ønsket å dele sin kunnskap. Selv om jeg ikke har spesialkunnskap til feltet har jeg med bakgrunn i arbeidserfaring utviklet en del holdninger. Det krevde at jeg både før, under og etter intervjuene arbeidet bevisst med meg selv i forhold til dette. Ifølge Holter og Kalleberg (2002) har en av samtidens sosialteoretikere problematisert dette forhold som samfunnsforskningens "dobbelhermeneutikk". Forskeren registrer og fortolker eksisterende fortolkninger i den sosiale virkelighet. I slike situasjoner kan man overidentifisere eller underidentifisere seg med andres holdninger og synspunkt. Utfordringen i feltforskningen blir å kunne veksle mellom tilstrekkelig nærhet og tilstrekkelig distanse (Giddens 1987).

Jeg planla å gjennomføre intervjuene på informantene sine arbeidsplasser, både ut i fra praktiske hensyn og med ønske om en trygg atmosfære. To av informantene var ikke på jobb slik at vi måtte finne alternative løsninger. Det ene ble gjennomført i hjemmet, mens det andre på et sykehus.

Av utstyr brukte jeg en mp3 spiller som lå litt diskret på bordet, etter tillatelse fra informanten. Selv om enkelte informanter snakket lavt ble kvaliteten på intervjuene svært gode på grunn av godt utstyr. Noen intervju bar preg av at informanten ønsket å fortelle og gi av seg selv, mens andre var mer en samtale mellom to parter. Det førte til at noen intervju var åpne og detaljerte, mens andre var mer korte, presise og oppsummerende. Noen av intervjuene varte i 1,5 timer mens andre varte i 1 time. Et intervju varte kun 40 min. Dette skyldes at informanten ikke hadde tid til mer. Intervjuet bar litt preg av tidspress, selv om informanten var svært konsentrert, effektivt og tydelig vant til å arbeide under slike forhold. På denne bakgrunn vil noen av informantene få ulik status i undersøkelsen, da noen blir mer sentrale mens andre blir mer perifere.

Som i så mange andre sammenhenger er de første minuttene alltid avgjørende for resultatet. *"Intervjuet er en scene hvor kunnskap produseres gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson"* (Kvale 2006:75). Jeg startet intervjuet med å vise til det mitt introduksjonsbrev som jeg sendte for et par måneder siden. Samtidig som jeg prøvde å skape en uformell og avslappet atmosfære med å kommentere lokaliteter, vær, transport etc. Mine åpningsspørsmål var enkle og ikke-truende og dreiet seg om en generell

bakgrunnsinformasjon som utdanning, stilling, ansvar og organisatorisk plassering. Ifølge Ryen (2002:101) bør forskerens kroppsspråk og ansiktsuttrykk uttrykke velvilje. Hovedintensjonen med åpningen bør være en form for oppvarming. Jeg informerte om frivillighet, opptaksutstyr, intervjuguide, anonymitet og sletting av materiale når oppgaven er ferdig.

Strukturen på mitt intervju var styrt av samme rutiner med utgangspunkt i intervjuguide, men jeg var rask å følge opp når jeg fikk andre innspill. Introduksjonen til selve undersøkelsen var henvisning til at staten gav føringer for hvilke idealer som skulle legges til grunn for det psykiske helsearbeidet. Jeg poengterte at jeg ønsket å finne ut hva som var situasjonen i feltet og at det var deres opplevelse jeg ønsket å fokusere på.

Etter en oppvarmingsdel spisset jeg temaet og gikk over til en konkret del der jeg ber informanten beskrive sin opplevelse av tilgjengelighet i den aktuelle kommunen. Denne delen går naturlig over i neste gruppe som tar for seg tiltak og tjenestetilbud. Disse første gruppene av spørsmål var enkle å besvare og førte til god flyt i samtalen. Neste gruppe gjaldt organisering og fikk ulik vektlegging i de to kommunene. Den ene kommunen var organisert som egen enhet med psykisk helsetjeneste mens den andre var organisert i sammen med hjemmebaserte tjenester. I den kommunen som var organisert i egen enhet, var tilfredsheten stor med lite uavklarte problemstillinger. I den andre kommunen hadde de fleste bakkebyråkratene en del misnøye med organiseringen, fordi den førte til fragmentering og delt faglighet. Leder i kommunen samt samarbeidsparter var mer tilfreds med organiseringen.

Neste gruppe som omhandlet brukermedvirkning gav inntrykk av at dette er et tema hvor en lett lar seg friste til å svare hva som er ”politisk korrekt”. Det var derfor til stor nytte å ha en del oppfølgingsspørsmål for å få det bedre konkretisert. Svarene knyttet til tverrfaglig samarbeid hadde informantene mange meninger om. Svarene rundt rollen til psykiatrisk sykepleier var derimot litt mer diffuse, og krevde oppfølgingsspørsmål for å konkretisere hva jeg ønsket å vite mer om.

Selv om jeg hadde relativt åpne spørsmål til de ulike tema var det i mange sammenhenger behov for oppfølgingsspørsmål. Noen svarte kun korrekt og presist uten videre oppfølging. Spesielt to av informantene var svært snakkesalig og hadde i vesentlig mindre grad behov for oppfølgingsspørsmål. I disse intervjuene lot jeg dem snakke selv om de gikk frem og tilbake

mellom temaene. Det følte rett å la dem snakke fritt i størst mulig grad fordi de hadde mye å bidra med.

Enkelte ble veldig engasjert når de kom inn på historier i jobbsammenheng som gjorde dem frustrert. I disse situasjonene var jeg lyttende og brukte tilfeldige sufflørord ("floating prompts") teknikker hentet fra dagligdags kommunikasjon. Ryen (2002) argumenterer for at når denne fasen fungerer må man få den til å vedvare ved hjelp av oppfølgingsspørsmål eller ovennevnte teknikker.

Fra tale til tekst

Alle intervju er tatt opp med en mp3 spiller av god kvalitet og senere transkribert. Jeg startet transkriberingen rett etter intervjuene var tatt slik at jeg var à jour til neste intervju. Dette skaffet meg en oversikt over at utstyret fungerte. Vel så viktig var gjerne at jeg oppdaget at jeg var for kjapp i spørsmålstilling, stilte nye spørsmål og avbrøt informanten for å presisere egne spørsmål. Dette ble rettet i neste intervjurunde.

Ifølge Kvale (2006:102) er utskriften ikke absolutte data men kunstige konstruksjoner av kommunikasjon fra muntlig til skriftlig form, der overføringen medfører en rekke vurderinger og beslutninger. Når jeg overfører mitt materiale fra opptaker til papir må jeg ta noen valg som gir konsekvenser for reliabiliteten i undersøkelsen min. For å kvalitetssikre innholdet spolte jeg fram og tilbake til jeg mente innholdet var riktig framstilt. Det første intervjuet brukte jeg 3, 5 timer på å transkribere et intervju på 1,5 timer. Dette gikk bedre etter hvert.

Alle 10 intervjuene er skrevet ned fullt ut for å sikre best mulig gjengivelse. Unntakene er i de situasjoner der intervjuene inkluderer detaljer som stillhet, latter, vitser, mine uttalelser etc. Der det er halve setninger om et tema som ikke blir fullført, har jeg ikke tatt med fordi det ikke gir mening. Ved å la informantene lese gjennom intervjuene ville trolig styrket reliabiliteten i undersøkelsen. Jeg har likevel valgt å ikke gjøre dette, fordi opptakene er av svært god kvalitet i tillegg til at jeg har transkribert fullt ut.

Oppsummering

I intervjuundersøkelsen mener jeg å ha brukt informanter som har sentrale roller knyttet til tjenesteytelser i psykisk helsetjeneste. Bruk av både psykiatriske sykepleiere, lege og sosionom, har belyst tema fra ulike innfallsvinkler. I begge kommunene var legene aktivt med i utvikling av psykisk helsearbeid, med utarbeiding av overordnede planer. Med bakgrunn i at opptrappingsplanen har ti års virketid, var det viktig å få tjenesteytere som har praksiserfaring fra samme periode. Lederne av psykisk helsetjeneste hadde lang erfaring fra praksisfeltet i egen kommune. Interessen for studiet og engasjement under intervjuene synliggjorde at informantene er svært opptatt av yrket sitt og videreutvikling av tjenesten.

Når jeg vurderer validiteten i dataene, er jeg trygg for at informantene har gitt meg mest mulig oppriktige svar i tolkingen av sin hverdag, på et tidspunkt, og i samtale med meg. Dersom noen har gitt taktiske svar, kan jeg likevel ikke se at det kan påvirke de hovedmønstrene jeg mener å kunne se. Kvalitativt intervju som metode har fått fram bakkebyråkratene sitt syn på hva som er virkeligheten i de respektive kommuner, med bakgrunn i de idealene som ble lagd. I ettertid ser jeg at det trolig kunne vært nok å intervju en kommune, særlig fordi den ene kommunen hadde store variasjoner i utøving av tjenestene. På den annen side var det en interessant erfaring at de to kommunene hadde svært like utfordringer. Disse utfordringene vil bli presentert i resultatdelen. Det vil også være riktig å påpeke at informantene på mange måter har faktorer som gjør dem like. Det begrunner jeg med at de ikke har kommet fram med kontroversielle synspunkt eller holdninger, på tross av at de representerer ulike kommuner. Jeg har vist hvordan dataproduksjonen har foregått, ved bruk av halvstrukturerte intervju.

For å få fram meningsfulle elementer i datamaterialet, valgte jeg å systematisere disse i ulike tema på data, ved hjelp av nøkkelord og nøkkelsetninger. Nøkkelordene var hovedsakelig tatt ut av tema i guiden som for eksempel: tilbud, tilgjengelighet, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, særomsorg. Nøkkelordene var utgangspunkt for kategorier og sortering av de ulike enhetene. (Ryen 2002:150) Når jeg skulle bruke nøkkelsetningene var det nødvendig å gå tilbake å studere hvilken sammenheng den var tatt ut i fra. En del uttalelser som kunne blitt plassert i flere kategorier, ble plassert i den mest aktuelle. Nøkkelsetningene ble markert etter ulike farger og kodet etter hva de beskrev. Jeg fikk allerede på et tidlig stadium en forestilling om hvilken retning analysen ville ta, selv om enkeltelementene talte for seg. På denne måten startet en pendling mellom delene og helheten. Ved nøyere gjennomgang av materialet fant jeg grunnlag til å kategorisere enkelte deler. De kategoriene

jeg satt igjen med var: uklare ansvarsforhold, uklare roller, hvem velges vekk, toleranse, normalisering. Det var disse dataene som dannet grunnlag for resultatdelen.

5. RESULTATER

I forrige kapittel redegjorde jeg for hvordan mine data tok form med begrunnelser i valg av metoder og kasus. Fordi datainnsamlingen vektlegger informantenes egne opplevelser på i mange måter sin egen jobbutøvelse, har utfordringene vært knyttet til det å få ærlige svar. På bakgrunn av stor velvilje hos informantene til å delta i studiet og stort engasjement i intervjusituasjonen opplever jeg at informantene er brennende opptatt av yrket sitt og de utfordringer de står ovenfor.

Et tydelig funn er at data er preget av at valgte informanter har nære relasjoner med brukerne samtidig, som de er i en posisjon hvor de har stor påvirkningskraft til å forme tjenestene med bakgrunn i fagprofesjon og stilling. Det er en generell forståelse av at på tross av at det er en trend i tiden å snakke om brukermedvirkning har informantene fremdeles stor makt overfor brukerne. Det synes likevel lettere å snakke om brukernes hverdag enn å gå dypere inn i problemstillinger knyttet til organisering av tjenestene. Dette tolker jeg til å handle om at det har foregått lange og følelsesmessige strukturendringer i spesielt den ene kommunen og den prosessen er nå landet, og en har blitt fortrolig med at sånn blir det.

Jeg fikk også i intervjuet ta del i den maktesløsheten som preger en bakkebyråkrat når de står fram som representanter for tildeling og har ingenting å tildele. En av informantene viste til en historie der en bruker stod uten penger i flere måneder i mangel på en psykolog uttalelse. Brukeren som betalte barnebidrag, husleie og andre faste utgifter, ble kastet ut av sin bolig og fikk en kraftig forverring av sin psykiske sykdom.

Det var et viktig argument at jeg valgte to kommuner for å få større bredde i datasamlingen og ikke med utgangspunkt i en sammenligning av to tjenester. Det har likevel vært tydelig at enkelte faktorer som ulik organisering kan slå ut forskjellig i de to kommunene. Jeg mener det er nødvendig å kommentere dette når jeg synes det har relevans for tolking av materialet. Før jeg går videre med analysen vil jeg argumentere for at informantene har mange faktorer som gjør dem like, selv med ulik profesjon, ulik organisering og med tilhørighet i to ulike

kommuner. Jeg kategoriserer informantene som like fordi det ikke har kommet fram i studiet at de har kontroversielle holdninger eller synspunkt, slik at det ikke er tydelig å se forskjeller i data med bakgrunn i hvilken profesjon eller kommune dataene stammer fra. Det er tydelig i datamaterialet at kommunene har samme utfordring knyttet til hvem psykiatrien ikke fanger opp, hvilke brukere som ikke klarer å nyttiggjøre seg av tilbudene, og de som en ikke klarer å gi et fullverdig tilbud til. Det kommer likevel tydelig fram at ansvaret for dette bør ligge på et høyere nivå.

Selv om informantene i studiet argumenterer for at det er mange personer i kommunen som burde hatt større livskvalitet i hverdagen synes det likevel å være en felles oppfatning om at dette er utfordringer som de ikke klarer å gjøre noe med. Jeg tolker det til at de mener at innenfor deres handlingsrom knyttet til ressurser og definerte oppgaver mener de at de gjør så godt de kan. Samtidig har de forståelse for at det er ønske med endringsprosesser for å gjøre ting bedre. Det har heller ikke vært et prioritert emne for meg i innhenting av data fordi jeg har valgt å fokusere på hva som er status i psykisk helsetjeneste ut ifra de ansatte sin virkelighetsoppfatning. På bakgrunn av det materiale jeg har samlet inn ønsker jeg å se det i en litt større sammenheng med å vinkle dette opp i mot at data kan være et bidrag til å gi styringssignal i utvikling av tjenestene og få en politisk prioritering av problemstillingene.



Hovedfunn i undersøkelsen

I figur 1 - viser jeg til hovedfunn i den kvalitative undersøkelsen.

Første boks til venstre skisserer statlige mål og strategier, samt gjennomførte tiltak i kommuner og spesialisthelsetjenester. Andre boks (i midten) skisserer på hvilke områder vi ikke har lykket. Siste boks skisserer at konsekvensene av tiltakene fører til at en del

mennesker med psykiske lidelser får et manglende tilbud og kan i verste fall oppleve utstøting. Figuren skisserer at kommunens strategier knyttet til avvikling av særomsorg gir utilsiktede konsekvenser (i midten) og fører til at mennesker får manglende tilbud og utstøting.

Uklare ansvarsforhold:

Uklare ansvarsforhold var et funn som knyttes til manglende ansvar for brukerne og kan føre til manglende tilbud og utstøting. Et av virkemidlene i avvikling av særomsorg var oppretting av DPS- distriktpsikiatriske sentre for å ivareta de brukerne med behov for høyere kompetanse enn det som finnes i kommunen. Flere av informantene i den ene kommunen påpekte ansvarsfraskrivelse fra DPS som førte til at brukere særlig med rus/psykiatri ikke fikk et tilbud, fikk et dårligere tilbud, eller ble sendt hjem før en var ferdigbehandlet. Akutte innleggelses med rus og psykiatri ble lagt inn på sykehuset selv om DPS har krisesenger. Samarbeidet med DPS ble av flere informanter oppfattet som *”innviklet og av og til ikke verd papiret det er skrevet på.”* En av informantene gav uttrykk for sin frustrasjon over at akuttambulanseteam ikke fungerte. *”Legges de inn på tvang, må vi kjøre fort tilbake, så vi kommer hjem før dem. De fakser en paragraf så er de ute igjen.”*

Bakkebyråkratene i DPS har en utfordrende jobb med ulike forventninger fra ledelse, brukere og omgivelse samtidig som de skal forholde seg til lover og regler. De utvikler derfor ulike måter å takle sin situasjon på ved å sette grenser for krav og nyttemaksimere tilgjengelige ressurser. I tillegg til at offentlig politikk inneholder målsettinger, lover og regler vil praktiseringen av dette være vel så like viktig (Lipsky 1980). I møte mellom tilsatt og bruker av tjenesten eller publikum etableres rutiner for takling av arbeidspress. Disse byråkratene har en viss selvstendighet og påvirker utformingen av politikken i utøvelsen av sitt yrke.

Ressursene kan oppleves som kronisk utilstrekkelige i forhold til oppgavene. Fordi det er både avgrenset tid og informasjon blir vedtak fattet på sviktende grunnlag. Brukere står ifølge informantene uten tilbud, eller sendes hjem før tiden og kommunen står igjen med ansvaret. Målsettingene for virksomhetene er ofte vage og motsetningsfylte. Uklare mål og liten feedback, kan føre til at bakkebyråkratene opptrer på egne veier: *”på papiret er det greit nok, ingen avvik på tilsyn, men i realiteten oppleves ansvarsfraskrivelse”*. En av informantene

viser også til at helseregionen står ovenfor stadige effektivitetskrav. DPS har vært fredet på grunn av opptrappingsplan men må nå framover i større grad vise til resultater, fordi de øremerkede statlige midlene tar slutt og blir en del av rammeoverføringene.

Uklare roller - terapeut eller tilrettelegger?

Uklare roller og forventninger kan skape ansvarsfraskrivelse og gi manglende tilbud til brukerne. Rollen som terapeut kan knyttes til sykdomsmodellen, der psykiatrisk sykepleie og behandling er kjernevirksomhet. Tilretteleggerrollen knyttes gjerne til normaliseringsmodell, der kunnskapsbase er preget av rehabilitering med hjelp av ulike profesjoner (Norvoll 2002). Ingen av informantene ønsket å karakterisere seg som terapeut, men pekte på nødvendigheten av å ha en terapeutisk rolle som fagperson. Den ene kommunen hadde stort fokus på språket som virkemiddel og synes tilrettelegger er et begrep de kunne assosiere seg med. Tilrettelegger blir definert med fokus på fungering i hverdag, orden, økonomi, mat, bygge små skritt i trappen (mestringstrinn), der brukerne er eksperter på seg selv. En av informantene beskriver at terapeutisk effekt i samhandlingen går ut på at møte med mennesket der de er, det som skjer når de kommer med sine "bører", "ydmykheten" som må bevares. Selv de som er tydeligst på tilretteleggerrollen, kommer fram med at de prioriterer samtaleterapi høy. En av disse informantene uttrykte det slik: *"viktig å alltid være nysgjerrig på det som er inne i folk, de har rikt indre liv, og kjedeligste samtaler kan bli interessante"*.

Missforhold i forventninger og anerkjennelse mellom ansatte i den ene kommunen og det tilbudet DPS gir i forhold til terapeutisk behandling synes å være en felles oppfatning. En av informantene uttrykker det slik *"-2.linje verdsetter oss ikke- ser oss som håndverkere"*. Dette grunnis med forventninger fra kommunen om at henvising til 2.linje dreier seg om en psykolog eller psykiater, og ikke en psykiatrisk sjukepleier, fordi det er å holde pasienten for narr. Jeg tolker at det trolig ligger en antydning om at psykiatrisk sjukepleier har kommunen selv. En av informantene (lege) bekrefter situasjonen og hevder at de psykiatriske sjukepleierne på DPS opptrer som *"store terapeuter"* bedre enn psykologene.

Målsettingene for virksomhetene er ofte vage og motsetningsfylte. Uklare mål og liten feedback, kan føre til at bakkebyråkratene opptrer på egne veier og tar på seg ulike roller. (Lipsky 1980) Det synes å virke som at informantene i psykisk helsetjeneste ikke vil

assosieres med terapeutrollen, selv om de i tanker og resonnement tiltar rollen i ulik grad. Det kan skyldes at begrep som behandlere og terapeuter knyttes til 2. og 3 linjetjeneste som sykehus og poliklinikk. Det vil derfor i seg selv være politisk ukorrekt. Når det likevel er tendenser til dette kan det ha sammenheng med liten tilgjengelighet og fravær av psykolog og poliklinikk i kommunen. Det vil trolig føre til at kommunene bygger opp sine tjenester i varierende grad ut i fra nærhet og tilgjengelighet. Trolig vil det være forskjeller fra bygd til by, men det er ikke tema i dette studiet.

I den ene kommunen var psykisk helsetjeneste slått sammen med heimetjenestene og organisert under ulike virksomhetsledere. Et interessant funn var at psykiatrien var fragmentert med lite samarbeid på tvers av områdene. I et virksomhetsområde var tilretteleggerrollen sterk mens i et annet var terapeutrollen dominerende. Det vil si at i området med tilretteleggerdimensjonen hadde en ansatte i ulike profesjoner med tilbud hele døgnet, også helg. I et annet område med terapeutdimensjon dreide tilbudet seg om samtaler på dagtid med sykepleiere. Det tydet på at tjenesteytingen var et resultat av en etablert kultur det respektive området. Det er sannsynlig at dette har sammenheng med innføring av flat struktur i kommunene og strukturerende krefter i organisasjonen som trekker i ulike retninger, i denne sammenheng krefter som streber etter autonomi(Mintzberg 1989).

Hvem velges vekk?

På tross av at lovverket om tildeling av tjenester til de med psykiske lidelser omfatter alle som til enhver tid omholder seg i kommunen, vil muligheten for prioritering være tilstede.

Bakkebyråkratens praktisering av lover og regler vil være avgjørende for det tilbudet som gis. Et av hovedfunnene i analysen viser at noen brukergrupper "velges" vekk.

Det er personer med problem knyttet til rus og psykiatri som er den største utfordringen for psykisk helsetjeneste. Dette er en gruppe som øker i omfang, med stadig større utfordringer. I tillegg til rus og psykiatriproblematikk mangler disse personene ofte en bolig, jobb, nettverk, penger, som er kjerneelementer i en trygg tilværelse. Samtidig øker press på byråkratene fra pårørende som krever at tiltak blir iverksatt. Det er vanskelig å finne tilfredsstillende løsninger som varer. Det fører til at denne gruppen blir gjenstand for ansvarsfraskrivelse fra byråkratene, som på sin side opplever maktesløshet.

Eldre hjemmeboende med psykiske lidelser er en annen gruppe som av ulike grunner blir vurdert til å få hjemmebaserte tjenester dvs. primært renhold: *”85 år får lite tilbud av oss, hvis de får tilbud får de av hjemmesykepleien, psykisk helsetjeneste går ikke inn på sykehjem, hvis de er hjemmeboende” – ”kan de nok få det”*. Eldre brukere blir kategorisert ut i fra om det er nyoppdaget psykisk lidelse eller noe de har hatt hele livet. De som har hatt sykdom hele livet finner en det vanskelig å prioritere og det argumenteres for at de ikke klarer å skape forbedring i tilstanden deres, slik at de har ingenting å tilby: *”vi har generelt litt sperrer til 70-80 åringer, de som har hatt spesiell personlighet, vi blir ”selskapsdamer”, for vi evner ikke få forandring, vi får ofte kjeft av hjemmesykepleien som trenger hjelp, men de ”eter oss opp”*.

Et stort antall som får uføretrygd har også psykiske lidelser ifølge forskning. NAV har ifølge informantene generelt satset på friske eller de som kan komme ut i ordinært arbeid. Det fører til at de som er blitt uføre kommer ut av systemene og får liten oppfølging om de ikke selv tar kontakt. En del ad hoc, med tidsbegrenset sjukemeldinger pga psykiske lidelser som ikke tar kontakt med tjenesten. I tillegg finnes dem uten diagnose ”de tause” gjerne sosial kasus som en ikke fanger opp. *”vi har ca.10 personer (fra 18 år) som ikke fungerer i samfunnet, med sosialt forfall, en del av dem er psykisk syke, naboer ringer, politiet ringer, de tar ut på nettene, folk blir utrygge”*.

Det ser ut til å være de samme prioriteringene i begge kommuner når det gjelder kategorisering og ”bortvelging” på tross av ulik organisering i kommunen. Det er et viktig kjennetegn ved bakkebyråkratene å kategorisere, d.v.s. forenkle brukeres situasjon for å kunne behandle sakene. Gjennom denne prosessen ”people processing” lager bakkebyråkratene klienter av folk. Dette kjennetegnes av at det er klientinformasjon og ikke informasjon om den enkelte person som er viktig. Det viktigste arbeidet til bakkebyråkraten blir derfor å få fram rett informasjon for å plassere den enkelt i rett kategori (Prottas 1979).

Det kan synes å være en trend i disse to kommunene at sosialkontoret er mer tolerant enn psykisk helsetjeneste, når det gjelder håndtering av personer med avvikende adferd knyttet til rus og psykiatri: *”rusmisbrukere håndtere de ikke, er redd for dem, ikke fordi de er truende men har truende språkbruk”*. En vanlig oppfatning er at rusmisbrukerne ser hvor langt de kan gå, er ikke takknemlig, slenger døren i deg og ber deg gå en viss plass. De skriver seg da ut av tilbudet. En av informantene argumenterer for at en fagperson ikke kan følge på verken opptur

eller nedtur, når personen har dette. Det virker som at psykisk helsetjeneste har liten erfaring med oppsøkende virksomhet og denne type relasjoner. Bakkebyråkratene har behov for utvikling av autonomi for å følge egne interesser og være fleksible i forhold til sine omgivelser fordi disse kan være komplekse og skiftende (Prottas (1979)).

Toleranse for de "unormale" (har skammen flyttet seg?)

Bakkebyråkratene skal på grunnlag av utdanning og erfaring, ha utviklet kompetanse på holdninger og verdier knyttet til stigmatisering. Et viktig spørsmål i den sammenheng vil omhandle om dette gjenspeiles i bakkebyråkratenes adferd. Summen av målsettinger, lover og regler samt praktisering danner grunnlag for den offentlige politikken. En enda viktigere problemstilling kan være om avvikling av særomsorg fører til stigma. Det ville i så tilfelle være et intrikat paradoks. Et av hovedfunnene kan tyde på at dette kan være en utilsiktet konsekvens.

Stigma og isolasjon er de to største utfordringene i psykisk helsetjeneste. Selv om det har skjedd mange endringer med "Bondevik syndromet" og større åpenhet er det en oppfatning at det er lang vei å gå.

Stigma og isolasjon knyttes til de to største utfordringene til psykisk helsetjeneste. Selv om det har skjedd mange endringer med "Bondevik- syndromet" og større åpenhet, er det en felles oppfatning at det fortsatt er en lang vei å gå.

Det er tydelig oppfatning at mange fagfolk setter folk i bås, med ordets makt for eksempel narkomane, tjuver, schizofrene. Har personer vist spesiell oppførsel, for eksempel høyrøstet, truende, stjeling, dannes et stempel som henges ved dem også når de har blitt stabile. Stigma har gradforskjeller fordi merkingen varierer med i hvilken grad den setter personen utenfor. Personen kan bli sterkere eller svakere tilknyttet en rekke negative egenskaper, og avvisingen/utstøtingen kan være mer eller mindre uttalt. Merking eller stempling som tegn på negative trekk, fører til at de stigmatiserte viser sekundært atferdsavvik, hemmeligholdelse, tilbaketrekning som middel for forsvar, angrep eller tilpassing. En merket person som begynner å oppfatte seg som annerledes, viser en form for selvstigmatisering (Lyngstad 2000). En del av informantene mener å tyde at brukere opplever stigmatisering i ulike situasjoner. Noen vil ikke ha samtaler med psykiatrisk sykepleier fordi andre kan se det, noen er redd for å gå tur og å bli sett, noen vil ikke ta i mot tilbud på dagsenter og noen unngår å si

de har vært på Dale. Frivillighetssentral kan oppleves som et lavere terskeltilbud og mindre stigmatiserende: ”de som slite mest, ser en det ikke utenpå”.

Det er lang vei å gå også generelt i samfunnet. Naboer vil ikke ha dem rundt seg og lager store protester ved etablering av bokollektiv nært et boligfelt. På den annen side opplever fagfolk at det er behov for større åpenhet for å få tak i dem som skal bo der, og ikke dekke til. Manipulering er en ”god” og nyttig egenskap i rusmiljø, men blir forståelig nok et problem i et normalt miljø. Det er en nødvendig egenskap at fagfolket har etablert forståelse for at manipulering er et ”redskap”, at de ikke er sånn, at de ikke er ”løgnere”. Dette krever en stor grad av empati.

Avvikling av særomsorg og integrering har skapt nye problemstillinger. Bolig er ofte en av de store utfordringene knyttet til personer med psykiske lidelser. Mange ønsker seg et fellesskap og vil være der folk er. Samtidig fører boform til at de utsettes for stigmatisering. Mye tyder på at bosetting i spredt utover kommunen skaper mye isolering fordi mange av dem har lite av de ytre ressursene som jobb, penger, familie og nettverk. Tidligere fantes det originaler som en på mange måter hadde et avslappet forhold til. Det kan virke som toleransen generelt i samfunnet for avvik har endret seg mye: ” Før var det blotting og politiet snakket med dem, toleransen var høy, mens det nå er hysteri”.

Har skammen flyttet seg? Det vil være vanskelig å komme med bastante uttalelser knyttet til individuelle opplevelser og skam. Det er likevel interessant å reflektere over om skammen har flyttet seg av to årsaker. Den ene er at det er mye større åpenhet generelt i samfunnet knyttet til psykiske lidelser. Alle har en slektning med en eller annen tilknytning til psykiske lidelser, og det er lite oppsiktsvekkende å høre at folk går til psykolog. Det andre er at de som går ut med orientering omkring dette kanskje er dem som har ordnete forhold i en ”normal” tilværelse. For dem som mangler både indre og ytre ressurser kan det tenkes at bilde er et annet og skammen blir en forsterking av det hele. Det er trolig disse det gir størst konsekvenser for når en tar skammen i betraktning i et perfeksjonistisk og instrumentalistisk samfunn.

Normalisering – en illusjon?

Det var en etablert oppfatning hos informantene at vi er midt i en integrering uten å være normalisert. Informantene hadde felles oppfatninger om nødvendigheten for at disse

personene bør delta i arbeidsliv, fritidsaktiviteter, sosialt nettverk etc. ”reise til Skagen på ferie, eller dra til byen og ta en pils”, slik andre gjør. Det var også en felles forståelse for at medborgerskap og likeverd knyttes til verdiene hos byråkratene. Noen av informantene setter fram språket som et viktig virkemiddel ” ikke folk med sammensatte problem, men folk med behov for sammensatte tjenester.” Andre trekker fram at de har et bevisst forhold til dette og tar i bruk trappetrinn modellene som går ut på å ta de små skritt først før en tar neste trinn, men med målsetting å gå oppover i trinnene.

Det kom tydelig fram at dette er fine tanker, men ikke for enhver pris: ”hadde ikke ofret ungene mine, hvis det er farlige folk må samfunnet beskyttes” Informantene har en fellesoppfatning om at det er en del brukere relatert til rus og psykiatri som de ikke ønsker å ha noe særlig samkvem med. Dette argumenteres ut i fra at rusmisbrukerne er forskjellige fra dem og at de har sitt nettverk. ”dersom en rusmisbruker flytter inn, hadde ikke jeg sprunget på besøk”.

Informantene bekrefter at det er en del uvitenhet i samfunnet: ”mange er livredd narkomane”. Til tross for at bakkebyråkratene mener å ha et bevisst forhold til at brukere av psykisk helsetjeneste ofte blir stigmatisert, kan det synes som om det er manglende samsvar mellom teori og handling. Noen av informantene ”håper” de ansatte har mer innsikt, men er på ingen måte overbevist om dette. Flere hadde tanker om at bakkebyråkratene ikke var bedre enn andre. Dette tydeliggjøres også med at brukere kan oppleve stigmatisering hvis de stadig faller igjennom når de henvender seg, eller at en opplever å bli dårlig behandlet på første møte. Noen av informantene peker på nødvendigheten av å typekategorisere i forhold til språkbruk for å overleve. Bakkebyråkratene kategoriserer for å forenkle brukers situasjon når de behandler saker dvs. lager klienter av folk (Prottas 1979).

Det var en fellesforståelse for at integreringen har gått for langt i forhold til de tyngste og dårligst fungerende, med voldsproblematikk, kriminalitet, rus, psykiatri, nedverdiggende boforhold etc. Brukere som stjeler i butikken når de har med seg støttekontakt. En del av brukerne mangler bomestring og har behov for å få ryddet i hjemmet. Maktesløsheten hos bakkebyråkratene kom også til uttrykk slik: ” det stilles for store forventninger til omsorg, vi er tross ikke politi”. Noen av informantene uttrykte at enkelt brukere med dobbeldiagnose rus og psykiatri ikke kunne være i bufellesskap eller nabolag, fordi folk er redd dem, ” folk går omvei når de treffe dem”.

Store utfordringer knyttes til manglende boliger. Det er bygd opp boliger til LAR (lege assistert rehabilitering) brukere, fordi de ikke får bolig på det private marked. Disse boligene har liten sirkulasjon og lite fleksible løsninger, fordi en må unngå å sette "feile" folk i sammen. Det vil si "jeg svake" som ikke bør ha fellesskap med rusmisbrukere. En informant peker på at noen med rus og psykiatriproblematikk ikke kan være i bofellesskap eller i et nabolag, "en illusjon at de blir integrert" og mener særomsorg er eneste utvei. Informanten mener en del burde vært lagt inn på tvang. Altfor strenge kriterier for rusbehandling at de skal være rusfri i et halvt år. "beste måte å hindre folk i å få noe som helst".

DPS skriver ut brukere, hvis de har utagging. "hvis vi ikke kan ha personale i "skjeve hus" må de få en bolig langt unna - så går vi inn rydder 1 gang i halvåret". Etterfølgende latter hos informanten tolker jeg til å handle om den maktesløsheten bakkebyråkraten er i. Integrering i samfunnet som i virkeligheten handler om ansvarsfraskrivelse og at løsning blir å sende dem langt vekk fra folk. En av bakkebyråkratenes mestringsstrategi om justert målsetting for å minske gapet mellom mål og ressurser, setter dette inn i rett perspektiv (Lipsky 1980).

Det blir også problematisert at NAV har satset på ordninger til folk som skal bli frisk, og tilbakeføres til ordinært arbeid. Men har manglende tilbud til ad hoc basert, dvs. jobbe når en er frisk til det. De som mottar uførepensjon blir lett glemt ut og blir sittende i egen bolig, fordi de har lite å gå til. I mange tilfeller dreier dette seg om psykiske lidelser. Det knyttes i den sammenheng store forventninger til om Nav reformen klarer å endre dette.

Tildelingskriterier

Hvordan kommunen organiserer tildeling av tjenestene kan være en viktig faktor for i hvilken grad kommunen opptrer som en særomsorg når det gjelder psykisk helsetjeneste.

Tildelingsregler er et utgangspunkt for hvilke brukere en har et ansvar for, men sier lite om hvordan prioriteringen foregår.

I begge kommuner er det satset på lav terskel og høy tilgjengelighet til tjenestene. Dette er i samsvar med statlige føringer og opptrappingsplan. Kommunens søknader om tildeling av

tjenester til personer med psykisk helsetjeneste, kan gå gjennom lege for rekvisisjon, bestillerkontor, eller direkte til den aktuelle enheten som utfører tjenesten i kommunen. I begge kommuner har de valgt en ordning der søknadene kan gå direkte til tjenesten uten å gå via lege, for å sikre at det er kort vei inn. Mange søknader kan også komme fra lege fordi pasientene har vært til konsultasjon. Ulike tildelingsrutiner kan være et interessant perspektiv på vurdering av særomsorg. I dette studiet blir disse vurderingene flyktig behandlet og vil ikke gi grunnlag for bastante konklusjoner.

Psykisk helsetjeneste i en av kommunene er organisert i egen enhet under helse. Søknader kommer direkte til tjenesten eller som rekvisisjon fra lege. Mottatte søknader sendes kartleggingsteamet dvs. 4 personer med psykiatrisk eller vernepleiefaglig bakgrunn. To av dem går ut på kartleggingsbesøk og sender vurderingen til tiltaksmøte. Tiltaksmøte som fatter vedtak er representert av fagfolk innen psykiatri. Det kom fram av intervjuene nødvendigheten av tidsperspektiv og målsettinger for å få rehabiliteringstanken innarbeidet både hos bruker og tilsette. Det ble også tydelig presisert at rehabilitering innen psykisk helse ikke nødvendigvis betyr en bestemt periode, men heller at fagfolket er tilstede i de perioder det trengs og trekker seg ut når behovet blir redusert.

Psykisk helsetjeneste i den andre kommunen er organisert under hjemmebaserte tjenester. Søknaden kan komme som en papirlapp til bestillerkontoret i kommunen, som søknad eller henvising fra lege. Det er satset på lav terskel for søknad om tjenester, og disse vurderes fortløpende. Bestillerkontoret har ikke sykepleier kompetanse eller spesialutdanning i psykiatri, men innhenter informasjon i organisasjonen etter behov. Vedtak i enkeltsaker kan også fattes på grunnlag av en telefonsamtale med bruker. Vedtak sendes til sykepleierne i de respektive områdene, i for å iverksette tiltakene. En av informantene mente at det ofte ikke var samsvar mellom vedtak og behov. Det kom fram i intervjuet vektlegging av rask søknadsbehandling og lett tilgang til tjenester uten å gå gjennom byråkratiske prosesser.” En dør” inn til tjenestene uansett om behovet er psykisk helsetjeneste, eller hjemmebaserte tjenester, sikrer oversikt, forutsigbarhet, tydeliggjøring og effektivisering. Lik behandling og en mer rettferdig fordeling av tjenester var et mål for etablering av bestillerkontoret i kommunen.

Kriteriene i begge kommuner er differensiert etter brukers fungeringsnivå d.v.s.

- grad av funksjonshemming

- handikap
- helsesvikt ved psykiske problem og lidelser
- kriser ved psykiske påkjenninger.

Kriteriene (grovt forenklet) i begge kommuner synes å være rimelig like og dekke samme brukergrupper. Begge kommuner vektlegger funksjonsnivå til bruker uten å kategorisere etter diagnoser og lidelser. Det er vanskelig å lese ut av kriteriene hvem som ikke blir prioritert, fordi de virker å omfatte alle med en eller annen funksjonsnedsettelse på grunn av psykisk lidelse. Tildelingskriteriene sier noe om hvilke brukere kommunen har ansvaret for.

Begge kommunene tydeliggjorde i tildelingskriteriene at suicidal, alvorlig psykisk lidelse og kriser har sykehus, spesialisthelsetjeneste og kommunen et delt ansvar for. Informantene i studiet uttaler at de mest alvorlig syke ofte blir gjenstand for ansvarsfraskrivelse og ”kasteballer ” i systemet. Tildelingskriteriene er også visualiseringsverktøy for bakkebyråkratene sitt ansvar. Kriteriene er likevel så rundt formulert at de åpner opp for individuell behandling og skjønnsvurdering. Det ville vært interessant å finne ut om organisering i egen enhet dannet ”skott” eller ”usynlige vegger”. Det ville også vært interessant å finne ut om organisering integrert i annen tjeneste, ville gi mindre faglighet og mindre usynlig tjeneste. Disse problemstillingene er likevel ikke del av resultatene i studiet.

Bakkebyråkratene bidrar med offentlige tjenester men skal og samtidig ivareta en viss kontroll (Lipsky 1980). I dette ligger det at de skal stille krav til brukerne men må også ta stilling til brukers troverdighet. Det kan være en utfordring fordi det er lett å tillegge brukerne egenskaper ved å kategorisere dem. Dette gjelder spesielt ovenfor brukere med rus og psykiatri. Kan av og til synes som det er en forventning om at de blir kastet ut før de er kommet innenfor dørene.

Påstander om at byråkratiet er arbeidsintensivt handler om at arbeidsoppgavene er basert på samhandling og lar seg ikke effektivisere. Fordi det er både avgrenset tid og informasjon blir vedtak fattet på sviktende grunnlag. Manglende ressurser kan også ha sammenheng med mangelfull opplæring eller liten erfaring hos arbeidstakerne. Målsettingene for virksomhetene er ofte vage og motsetningsfylte. Uklare mål og liten feedback, kan føre til at bakkebyråkratene opptrer på egne veier. Bakkebyråkratene kommer opp i situasjoner som krever empati og fleksibilitet. I en del kompliserte saker vil det være vanskelig med retningslinjer slik at en må nytte stor grad av skjønn. Bakkebyråkratene står også ovenfor

stadige effektivitetskrav samtidig som de blir direkte konfrontert med brukernes reaksjoner på avgjørelser. Bakkebyråkratene kommer opp i situasjoner som krever empati og fleksibilitet.

Terskel for å få hjelp kan knyttes til både organisering og holdninger. Brukere med rus og psykiatri problematikk er ofte ustabile, klarer ikke stå ut et løp, få en avtale og holde den. Det kan ofte føre til at de er uforutsigbare og vanskelig å forholde seg til for bakkebyråkratene. I en av kommunene hadde sosialtjenesten ansvaret for oppfølging av rusmisbrukerne i botiltak. Svært mange av dem har også dobbeltdiagnose rus/psykiatri. I intervju kom det fram at sosialtjenesten lettere fikk gode relasjoner til rusmisbrukerne. Noe av grunnen til det har sammenheng med at de sitter på pengesekken. En av informantene peker på de to nødrettene som gjør at de får dem i fanget: *”tak over hodet og mat i munn”*.

Særomsorg - har vi lykket med avvikling eller gått for langt?

Det er felles enighet blant bakkebyråkratene på at vi ikke har nådd målet når det gjelder normalisering, medborgerskap, og integrering. Dette har også sammenheng med holdninger, verdier knyttet til psykisk syke og stigmatisering. Selv om informantene ønsker å tro at fagfolket er bedre på dette, er det likevel mye som taler for at det er en sannhet med visse modifikasjoner. Dette tydeliggjøres i uttrykk og handling. Bruk av kategoriseringer på brukerne som schizofrene, tjuver, narkomane, rusmisbrukere etc. synliggjør dette. Selv om dette på mange måter kan være et ”verktøy” i en tildelingssituasjon, er det vanskelig å argumentere for bruk i andre sammenhenger.

Mye tyder på at avvikling av særomsorg har ført til at en del brukere har manglende tilbud. Tildelingskriteriene og praksis tilsier at en del brukere ”velges vekk”. Utfordringen her vil være at disse trolig ikke får et tilbud. En del informanter argumenterer for at disse hører til under annen eller tredje linje tjeneste, fordi kommunen ikke har nok kompetanse. Mye tyder likevel på at disse gruppene ikke blir prioritert av dette nivået heller. Noen vil ikke ha tilbud og det skal respekteres. Det er likevel mye som tyder på at bakkebyråkraten bruker liten energi på brukere som kan være vanskelig å håndtere, hvis de også ønsker å skrive seg ut.

Begrepet særomsorg vekker en del negative reaksjoner fordi en ikke har et forhold til det i dagligtalen eller fordi noen er uenig i bruken av begrepet. *”jeg vil spy av det”*. At uttrykket

kom til å vekke så sterke reaksjoner var jeg nok bare delvis forberedt på og men jeg hadde av den grunn valgt å nevne til helt til slutt i intervjuet, slik at ikke dette fikk prege resten av materialet. For det første er det en individuell negativ motstand mot den tidligere institusjonspsykiatrien, samtidig som det er politisk korrekt å ta avstand fra den. For det andre har den kommunale psykiatritjenesten de siste 25 år beveget seg langsomt i rett retning av større åpenhet, integritet, verdighet og myndiggjøring. Det var likevel en lang vei å gå og mye tyder på at vi ennå ikke er fremme. Selv om alle vil være enig i at dette var rett vei å gå er det likevel rimelig å hevde at vi har "mistet" noe på veien.

Det er satt i verk ulike særtiltak i kommunene for å rette opp igjen de som ikke klarer å nyttiggjøre seg av eksisterende tilbud. Noen er svært syke av sykdom eller opplevelser i barndom og trenger ekstra tilbud. I den ene kommunen har de satset på bofellesskap for å fange disse opp. Dette er noe annet enn institusjon fordi de er integrert i boliger, får leiekontrakt, går ut/inn etter behov. Det er en oppfatning at disse brukerne har det verre i egne boliger med sine egne forestillinger enn i et bofellesskap. De fleste av dem har lite nettverk og i praksis viser det seg ofte at de forfaller.

Mange mener vi har gått for langt for å unngå særomsorg. DPS skulle være en erstatning for institusjon. Noen av informantene har erfaring med at de sykeste, vanskeligste eller farlige ikke kommer inn på DPS men blir lagt inn på sykehjem eller sykehus. En av informantene uttrykker det slik: *"før var pappa på Dale til han var frisk igjen, nå bor barn med psykotiske foreldre og må ta mye ansvar"*. Mange har erfaring for at de som legges inn på sykehus eller DPS kommer hjem før de er frisk.

En av informantene peker på at det er en *"kunstig integrering"* fordi vi i dagens samfunn har en annen måte å leve på: *"vi har ikke den nabokjerring Gro vil ha"*. Dette velger jeg å tolke til å ha sammenheng med at samfunnet har endret seg og blitt mer instrumentalistisk og mindre opptatt av det mellommenneskelige. Noen av informantene mener at noen ikke kan integreres på grunn av for avvikende adferd.

Hvem passer inn i etablerte tilbud?

Tar en utgangspunkt i dagsentertilbud og andre tilsvarende aktiviteter er det mye som tyder på at de friskeste har flest tilbud. Det handler trolig om at det er de friskeste det er lettest å lage tilbud til, og som ønsker å nytte seg av det. Mange av tilbudene på dagsentrene i psykisk helsetjeneste er tradisjonelle aktiviteter mye brukt til dagsentre i geriatri, som håndarbeid, maling, kaffedrøs, etc. Tilbudene på dagsentrene er tilrettelagte for brukere av psykisk helsetjeneste og er ikke åpnet opp for andre brukere. Det kan være positivt at en møter andre i samme situasjon som en assosierer seg med. På den annen side kan det være sunt å være sammen med andre ”normale”, i tråd med normaliseringsideologien.

De sykeste eldre har praktisk bistand, for de evner ikke å nyttiggjøre seg av tilbudene. Informantene har felles oppfatning om at de må ta alle brukerne og at ingen velges vekk. Flere uttrykker at det ikke er ressursene som styrer men behovene hvis de er innenfor kriteriene. Det er rimelig å tro at dette kan modereres noe fordi det også er et tak i kommunebudsjettet og tildelte midler til områdene. På samme tid er det rimelig å hevde at noen tilbud er ”skal” tilbud regulert etter rettigheter i lovverk mens andre tilbud er ”kan” som i dette tilfelle er når det gjelder dagsentre. Det er derfor slik at ”kan tiltakene” blir først bortprioritert i kommuner med skrantende økonomi.

De i gruppen fra 18-70 som stiller kriteriene vil være i målgruppen til psykisk helsetjeneste. Det kom fram av intervjuene behov for gruppetilbud. I den ene kommunen arbeidet en etter trappetrinn i rehabiliteringsfasen. De fokuserte på viktigheten av å bo, meningsfylt hverdag, høre til, ordnet økonomi, ønske om å stå opp, mestre sin psykiske lidelse. Hver arena er et trinn og det er viktig at bruker i små etapper går oppover i trinnene. Funnene viser at det er behov for boliger til de med rus og adferdsavvik uten fellesskap og med fellesskap.

Drivende spørsmål i denne sammenheng vil være hvordan en skal få til avvikling av særomsorg, integrering og normalisering når brukerne blir ”plassert” i egne tilbud fritatt fra andre brukergrupper. To ulike perspektiv kan problematisere dette utgangspunkt for videre diskusjon. For det første kan brukerne velge å nyttiggjøre seg av et tilbud på et psykisk dagsenter hvis bruker er fortrolig med at det kan medføre stigmatisering. For det andre kan brukerne velge bort tilbudet og unngå stigmatisering med fare for isolasjon i eget hjem. Riktig løsning vil selvsagt være individuelt etter hvordan bruker opplever sin situasjon (Lyngstad 2000).

Bakgrunn og faglig begrunning for ”særtiltak” der en isolerer brukere på bakgrunn av lidelser, er i hovedsak knyttet til organisering. Det kan ha noe for seg at tjenesteyter på dagsenteret har kompetanse innen faget psykiatri, men burde likevel ikke ha noe å si for organiseringen. Jeg velger å tro at det isolert sett er ubetydelig for brukerne hvor dagsenteret er organisert. Hvem som tilsetter nødvendig kompetanse kan være et argument for at den bør ligge under psykisk helse for å sikre faglighet. På den annen side kan faglighet sikres med samarbeid mellom områder og være styrkende for dette, noe som tilsier at det ikke trenger være et krav at tilsatt er organisert under psykisk helse.

Jeg vil argumentere for at et dagsenter som åpner for alle brukere om de kommer fra psykisk helsetjeneste, hjemmebaserte tjenester, sosialkontor, har attføring, fysioterapi etc. burde åpne opp for en vesentlig større brukermasse. Det kommer tydelig fram i studiet at mange brukere vegrer seg for å nyttiggjøre seg av dagsentertilbud fordi de ikke ønsker å bli stigmatisert. At fagfolket kategoriserer brukerne sier mer om fagfolket sine holdninger enn om brukerne sin aversjon. Det vil alltid være unntak selv om disse ikke bør få tyngst vektlegging. Unntakene kan dreie seg om at enkelte få brukere har reduserte hemninger som fører til at de kan være svært belastende for andre brukere. Dette er kjente problemstillinger også når det gjelder senil demente. I slike tilfeller kan det trolig lages grupper som passer sammen ut i fra fungeringsnivå og ikke ut i fra psykiske lidelser. Mye tyder på at opprettholdelse av egne dagsentertilbud til brukere med psykiske lidelser er med på å vedlikeholde særomsorg i kommunene.

Brukerne vil ikke ha individuell plan

Uklare ansvarsforhold og roller kan føre til at brukere som har rettigheter i forhold til individuell plan (IP) ikke mottar dette tilbudet. Individuell plan er som tidligere nevnt et verktøy til utvikling av myndiggjøring og tverrfaglig samarbeid. Informantene i begge kommuner tilkjennega at dette var et satsingsområde i psykisk helsetjeneste. De fleste informantene synes likevel individuell plan var blitt prestisje, for omfattende, og vanskelig å oppdatere. På tross av lovmessige krav, og kommunalt prioritering kom det frem fra informantene at kun to - tre av femten hadde opprettet individuell plan. Liten bruk begrunnes med at brukerne ikke ønsker dette. En av informantene mente det var nyttig hvis brukerne var

førstefiolinist, men ikke når de var ”fulle” når de kom til time. Selv om slike uttalelser er ment å sette ting på spissen gir de likevel uttrykk for aktuelle problemstillinger.

Det ligger et stort ansvar til bakkebyråkrat i forhold til å informere brukerne slik at de blir i stand til å nyttiggjøre seg av informasjonen og være i stand til å ta reelle valg. En av strategiene til bakkebyråkratene er å avgrense oppgaver og redusere kvalitetskrav (Lipsky 1980). Hva som blir presentert og på hvilken måte kan være førende for beslutninger som fattes av brukerne og kan handle om skjev maktbalanse i ekspert/brukerrollen og fare for å bli oppfattet som ”vanskelig kunde”. En annen strategi handler om å justere målsettinger og minske gapet mellom målsetting og ressurser. For en bakkebyråkrat med stort arbeidspress vil reduserte krav skape større handlingsrom til andre oppgaver. En tredje strategi handler om å modifisere forventningene til klientene, og kan i denne sammenheng knyttes til oppfølging av målsettingen i planen (Lipsky 1980). En av informantene uttrykker i den sammenheng: ”*har også mye å si hvordan vi ligger det fram, vi har mye makt og kan boikotte totalt*”. Selv om begge kommuner hadde satset mye på kompetanse med egne ansvarlige for individuell plan var det relativt dårlig oppslutning om dette i psykisk helse på tross av at alle brukerne innen dette området kan kreve det.

En av strategiene for å mestre hverdagen og hindre maktesløshet er å plassere ansvaret hos andre personer eller virksomheter i organisasjonen (Lipsky 1980). Manglende tilbud og fraskrivning av ansvar er da et resultat av fragmentering at ingen tar ansvar. En av informantene påpekte at det knyttes utfordringer til hvem som har koordineringsansvaret for individuell plan når flere områder er involvert.

Konservering eller rehabilitering?

Begrepet konservering i ernæringsmessig betydning vil si å tilføre tilsetningsstoffer for å bevare produktet før en setter lokk på. I overført betydning dreier det seg om viktighet av at brukerne setter målsettinger og får den hjelp og støtte de trenger og gjør dem til i stand å mestre livet sitt. Rehabilitering i denne sammenheng dreier seg som tidligere beskrevet om å være en støttespiller i de periodene det er behov for dette, trekke seg ut i de perioder bruker har kontroll over situasjonen, og mestrer hverdagen på en tilfredsstillende måte. For en del av

brukerne vil behovet for hjelp være relatert til vanskelige kriser i livet og gjelde for en avgrenset periode.

Mye tyder på at psykisk helsetjeneste har hatt tradisjon for å bevare brukerne i større omfang enn andre tjenester som ønsker å bli kvitt dem fortrest mulig på grunn av manglende ressurser. Dette kan være et resultat av et lederparadoks i byråkratier der vedtak og erfaring gir fast løsningsprosedyre og hindrer ledere i å være kreativ (Strand 2001). Det vil trolig være adskillig lettere i hjemmesykepleien, der en får et konkret sår en skal behandle og trekker seg ut når det er ferdigbehandlet. I forhold til brukere av psykiske lidelser er dette en helt annen situasjon, og avhengig av personens indre ressurser, hva den har vært utsatt for, og om tilbudet bruker mottar har ført til at bruker klarer å mestre hverdagen på egen hånd. Det omfatter også personens ytre ressurser som i mange tilfelle med alvorlig psyke med omfattende tjenester har store mangler når det gjelder for eksempel økonomi, bosituasjon, jobb, nettverk.

På den annen side handler dette også om hvor stor vektlegging bakkebyråkratene har satt på å evaluere tilbudet og vedtakene til brukerne. Det handler også om hvor stort fokus det er på resultater underveis i prosessen. Bakkebyråkratens mestringsstrategi som omhandler å sette grenser for krav slik at en klarer å nyttiggjøre seg av tilgjengelige ressurser minsker stresset (Lipsky 1980). Det kan virke som rehabiliteringstanken i større grad gjennomsyrrer arbeidsmetodene i sosialtjenesten enn det som er tilfelle i psykisk helsetjeneste. Det kan være rimelig å tro at det har sammenheng med at det er lite ønskelig at folk skal leve på sosialhjelp, sett ut ifra personens verdighet samt samfunnsmessige konsekvenser sett ut i fra et økonomisk perspektiv. Det kan sannsynligvis også være et resultat av en etablert kultur i tjenesten.

Det er rimelig å tro at brukerne heller ikke opplever samhandlingssituasjonen som forutsigbar. Effektivitetskrav kan føre til at tilsette forsøker å skjerme seg overfor klienten. De svarer gjerne på tiltale i samhandlingen uten å gå dypene inn i brukernes situasjon for å skaffe seg et helhetlig bilde. Måten den tilsette takler situasjonen på kan derfor bli et kompromiss mellom ulike krav. De kan ha behov for å møte brukers ønske samtidig som de må sette grenser på grunn av krav om effektivitet. Over tid kan klientene utvikle strategier for samhandling med tjenesteutøver som for eksempel være aktiv og ta mye av ansattes tid og oppmerksomhet, appellere til at alle skal behandles likt, holde tilbake informasjon, passivitet og samtykke i

samhandlingssituasjonen, gi forståelse for ansattes situasjon og ta ansvar for egen (Lipsky 1980).

Det kom fram i intervjuene at særlig den ene kommunen hadde stort fokus på målsetting, evaluering og endring av vedtak. I tillegg til å ha utviklet en trappetrinnsmodell som et godt verktøy var det tydelig at informantene hadde fått metodene inn under huden og gjort dem til sine egne. Det som også kom fram i intervjuene var at metodene også var implementert hos samarbeidspartnerne til psykisk helse, noe som ble tydeliggjort ved bruk av samme språk. For brukerne av tjenesten vil trolig vektlegging av mål og resultat gi større innsikt i egen situasjon, større deltagelse og økt mestringsfølelse. I tillegg vil det trolig bli større sirkulasjon i tjenesten og kreve stor faglighet hos de ansatte. De samfunnsmessige konsekvensene vil bli større prioritering av de som trenger hjelp, samt at de som evner å bli frisk får mulighet til det. Som tidligere beskrevet kan vektlegging av sykdomsmodellen kontra normaliseringsmodellen sannsynligvis gi utslag. I hvilken grad en tjeneste fremdeles er en særomsorg handler mye om grad av konservering og grad av rehabilitering. På tross av en svært positiv utvikling generelt i kommunene studiene omhandler er det likevel et godt stykke igjen.

Tverrfaglig samarbeid

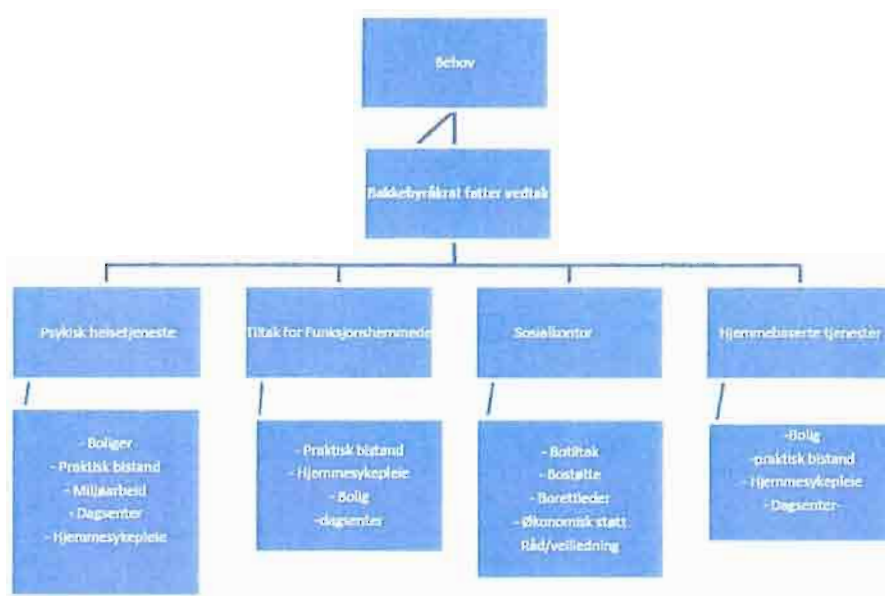
Informantene er i utgangspunktet fornøyd med det etablerte samarbeid mellom psykisk helse, lege, sosialkontor og hjemmebaserte tjenester, som er en av de viktige samarbeidspartnerne innad i kommunen. En av informantene hevder at hjemmebaserte tjenester har en mer instrumentalistisk tenking, og det preger samarbeidet på ledernivå. På tross av hyppige ledermøter ligger ulik teoretisk forankring som en propp i systemet. En av informantene uttrykte dette slik: ” *vi regner tiden i måneder, mens hjemmebaserte tjenester regner i dager*”.

Det kommer også fram at det er lite samarbeid innad i psykisk helsetjeneste i den ene kommunen fordi den er organisert i flere virksomheter og fått delt faglighet. Det synes som et lederparadoks er utviklet i byråkratiet på bakgrunn av motstridende krav og mulige hensyn. (Strand 2001)

Taushetsplikten blir av de fleste informantene oppfattet til å være relativt uproblematisk fordi brukerne skriver under på samtykkeerklæring når de mottar vedtak om tjenester. De blir

likevel kontaktet ved behov dersom bakkebyråkraten finner grunn til det ut i fra sakens karakter. Denne generelle oppfatningen av taushetsplikten er uproblematisk og omhandler i hovedsak samhandling mellom bruker og bakkebyråkrat. En av informantene mener likevel den kan være et hinder for nervøse helsearbeidere. På tross av den generelle oppfatning om at taushetsplikten ikke er problematisk, gjelder det samhandling mellom bruker og bakkebyråkrat. Det kommer også fram at taushetsplikten er et stadig problem fordi det ikke fungerer slik i praksis. En sender epikriser i øst og vest, snakker i pauserom, sender faks etc. Det argumenteres for at det ikke er et problem om den blir brukt i faglig sammenheng og ikke fordi en er nysgjerrig.

En av informantene mener at det største problemet knyttet til taushetsplikten er at noen tror de "eier" den. Psykisk helsetjeneste "eier" den, barnevern "eier" den, sosialtjenesten "eier" den, helsestasjon "eier" den etc. Jeg mener det er rimelig å tolke dette til å være et ledelsesproblem å utvikle en forståelse for at det er pasienten eller foreldre, hvis det er barn, som eier den. Flere av informantene peker på at det ikke er taushetsplikten i seg selv som er problemet, men praktiseringen av denne som kan være kime til uoverensstemmelser og dårligere tverrfaglig samarbeid. I verste fall kan taushetsplikten bli brukt for opprettholding av en etablert særomsorg. Dersom en holder tilbake opplysninger for andre tilsette i kommunen vil dette etablere makt og "usynlige vegger". Det er grunn til å tro at det i en del tilfeller kan gi konsekvenser for brukerne, fordi andre instanser burde vært involvert på et tidligere stadiet ved behov for andre tjenester. Mye kan tyde på at selv om etablerte lover og regler skal være styrende for byråkratiets adferd, er det likevel en etablert sannhet at det er bakkebyråkratene som definerer praksiskunnskap (Minzberg 1980).



Figur 2. Bakkebyråkrat som filter mellom behov og tilbud

Tjenester for funksjonshemmede, hjemmebaserte tjenester, og psykisk helsetjeneste står for tildeling av tjenestene i hvert sitt område. Det betyr at det opprettes dagsentre i alle områdene for sine brukere. Det er også tilfelle for psykiatrien, og med de konsekvenser av at tilbudet kan oppleves som ivaretagning av særomsorg og stigmatisering. Alle tiltakene i psykiatrien er egne særtiltak for de som mottar tjenester i psykisk helsetjeneste. Kan det tenkes å være andre løsninger som reduserer særomsorgs - problematikken? Disse problemstillingene kommer jeg tilbake til i kapittel 6.

Oppsummering av resultat

Det er tydelig at opptrappingsmidlene har ført til at man i kommunene har prioritert å skaffe seg faglig kompetanse til å ta seg av brukere med psykiske lidelser. Tjenesteutøverne utvikler nære relasjoner til brukerne av tjenesten og maktesløshet i jobben er relatert til dette. Selv om det er satset mye i kommunene på implementering av individuell plan med kompetanseheving og egne tilsette, er det et langt stykke igjen før det er blitt et verktøy i psykisk helsetjeneste. Det var en gjennomgående fakta i begge kommuner at kun to-tre av 15 brukere hadde individuell plan. Mye tydet på at tjenesteyternes motstand mot dette kan gi konsekvenser for hvordan dette blir prioritert. Mange av informantene synes individuell plan var altfor

omfattende og lite tjenlig til deres brukere. Informantene har felles forståelse for at det er langt igjen til at brukermedvirkning er reelt.

Samarbeidet innenfor feltet psykisk helse avviker i de to kommunene med bakgrunn i ulik organisering. En av kommunene med egen avdeling form psykisk helsetjeneste har et sterkt faglig samarbeid mellom å tilsette i psykisk helse. Nærhet til sykdomsmodellen er sterk, selv om dette på mange måter oppveies med sterkt fokus på arbeidstilrettelagde aktiviteter. Den andre kommunen har delt faglighet spredt rundt i kommunen med liten oversikt over hva de andre områdene arbeider med. Tjenesteutøverne føler seg isolert med litt for liten tilknytning til andre fagpersoner. Nærhet og samarbeid mellom lege og sosialkontor er svært bra i begge kommuner. En av kommunene opplever samarbeidet til DPS svært komplisert fordi en har forventninger som ikke står til resultatet. I en av kommunene var psykisk helsetjeneste organisert under hjemmebaserte tjenester og ikke som en egen enhet. Selv om denne organiseringen kun hadde eksistert i få år var sentrale begrep som "hjemmetjenestene" godt innarbeidet i dagligspråket, noe som tydeliggjorde at implementeringen var gjennomført. På tross av dette var det derfor en overraskelse at ulike virksomhetslederne hadde etablert egne kulturer i forhold til organisering, ressursbruk, tilbud og tjenester. Det var overraskende fordi bakgrunn for organisering var rettferdig og lik behandling av brukerne. Det var i tillegg var det etablert bestillerkontor for tildelinger av tjenester på ulike plasser i kommunen. Det var også overraskende fordi begrunnelsen for etablering av bestiller og utførermodell, var å tilstrebe større likhet i tildeling av tjenester.

Det var samme type brukere som psykiatrien ikke klarte å fange opp i begge kommuner, på tross av ulik organisering. Det var personer med problematikk knyttet til rus og psykiatri, eldre, uføretrygdede, sosialkassus og de "tause" som ikke søker hjelp. Det var en oppfatning hos tjenesteutøverne at de som trengte hjelp fikk dette. Det var også en tydelig oppfatning om at eldre ikke var deres ansvar. "vi er ikke selskapsdamer". Ansvar for disse burde ifølge informantene ligge hos institusjon, hjemmebaserte tjenester, psykiatrisk poliklinikk, lege, etc. Informantene mente det lå et potensial i å etablere flere tilbud på gruppebaserte, dagsentertilbud og arbeidsrelaterte aktiviteter.

Det var en klar oppfatning hos informantene at samfunnet hadde gått for langt i avvikling av særomsorgen. Det gjaldt særlig brukere med rus og psykiatri, og de med tunge alvorlige sykdommer. De skal integreres i samfunnet, men ingen vil ha dem. Det fører til isolering og

utstøting. Mange av dem ønsker å bo i fellesskap med andre fordi de ikke har et nettverk. Det er en oppfatning at dette er bedre enn å bli isolert i egen bolig. Avvikling av særomsorg har gått for langt, fordi en mener at noen har så avvikende adferd at de ikke kan integreres. Det er også en oppfatning om at syke foreldre med psykoser blir værende i hjemmet med ansvar for små barn. Dette er et resultat av nedbygging av institusjon, og at normalisering har gått for langt. Makteløsheten hos bakkebyråkratene handler om at brukere ikke får et verdig tilbud når de trenger det: ”*de er ikke psykotiske nok for å legge inn på DPS*”. Kommunene tar tak og bygger boliger til dem som er vanskelig å integrere. Det er likevel sannsynlig å hevde at det fortsatt er særomsorg i ulik grad der det ikke burde vært det, med tanke på aktivitetstilbud. Tilbud på dagsenter er ikke åpne for andre. Det kom fram av datainnsamlingen at det var en del brukere som ikke ville nytte dette tilbudet av frykt for å bli stigmatisert.

Selv om fagfolket har mye kunnskap om stigmatisering og psykiske lidelser er de ikke annet enn mennesker de og. Det var en forståelse for at en del brukere ikke ble integrert. Mye tydet på at det fremdeles er et stykke igjen til også fagfolket slutter å kategorisere etter adferd eller diagnoser som for eksempel: narkomane, schizofrene, tjuver, kriminelle, psykotiske etc. og heller fokusere på fungeringsnivået.

6. NYE UTFORDRINGER – DISKUSJON OG OPPSUMERING

I dette kapittel vil jeg først vurdere svakheter og styrker i undersøkelsen, og se dette i sammenheng med eventuell overføringsverdi. Deretter vil jeg diskutere hva undersøkelsen sier noe om, i forhold til problemstilling. Til slutt i kapitlet vil jeg forsøke å argumentere for nødvendigheten med å holde ”trykket oppe” i arbeidet med psykisk helsevern i lokalsamfunnet. I dette studie har jeg forsøkt å vektlegge at arbeidet med validitet ikke bare skal være avgrenset til intervjuundersøkelsen, men til hele forskingsprosessen. En viktig, men ikke tilstrekkelig forutsetning, er at forskerens data er pålitelige. Det handler om reliabilitet, som jeg vil diskutere først.

Reliabilitet

I forskningssammenheng er det vanlig å problematisere at forsker stiller ledende spørsmål. Små omarbeidinger i spørsmålsformulering kan påvirke svarene i ulik grad. Det er også sannsynlig at det tema en selv har nærhet til blir subjektivt behandlet og fortolket. I ettertid har jeg gått igjennom dette med forhåpentlig nye ”briller”. De fleste spørsmålene er runde formulert av typen ”*hvordan er din oppfatning*” eller ”*hva mener du om.....*”. Jeg fant likevel to spørsmål som muligens kan ha et innslag av ledende karakter. Det gjaldt spørsmålet ”vil du si brukermedvirkning blir ivaretatt”. Ordet ”ivaretatt” sender trolig signal om en som er ønsket situasjon. Det kan gjerne få informanten til å ønske å være slik målet er ”*som man roper i skogen får man svar*”. Det er sannsynlig at det krever mer av informanten å ikke la seg ”lede”, hvis det var tilfelle. Når det gjaldt dette konkrete spørsmålet var det mulig å få inn svarene ved hjelp av andre spørsmål.

Et tilsvarende spørsmål lød slik ”er individuell plan blitt et reelt verktøy?”. På samme måte kan det tenkes at informanten ønsker å fremstå som ”flink elev” og svarer positivt for å gi et godt inntrykk. Dette stemmer med at informanten var veldig positiv til dette verktøyet i starten og ettersom samtalen gikk kom det fram at de egentlig synes det var et lite egnet verktøy. Det virket mer sannsynlig med tanke på at de fleste hadde 2-3 planer til ca. 15 brukere. Her må en ta forbehold om at brukerne må ønske seg disse, slik at det ligger en mulig brems her også. Kvale argumenter for at problemet med ledende spørsmål har fått for stor oppmerksomhet og skyldes naiv empirisme (Kvale 2006:98). Han viser til et postmoderne perspektiv som er et

alternativt syn der forskingsamtalen er intervjuerens og informantens felles produkt, og som leder til ny kunnskap.

En svakhet kan være at jeg ikke sendte teksten tilbake til informantene for gjennomlesing og kontroll. En annen mulighet kunne vært å bruke flere tolkere for å oppnå en viss kontroll av vilkårlig eller partisk subjektivitet. Når tolkerne kommer frem til ulike resultat, kan disse bearbeides slik at en kommer til intersubjektiv enighet. Det er vel heller en uvanlig metode ved intervjuundersøkelser. Jeg brukte en vanlig metode med å få båndopptaket transkribert til skriftlig tekst, noe som vanligvis betraktet som et solid, empirisk materiale i et intervjuprosjekt. Transkripsjonen vil alltid kunne bli preget av konstruksjoner fra samtaler til skriftlig form. Her er en rekke vurderinger underveis. Til hjelp i så måte kan emosjonell aspekter i samtalen så som ”stemmeleie”, latter”, ”sukk”, ” opphisset”, være av verdi. Utgangspunktet mitt med å bruke et svært godt innspillingsutstyr gav gode muligheter for dette.

Validitet

Validitet handler om studiens gyldighet. Validiteten vurderes gjerne av i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke. Min egen moralske integritet, er også avgjørende for resultatet. Det var viktig for meg at jeg ønsket å finne frem til virkeligheten slik mine informanter oppfattet den, og ikke bare brukte studiet for å bekrefte en eventuell hypotese. Funnene i studiet gav meg ny kunnskap om hvordan tjenesteyterne opplever sin hverdag i forhold til sine relasjoner med brukerne, og hvordan de forholder seg til meta-teorier knyttet til dette. Jeg har gått kritisk gjennom egne data og behandlingen av dem for å unngå at jeg har vektet empirien urimelig, brukt avvikende tilfeller som generalisering, eller lett bevisst etter negative funn. Det var overraskende at informantene var relativt like, d.v.s. at de ikke hadde kontroversielle avvikende oppfatninger. Noen av informantene var svært ærlige og utleverende og gav tydelig tilkjenne at de ikke var redd for sine uttalelser. Tre ulike sider ved validering som kan brukes som forskningshåndverk kan være; kontrollering, utspørring og teoretisering av kunnskapen som produseres (Kvale 2006).

En vanlig kritikk av forskingsintervju er at informantenes informasjon kan være usanne. Det var ingen uttalelser som tilsa dette, heller at informantene på en del områder virket som de

modererte sannheten, bevisst eller ubevisst. Det var tydelig i materialet fordi ulike spørsmål om samme tema gav ulike svar som for eksempel tema knyttet til brukermedvirkning, stigmatisering og særomsorg. Selv om jeg her har fokusert mye på intervjusituasjonen i min omtale av validering, er det viktig å presisere at den berører alle områder i undersøkelsen som tematisering, planlegging, transkribering, analysing, rapportering etc. Som nevnt over handler validiteten også om teoretisering av kunnskap d.v.s. at når man skal avgjøre metoden undersøker det den skal må vi ha en teoretisk oppfatning av hva som skal undersøkes. I dette tilfelle handler det om blant annet kommunens sosiale konstruksjon, tjenesteytneres oppfatninger, brukernes oppfatninger, politikeres holdninger etc.

Generalisering

Mens validitet handler om gyldighet, handler generalisering om hvor utbredt et fenomen er, statistisk sett. Et utvalg på to kommuner er relativt beskjedent og gir vanskelig grunnlag for generalisering. Mange av funnene er uttrykk for lokale vinklinger. På den annen side vil det trolig også være elementer i studiet som kan settes inn en større sammenheng. Et av de lokale funnene peker på uavklarte ansvarsforhold mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Konsekvensene av dette var at brukerne ble "kasteballer" mellom systemene og tilbudet ble dårligere. Det må likevel presiseres at dette studiet kun har intervjuet tjenesteytere i kommunen og inkluderer ikke spesialisthelsetjenesten, som trolig har en annen virkelighetsforståelse. Hva handler dette likevel om? At samarbeidet oppfattes som innviklet og uforutsigbart handler om mer enn enkeltstående tilfeller. Slik jeg ser det kan det handle om en feilslått politikk eller dårlig implementering. Idealene om oppretting av DPS var at de med alvorlig psykiske lidelser skal kunne bo i egen kommune og motta tjenester etter LEON prinsippet d.v.s. lavest-effektivt-omsorgs-nivå. DPS skulle sørge for tilgjengelige og helhetlige spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet, tilpasset befolkningens behov. Formålet til myndighetene var å videreutvikle psykisk helsevern med fokus på å nå målsettingene i opptrappingsplanen.

Kommuneansatte sin opplevelse av psykiatriske sykepleiere som tok rollen som "terapeuter" handler i stor grad om lokale vinklinger. Det er vanskelig å si om dette er et generelt problem i andre kommuner. Det handler også om for stor avstand mellom forventning og resultat. Forventning om at brukerne skal møte psykiatere og ikke handler sykepleiere trolig om dårlig

kommunikasjon og samarbeid. Et annet funn viste uklar forståelse av om sykepleierrollen var å oppfatte som tilrettelegger eller terapeut. Dette er mer prinsipielt og handler om rolleforståelse og rolleutforming. For det første handler det sannsynligvis om at fagfolket har ulik kunnskapsbase som grunnlag for sin virkelighetsoppfatning. Det kan også i neste omgang føre til at utøving av tjenesten blir ulik ut i fra ulik forståelse av rollen. Tilretteleggerrollen fokuserer på fungeringsnivået til bruker og er dominert av mestringsstrategier og rehabilitering. Terapeutrollen vektlegger sykdomsmodellen og bruker gjerne tradisjonell løsningsstrategier med tilknytning til behandlingsvitenskapene. Opptrappingsplanen vektlegger tilretteleggerperspektivet i det nye psykiske helsevernet. Mye tyder derfor på at det er et stykke igjen til statlige føringer er implementert.

Et tydelig funn var at en del brukere velges vekk på tross av at alle som oppholder seg i kommunen har rett på nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven. Forenklet kan en si: ”for syk”, ”for sær”, ”for vanskelig”, ”når du blir gammel og ingen vil ha deg... ..”. Om dette er spesielt gjeldende for disse kommuner er vanskelig å vurdere, men spørsmålet er vel verdt å undersøke nærmere. Noen velges vekk i en seleksjonsprosess mens andre ikke har vært søkere til tjenesten. Brukere med rus/psykiatri problematikk er en gruppe som øker i størrelse, samtidig som det har vært lite fokus på denne gruppen. Her er store utfordringer knyttet til ivaretagelse av ressurser som bolig, arbeid, nettverk, og meningsfulle aktiviteter. Eldre mennesker over 70-80 blir også valgt vekk. Et overveiende flertall mener de ikke passer inn i kriteriene de jobber etter. Begrunnelsen er at brukerne ikke ”evner” å endre seg og at psykisk helsetjeneste ikke har kapasitet. Det er likevel et problem at to relativt store kommuner med mellom 10000 og 15 000 innbyggere har en del brukere som de ikke prioriterer. Det handler trolig om fragmentering på bakgrunn av kommunens organisering, for liten politisk forankring, bakkebyråkratenes handlingsrom, og manglende kapasitet. Det vil likevel føre til manglende samsvar mellom statlige idealer og realiteter.

Et av funnene skisserte at stigma og utstøting var en av de største utfordringene i psykisk helsetjeneste, på tross av stadig fokus på dette i allmennheten. Selv om tjenesteyterne hadde et bevisst forhold til dette, tydet en del av svarene på dobbeltmoral. Dette handler om at det er en lang vei å gå i forhold til toleranse for ”avvikere”. Avvikling av særomsorg og integrering har skapt nye problemstillinger for enkelte kommuner. I den gamle modellen ”bodde” skammen på asyltet. Det er vanskelig å si om skammen har flyttet seg. Informantene var av den oppfatning at de sykeste opplevde skammen som størst. De andre turde stå frem. Boliger

knyttet til rus og psykiatri møter protester i nabolag. På den annen side opplever informantene behov for større åpenhet, og behov for å vise fram tilbudet, for å få tak i dem skal bo der. Kan det handle om at samfunnet er i endring og at vi er blitt mer instrumentelle og mindre relasjonelle? Det handler likevel om at vi har et stykke igjen fra å nå statlige målsettinger.

En annen problemstilling som ble diskutert med informantene handlet om normalisering og integrering. Funnene viste at informantene mente vi var midt i en integrering uten å være normalisert. Det handler om at medborgere ikke hadde forståelse for at de sykeste skulle normaliseres. Dette begrunnes med avvikende atferd samt at farlige personer måtte samfunnet beskyttes mot. Det var en samlet oppfatning at avviklingen av særomsorg var gått for langt i forhold til å integrere de sykeste. Mange av disse ønsket heller å bo i bufellesskap for å unngå isolasjon. Dette handler om at spriket mellom idealer og virkelighet er stort i disse kommunene. Kommunene har tatt konsekvensene av dette og opprettet bufellesskap til enkelte grupper. Hva handler dette om?

Refleksjoner rundt kunnskap

Det er mange ulike måter tjenesteyterne møter holdninger knyttet til brukere av psykisk helsevern. For egen del ser jeg behovet for videre forskning på felles kunnskapsbase for å skape bedre samordning, tverrfaglig forståelse og utvikling av tjenestene. Kommunene i Norge er relativt ulike og har kommunalt selvstyre. Det er derfor rimelig å tro at kunnskapsbase og metodikken i tjenesten vil variere i kommunene, også i forhold til by og bygd. En felles kunnskapsbase ville trolig være et bidrag til å skape fellesforståelse for hvordan vi møter de utfordringene som knytter seg til det nye psykiske helsevern. De nye utfordringene krever at en løser oppgavene på nye måter. Erfaring tilsier at utdanningssystemet ofte henger etter når det gjelder endringer i samfunnet, slik at det oppstår et sprik mellom teori og praksis. Dersom det ikke tilføres ny kunnskap i praksisfeltet vil tjenesteyterne finne tradisjonelle måter å løse utfordringene på. En tenkt kunnskapsmodell kunne inneholdt : kunnskap om verdier, holdninger, likeverdighet, kommunikasjon, relasjoner, normalitet, medborgerskap, helsepedagogikk, erfaringsbasert, mestring, tverrfaglighet, omdanning etc. Jeg vil argumentere for at dette kunne vært utgangspunkt for en ”metakunnskap” , spesielt tilrettelagt de profesjoner som allerede er i systemet. Kunnskapen bør vektlegge strategier for hvordan brukere på best mulig måte kan nyttiggjøre seg av egne

ressurser. Kunnskapen bør bidra til at tjenesteyter bruker relevant pedagogisk kunnskap for å øke brukermedvirkning og styrke relasjonsbygging. Det vil trolig være behov for å satsing på kunnskap knyttet til håndtering av avvikende atferd, relatert til rusmisbruk og utagging. Det vil også i fremtiden sannsynligvis være behov for økning i tverrfaglig kompetanse, slik opptrappingsplanen skisserer.

Har vi lykket med avviklingen av særomsorg?

Det er et godt stykke igjen til vi har lykket med avviklingen av særomsorg i kommunal psykisk helsetjeneste. Det paradoksale er likevel at vi på enkelte områder har gått for langt. Den lange vei tilbake fra eksklusjon, til inklusjon ble introdusert med normaliseringsideologien som dannet grunnlag for endringene i det psykiske helsevern. Det var et mål å avvikle den særomsorgen som den tidligere institusjonspsykiatrien var en del av. Det var et mål å unngå å bygge opp ordninger som ville bidra til dette. Det var nødvendig å ha bevissthet om at særomsorg som fenomen kan oppstå på ulike nivå. På individnivå med fokus på relasjoner i forhold til tjenesteyter. På utøvernivå i forholdet mellom tjenestemottaker og beslutningstakere. På systemnivå i forhold til at tjenestemottaker sin stemme skal høres av de som regulerer tjenestene, dvs. politiker og administrasjon. Idealene var at brukerne skulle integreres i samfunnet, ta større ansvar over eget liv. De skulle leve mest mulig en normal tilværelse i forhold til arbeid, bolig, meningsfulle aktiviteter og delta på sosiale arenaer. Målet var å utvikle sosial identitet slik som andre, og ikke på bakgrunn av sykdom. De skulle tilbakeføres til det normale liv de var skjermet fra i institusjonene. Den nye ideologi med inkludering var starten på nye utfordringer for den kommunale omsorgstjenesten. Utfordringer med implementering av brukere med omfattende og sammensatte behov krevde mye tilrettelegging. Nye behov dannet grunnlag for en annen tjenesteyting preget av god organisering, koordinering og tverrfaglig samarbeid av tjenester i det kommunale system og deres samarbeidspartnere.

Virkeligheten i de to kommunene er tolket på grunnlag av informantenes uttrykte opplevelse av situasjonen i psykisk helsetjeneste. Den tar ikke mål av seg å kommentere hva den generelle oppfatning skulle være. Funnene viser at det er langt igjen å gå på enkelte områder før en kan si en har lykket. Et annet spørsmål vil være om hvor langt en vil eller bør gå? Mye tyder på at en integrering på mange måter er gjennomført, uten at dette har ført til

”normalisering”. Idealene om et mest mulig tilnærmet normalt liv innlemmet i det samfunnet de er en del av, synes å være en ”illusjon”. Selv om det generelt i samfunnet har vært en positiv holdningsendring, sannsynliggjør disse funnene at det er de sykeste, mest trengende og lavest på rangstigen, som det er minst toleranse for. Det kan sannsynligvis ha sammenheng med generelle trender i samfunnet med fremelsking av vellykkethet når det gjelder karriere, utseende, materielle verdier etc. Det er opprettet egne særtiltak på mange områder for eksempel dagsentre, bufellesskap, arbeidsaktiviteter, gruppetilbud etc. De fleste av tiltakene er dannet på bakgrunn i faglige vurderinger og ikke etter ønske fra brukerne. En del av dagsenteraktivitetene er ofte preget av ensidige aktiviteter og favner derfor bare en liten gruppe av brukerne. De sykeste og mest trengende har større problemer med å finne egnede tilbud.

Psykisk helsetjeneste har på folkemunne blitt kalt ”kommunenes hemmelige tjeneste”. Mye taler for at dette forholdet har endret seg i positiv retning i de seinere år, trolig som et resultat av et bedre tverrfaglig samarbeid på kommunalt nivå. Vi bør likevel problematisere hvorfor brukergrupper som rus/psykiatri, tunge brukere og eldre ”velges” vekk. Det handler om grupper der utfordringene er store, og om ressurser og manglende kompetanse. Når det gjelder eldre viser funnene at det også handler om kapasitetsproblem. Situasjonen er slik at de som ønsker tilbud, ikke får det. I tillegg får de heller ikke et dekkende tilbud hos andre. Det argumenteres med at det er mange brukere i psykisk helsetjeneste som aldri blir frisk eller bedre. Dette er et resonnement det er vanskelig å slutte seg til, Har denne sammenheng med at tjenesten opprettholder en form for særomsorg? Kan det være uttrykk for at en velger ut grupper en helst ønsker å jobbe med - og har det i så tilfelle sammenheng med muligheten til å oppnå resultater? Slik jeg ser det vil det på dette området være nødvendig med videre studier.

Har vi gått for langt?

Sett i forhold til idealer og realiteter har vi på enkelte områder gått for langt. Funnene i disse to kommuner viser at det er de sykeste som lider under uverdige forhold. Det er de ”tunge” med omfattende psykisk sykdom som pendler mellom hjem og spesialisttjeneste. De som tidligere var på institusjoner skal nå bli en del av lokalsamfunnet. Barn som bor med syke foreldre blir tvunget til å ta ansvar. Nye brukergrupper som rus og psykiatri har hatt en større

økning enn lokalsamfunnet klarer hanskes med. Selv om DPS tar hånd om disse i krisesituasjoner, kommer de for raskt tilbake.

Kommunene bygger bufellesskap for de personer som har uverdige forhold. Funnene viser at det er behov for flere kategorier av boliger, og at det settes store krav til å velge ut hvem som passer sammen. De som er jeg - svak bør ikke plasseres med dominerende rusmisbrukere. De med behov for fellesskap bør få tilbud om bolig sammensatt av personer som håndterer dette. De med problematisk avvikende atferd som bor i egne boliger trenger tett personaloppfølging. Funnene viser at noen mennesker blir svært isolerte hvis de har egne boliger og lite nettverk. Valget vil gjerne være mellom isolasjon eller fare for stigmatisering på grunn av bosted. Funnene viser at mange velger fellesskap. Oppbygging av bufellesskap er i en startfase og dekker bare litt av behovet. Om vi for å unngå særomsorg også unngår å skape gode bufellesskap, kan mye tyde på at pendelen har svingt for langt i forhold til avviklingen av særomsorg.

Året 2008 vil være siste året i perioden for opptrappingsplanen og etter den tid vil de økonomiske midler til psykisk helsetjeneste være del av rammetilskuddene til kommunen. Selv om det er forholdsvis store økonomiske ressurser som er lagt inn i forbindelse med opptrappingsplanen, dvs. 6,3 mrd. i planperioden (st.prp.63) er dette rettet mot strukturelle mål knyttet til fagpersonell, boliger, konsultasjoner etc. Målene sa lite om kvalitet, innhold og resultat for den enkelte bruker av tjenestene. Veilederen (IS-1332) var derfor et resultat av at Sosial og helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide mål og indikatorer som beskrev innholdet i tjenestene. Formålet var å målrette innsatsen, gi et bedre grunnlag for kvalitetsarbeid, og gi lokale og nasjonale myndigheter en bedre oversikt over utvikling også på innholdssiden.

Hvilke løsninger som er mest hensiktsmessige for kommunene vil avhenge av hvordan en oppfatter de kommunale utfordringene, dels hva som er praktisk å få til av ordninger ut ifra det handlingsrommet en har. Kommunal kapabilitet vil være avhengig av hvordan samarbeidet er utviklet i forhold til det sivile samfunnet, privat næringsliv, offentlig virksomhet.

Refleksjoner rundt kunnskap

Det er mange ulike måter tjenesteyterne møter holdninger knyttet til brukere av psykisk helsevern. For egen del ser jeg behovet for videre forskning på felles kunnskapsbase for å skape bedre samordning, tverrfaglig forståelse og utvikling av tjenestene. Kommunene i Norge er relativt ulike og har kommunalt selvstyre. Det er derfor rimelig å tro at kunnskapsbase og metodikken i tjenesten vil variere i kommunene, også i forhold til by og bygd. En felles kunnskapsbase ville trolig være et bidrag til å skape fellesforståelse for hvordan vi møter de utfordringene som knytter seg til det nye psykiske helsevern. De nye utfordringene krever at en løser oppgavene på nye måter. Erfaring tilsier at utdanningssystemet ofte henger etter når det gjelder endringer i samfunnet, slik at det oppstår et språk mellom teori og praksis. Dersom det ikke tilføres ny kunnskap i praksisfeltet vil tjenesteyterne finne tradisjonelle måter å løse utfordringene på. En tenkt kunnskapsmodell kunne inneholdt : kunnskap om verdier, holdninger, likeverdighet, kommunikasjon, relasjoner, helsepedagogikk, erfaringsbasert, mestring, profesjonsbasert, tverrfaglighet, omdanning etc. Dette kunne vært utgangspunkt for en ”metakunnskap” , spesielt tilrettelagt de profesjoner som allerede er i systemet. Kunnskapen bør vektlegge strategier for hvordan brukere på best mulig måte kan nyttiggjøre seg av egne ressurser. Kunnskapen bør bidra til at tjenesteyter bruker relevant pedagogisk kunnskap for å øke brukermedvirkning og styrke relasjonsbygging. Det bør også satses på kunnskap knyttet til håndtering av avvikende atferd, relatert til rusmisbruk og utagging. Det også i fremtiden trolig være behov for økning i tverrfaglig kompetanse, slik opptrappingsplanen skisserer.

Avsluttende kommentarer

Erfaring tilsier at alle reformer i kommunene er avhengig av statlig motivering i form av økonomiske incentiva. Det eksisterer to parallelle oppfatninger av hvordan det offentlige kan gripe inn og korrigere en samfunnsutvikling. Den ene er den såkalte ”ovenfra-ned-politikk” eller ”strategier for omfordeling”. Politikken forutsetter stabile og lite strukturelle endringer, slik at staten kan identifisere og produsere nødvendige virkemidler for å styre utviklingen i riktig retning. Det forutsetter at staten spiller en sterk rolle og at det eksisterer en god oppslutning om den aktuelle omfordelingspolitikken. I motsetning til dette vil ”nedenfra –opp –politikk” og ”strategier for egenutvikling” med lokal mobilisering og selvhjelp være et alternativ (Amdam og Amdam 2000:95). Staten har en svakere rolle og delegerer makt og

ansvar til regioner og lokalsamfunn. Denne innfallsvinkel er motivert for at staten ønsker å stimulere til egenutvikling ved bruk av lokal ressurs og samarbeid. Strategiene forutsetter at samfunnsmedlemmene opptrer kollektivt og solidarisk, fritatt for å opptre som individuelle nyttemaksimerende individ. I en del situasjoner kan staten bli kritisert for på denne måte å delegere ansvaret til kommunene når eksisterende politikk ikke har slått til. Erfaringer viser ofte at staten, som en likeverdig partner, bør spille en sentral rolle i motiveringsarbeidet, også i sammenheng med strategier for egenutvikling.

Opptrappingsplanen er i så måte et godt eksempel på at kommunalt engasjement er avhengig av statlig satsing og drahjelp for å lykkes. Uten de økonomiske incentiver er det relativt usannsynlig at psykisk helsearbeid i kommunene hadde hatt den status og utvikling vi i dag ser er blitt en realitet. Midlene har vært på plass i opptrappingsperioden og kommunene må ta tak og prioritere lokalt, og gjennomføre implementeringsprosesser nedenfra og opp. Midler i form av prosjektmidler fra staten er på plass og det gjenstår å bli enige om målene (Amdam og Amdam 2000). Funnene i disse to kommuner synliggjør at det likevel er en del som gjenstår i arbeidet for å skape harmoni mellom idealer og virkelighet.

I disse to kommunene viser funnene at det fremdeles er ordninger i den kommunale psykiske helsetjenesten som i varierende grad opprettholder særomsorg. Det handler om at tilbudene til brukere av tjenesten er "særtiltak" tilrettelagt for disse brukerne. Mye tyder på at dette "ekskluderer" en del av de som har behov for et tilbud. Men mangel på "særtilbud" kan muligens også føre til at noen "velges" vekk av tjenesten. Det er sannsynlig at de som ikke "fanges opp" har et dårligere potensial for bedring. I et samfunnsperspektiv kan det gi en ekstra økonomisk belastning for totaløkonomien i helsesektoren. Som vi er kjent med er behovene her "umettelige" fordi forventningene og kravene i befolkningen om "fravær av sykdom" er økende. Fravær fra arbeidslivet, økt medisinbruk, trygd og sosial bistand, bruke av helsetjenester, botilbud, dekking av offentlige utgifter for eksempel tannlege etc. skaper omfattende kostnader for samfunnet.

Det er også nødvendig å se disse menneskene sin situasjon i et samfunnsetisk perspektiv, der vi som medborgere må hensynta forhold som redusert livskvalitet, medborgerskap, solidaritet, integritet, likeverdighet, livskvalitet etc. Funnene viser at det også hos byråkratene, eksisterer en fellesoppfatning om at samfunnet har store mangler i sosial institusjonell kapasitetsbygging. En rekke undersøkelser fra ulike land har sammenlignet typer av boform som alternativ til institusjon for psykiatriske pasienter, og funnet at de som bodde i

fellesleiligheter rapporterte høyere psykisk velvære enn andre som bodde alene. (Lehman AFo.a. 1991, Mercier 1004, Sørensen 2000b, Sørensen og Kleiner 2000). Kanskje kan vi av redsel for å skape særomsorg skaper ensomhet isteden?

I møte med lokalsamfunnet kan personer med psykiske lidelser få påvirket sin selvoppfatning, sosial identitet og opplevelse av integrasjon. Noe av det mest sentrale ved mennesket er vår evne til selvbevissthet og selvrefleksjon. Det er minst to forhold som påvirker vår identitet, dvs. hvordan vi oppfatter oss selv, hvordan andre oppfatter oss og hvordan vi fortolker andre sin oppfatning av oss. Tradisjonelt har mennesker med psykiske lidelser blitt assosiert med grupper som har lav status i samfunnet. Slik identifisering kan utløse ulike strategier dersom personen selv opplever som en spenning. Selv om tilrettelegging av tilbud og tjenester er viktig er det like viktig å få muligheten til å velge og i større grad ta kontroll over de tjenestene de mottar (Bergem & Ekeland 2004). På mange måter vil det si at politiske mål om integrering og medborgerskap først blir reelle hvis vi endrer vår tolerase for avvik og annerledes livsformer. Det er langt igjen til det politiske målet om integrering og medborgerskap er en realitet, og verdier og holdninger er endret på en slik måte at psykisk syke oppfattes som fullverdige borgere (Sayce, 2000:83).

Dersom grupper i samfunnet har vansker ved å nyttiggjøre seg av formelle demokratiske rettigheter på bakgrunn av fattigdom, manglende utdanning, religiøs og kulturell undertrykkelse, er dette et demokratisk problem. For at en stat skal kvalifiseres som en demokratisk rettstat, må rettighetsvernet være inkluderende og omfatte alle statens borgere. Det vil gjelde rettigheter som ytringsfrihet, forsamlingsfrihet, rett til personlig integritet, religionsfrihet og rettfærdig behandling i rettsvesenet (Midgaard, Rasch 2004:53). For å sikre alle borgerne like muligheter for politisk deltakelse og medbestemmelse, myndiggjøring, organisering, politisk mobilisering, etc. vil det være nødvendig å ivareta innbyggernes sosiale og kulturelle rettigheter. Dette er grunnleggende menneskerettigheter som kommer til uttrykk i internasjonale menneskerettighetsnormer. I tillegg til lovverket som anerkjenner disse rettighetene må staten opprette institusjoner som sikrer at rettighetene ivaretas. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har gjennom flere hundreår vært ekskludert fra samfunnet. Skal de nevnte rettighetene også gjelde for dem, handler det både om politikk og om våre egne holdninger.

Det handler ikke om å gå for langt. Det handler om å ta brukernes behov på alvor og sette dem foran våre egne ideologier. Mangel på tid og ressurser vil ramme de sykeste brukerne. Omsorgsfagene er fag og profesjoner. En profesjonsutøver i omsorgsfagene har en bestemt kompetanse som utøves i møte med brukerne. Kommunikative relasjoner er kjernen i slik profesjonsutøving. Den bygger på tillit, men kan bli truet av makt, tradisjoner og manglende organisering. Begrepet ”tjenesteyter” tydeliggjør en endret retning fra en paternalistisk omsorg mot en tilnærming til kundestyrte etterspørsel etter tjenester.

Fremtidens personale må ha en annen kompetanse i arbeidet med psykisk syke, og i større grad nyttiggjøre seg av tverrfaglighet. Paternalistisk, segregerende omsorg må vike plassen for en mer mentorrolle. Det handler om forståelse, håndtere utfordringer, finne nye veier til å realisere brukernes egne ønsker og drømmer. Det handler om å støtte bruker på utvikling av mestringsstrategier. Vi må ta inn over oss at idealer om å delta i samfunnet også gjelder for de med psykiske lidelser. Disse personene er på ingen måte like, men har ulike ønsker og behov. Behovenes kompleksitet stiller store krav til tjenesteutøverne. Det stilles også store krav til normalisering. Disse utfordringene vil kreve en annen kommunikasjon og samhandling som ikke kan avgrenses med tidsmarginer. Anerkjennelse av arbeidsoppgaver og kompleksitet er viktig for å rekruttere og beholde personalet. Vi skal også forvente at personalet vil være med å bidra til en større harmonisering av idealer og realiteter.

Litteratur

- Amdam, J. og Amdam, R. (2000): *Kommunikativ planlegging*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet : 9.1.1 "Særomsorg".
www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/regpubl/otprp/20022003/Otprp-nr-28-2002-2003-/9/1/1.html?id=171845-21.mai kl.20.45
- Berg, N. B. J. (2002): *Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte*. Oslo: Aschehoug
- Bergem, R. og Ekeland, T.J. (2004): *Identitet og integrasjon. Menneske med psykiske lidinger i små samfunn*. Tidsskrift for Velferdsforskning. Fagbokforlaget
- Bergem, R. og Ekeland, T.-J (2006): *Psykisk sjuke som medborgarar*. Fagboklaget, Tidsskrift for Velferdsforskning
- Brox, O. (1995): *Praktisk samfunnsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bømmer, T.U. (1995): *Sindslidende i små kommuner*, Prosjekt støtte- og kontaktpersonordning 50-M Socialministeriet, 4, Rapport. Aalborg: Socialt utviklingscenter Storkobenhavn ALFUFF
- Bømmer, T.U. (2000): *Når samfundet udstøder*. Socialpædagogisk Bibliotek. Gyldendal Uddannelse. København: Nordisk Forlag
- Ekeland T.-J.(2001): *Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs*. Fokus på familien. Tidsskrift for familiebehandling, ISSN: 0332-5415
- Ekeland, T.-J (2003): Integrating "madness" – a contradiction in terms? – In K.Heggen, R. Bergem, R. Høydal, R. Kvalsund / J.O. Myklebust (eds.) *Marginalisation an Social Exclusion*. Conferenced (pp 51-67) Report Volda: Møre Resarch / Volda University College
- Ekeland, T.-J. (2003): *Ein diagnose av psykiatri diagnoser*. Impuls tidsskrift for psykologi nr. 1
- Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (2007): *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ekeland, T.-T.(2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*. Høgskolen i Oslo, notatet er laga på oppdrag frå senter for profesjonsstudier
- Eriksen, T.H.(2008): *Et sosialantropologisk perspektiv på livskvalitet- under arbeid*. Samtiden, 4-92
- Forskrift om individuell plan, 2005 (Helse og Omsorgsdepartementet)
- Giddens, A.(1987): *Nine Theses on the Future of Sociology*. I Anthony Giddens, *Social theory and Modern Sociology*.

Cambridge, UK. :Polity Press

Goffman, E. (1967): : den totale institution socialt set / Erving Goffman ; på dansk ved Knud Eilskov
København: Paludan

Goffman, E. (1967): *Asylums* (red): *den totale institution socialt set* ; på dansk ved Knud Eilskov.
København: Paludan ISBN-87-7230-465-0,h.

Grimen, H. (2000): Dei beste tilgjengelege forklåringane.
Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:3741-2

Helgesen, M. (2006) : Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe.
Oslo: NIBR-rapport 2006:21

Helse- og omsorgsdepartementet (1997) : Prioritering på ny. Videre utfordringer i prioriteringsarbeidet
(2.9). NOU 1997:18

Helse og omsorgsdepartementet (2005): Fra stykkevis og delt – en sammenhengende helsetjeneste.
NOU 2005:3

Helsedirektoratet (2004): Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2004.
Rundskriv IS-1/2004

Hernes, G.(1976): *Ulikhet, effektivitet og rettferdighet*, i øyen, Else (red):*sosiologi og ulikhet*.
Universitetsforlaget

Hernes, H. (2001): *Kvinnens medborgerskap i den skandinaviske velferdsstaten*, i Bay, A-H., B. Hvinden og
C.Koren (red), *Virker velferdsstaten ?*
Kristiansand: Høyskoleforlaget

Holter, H. og Kalleberg, R. (1996): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*.
Oslo: Gyldendal akademisk.

Kielland, K. (2002): Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk.
Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:2458-60

Kvale, S. (2006): *Det kvalitative forskningsintervju*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lipsky, M. (1980): *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*.
New York : Russell Sage Foundation

Lov om kommunehelsetjenesteloven, 1984.

Lov om sosiale tjenester, 1993.

Lov om spesialhelsetjeneste, 1999.

Lyngstad, G. (2000): *Stigma og stigmatisering I psykiatrien – et område som krever innsats?*
Tidsskrift for Den norske legeforening nr.18 /2000

Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*.
Oslo: Universitetsforlaget

- Marshall, T.H. (1965): *Class, Citizenship and Social Development, Essays by T.H. Marshall.*
Chicago/London: The University of Chicago Press
- Marshall, T.H. (2003): *Medborgerskap og social klasse (oversatt av Stig W. Jørgensen)*
Kobenhavn: Reitzel
- Mastekaasa, A. (1998): *Måling av opplevd livskvalitet. I: Kleiven J, red. Et forskningsprogram blir til.*
Oslo: Norges forskningsråd 1998: 53-75
- Midgaard, K. og Rasch, B.E. (2004): *Demokrati – vilkår og virkninger.*
Bergen: Fagbokforlaget
- Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede, 1988.
- Miller, S. Duncan, B. og Sparks, J (2004): *The heroic client : a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*
San Francisco : Jossey- Bass ISBN: 0-7879
- Mintzberg, H. (1989): *Inside our strange world of organizations.*
New York : Free Press
- Myrvold, T.M (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer? Kommunenes arbeid med integrering og koordinering. Rapport 2004:12.*
Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Myrvold, T.M. (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005. NIBR4-rapport 2006:11,*
norsk institutt for by- og regionsforskning
- Norvoll, R. (2002): *Samfunn og psykiske lidelser : samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon.*
Oslo : Gyldendal akademisk ISBN: 82-05-30150-6, h.
- Næss, S. (2001): *Livskvalitet som psykisk velvære.*
Tidsskrift for Den norske legeforening 2001;21
- Opedal, S. Stigen, I-M. og Laudal, T. (2002) *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse.*
NIBR-rapport 2002:21
- Palmblad, E. (1992): *Psykatrin mot narsamhallet. Omgivningens møte med det psykisk avvikande.*
Lund: Studentlitteratur.
- Prottas J.M. (1979): *People-processing : the street-level bureaucrat in public service bureaucracies.*
Lexington, Mass. : Lexington Books
- Psykisk helsevernlov, 1999.
- Rundskriv I-4/99: *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak*
Øremerket tilskudd til kommunene 1999. (sosial og helsedirektoratet).
- Ryen, A. (2002): *Det kvalitative intervjuet – fra vitenskapsteori til feltarbeid.*
Bergen: Fagbokforlaget

- Sandvin, J.T. (red) (1992): *Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring*.
Oslo: Kommuneforlaget
- Sayce, L. (2000): *From psychiatric Patient to Citizen: Overcoming Discrimination an Social exclusion*.
London: Macmillan Press
- Skjervheim, H. (1976): *Deltakar og tilskodar og andre essays*.
Oslo: Tanum-Norli
- Solvang, P. (2002): *Annerledes. Uten variasjon, ingen sivilisasjon*.
Oslo: Aschehoug.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005a): *Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan*.
Veileder IS-1253
- Sosial- og helsedirektoratet (2005b): *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*.
Veileder IS-1332.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehussfunksjoner I ryggen*.
Veileder IS -1388
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*.
Oslo: Rapport IS-1315
- St.meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St.prp. 1 (2004-2005): *Statsbudsjettet 2005*.
Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr.63 (1997-98): *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*: Sosial- og helsedepartementet.
- Steihaug, S. og Loeb, M. (2007): *De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering*.
SINTEF A1367
- Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*.
Bergen: Fagbokforlaget
- Ståle Opedal, Inger Marie Stigen og Thomas Laudal (2002): *Flat struktur og resultatenheter. utfordringer og strategier for kommunal ledelse*.
NIBR-rapport 2002:2
- Sverdrup, S. (2002): *Evaluering: faser, design, gjennomføring*.
ergen: Fagboklaget
- Sverdrup, S. Kristofersen, L og Myrvold, T. (2005): *Brukermedvirkning og psykisk helse*.
Oslo: NIBR-rapport 2005:6

- Sverdrup, S. Myrvold, T. og Kristofersen, L. (2007) : Brukermedvirkning i psykisk helsearbeide – idealer og realiteter
NIBR-rapprot 2007:2
- Sverdrup, S. og Bratt, C. (2003): *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser*.
Oslo: NIBR-rapprot 2003:5
- Sørgaard, K. W. (2002): Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frembrakte reformene innen syiskisk helsevern? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 39:796-805.
- Tajfel, H. (1981): *Human Groups and Social Categoris*.
ambridge: Cambridge University Press
- Trefjord, S. og Hatling, T. (2004): Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet individuell plan psykisk helse (IPPH). Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003
Oslo: SINTEF rapport STF78 A045020STF78 A045020
- Ulvestad, A., Henriksen, A.,Tuseh, A-G, og Fjeldstad, T. (2007): *Klienten - den glemte terapeut*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Visnes, T. (1992): *Fra særomsorg til særlig omsorg*.
Oslo: Universitetsforlaget
- Wyller TB.(1998): Bruk av livskvalitetsbegrepet I medisinsk forskning – til gang eller ugang?
Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118: 4247 – 51
- Ådland, A. (2003): Hvordan opplever og erfarer beborere sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser ?
Universitetet i Bergen, Hovedfagsoppgave sykepleievitenskap

Anita Heggebø
5583 Vikedal
Tlf 40 40 63 36
anita.heggeboe@suldal.kommune.no

Til intervjukandidater

En kvalitativ studie av Psykisk helsetjeneste, med fokus på de tilsette sin opplevelse av virkeligheten.

Hvilken undersøkelse er dette og hva er målet?

I forbindelse med matergradsstudium i samfunnsplanlegging og ledelse ved Høgskulen i Volda skal jeg gjennomføre en kvalitativ studie under veiledning av professor Tor Johan Ekeland. Studiet skal innen mai 2007 resultere i en matergradoppgave.

Gjennom studiet ønsker jeg å få kunnskap om hvordan fagprofesjonene i psykisk helsetjeneste i kommunene opplever utøvelse av sitt eget yrke og tanker rundt brukerne av tjenestene. Dette satt inn i et samfunnsperspektiv med statlige målformuleringer og utfordringer knyttet til integrering, normalisering og medborgerskap innen psykisk helsetjeneste.

Som fagprofesjon er jeg utdannet sykepleier med ledelse som tilleggsutdanning. Jeg har praksis som enhetsleder i pleie og omsorgsektoren. Er nå enhetsleder for psykisk helsetjeneste, sosialkontor og tiltak for funksjonshemmede, der integrering utgjør en rød tråd i alle områdene. Valg av tematikk til materoppgaven i samfunnsplanlegging og ledelse, skyldes jobbsituasjon, utdanning og politisk bakgrunn. Jeg ønsker å gjennomføre et intervju med hver enkelt person, der vi har fokus på:

- Tjenestetilbud
- Organisering
- Brukermedvirkning
- Tverrfaglig samarbeid
- Integrering

Målsetting med studiet:

Oppnå økt kunnskap om fagfolket sitt opplevelser av tjenesten og egen profesjonsutøvelse knyttet til sine relasjoner, profesjonsidentitet, utøving av yrket, sett i sammenheng med ideologisk forankring. Jeg har valg ut to kommuner i Rogaland. For at

studiet mitt skal få tilstrekkelig validitet er jeg avhengig av et visst utvalg av tilsette i kommunen. Jeg ønsker derfor å intervju:

- Leder for Psykisk helsetjeneste
- 2 psykiatriske sykepleiere med lengst erfaring
- Leder for sosialtjenesten
- Kommunelege

Jeg planlegger å gjennomføre mine intervju i perioden 28. Januar til 8. Februar 2008. Jeg beregner å bruke 2 dager til intervju i hver kommune. Dette fordi jeg må ha tid til å transkribere intervjuene og kan derfor ikke ha så mange intervju på en dag. Jeg håper dere er positivt innstilt og kan sette av tid til å bistå meg i min studie. Jeg tar kontakt med dere i uke 2 for eventuell planlegging av tid og dat. Dersom det er behov for avklaringer eller utfyllende informasjon, setter jeg umåtelig pris på om dere kan ta kontakt med meg på telefon snarest.

13.01.08

Med vennlig hilsen

Anita Heggebø

