

**SINTEF****SINTEF Helse**

Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

**SINTEF RAPPORT**

TITTEL

**De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid - samhandling og organisering**

FORFATTER(E)

Sissel Steihaug og Mitch Loeb

OPPDRAGSGIVER(E)

KS

RAPPORTNR.

SINTEF A1367

GRADERING

Åpen

OPPDRAGSGIVERS REF.

Anna Charlotte Larsen

GRADER. DENNE SIDE

Åpen

ISBN

978-82-14-04240-5

PROSJEKTNR.

78i073

ANTALL SIDER OG BILAG

105 sider, 3 vedlegg

ELEKTRONISK ARKIVKODE

A1367

PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)

Sissel Steihaug

VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)

Trond Hatling

ARKIVKODE

DATO

2007-05-05

GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)

Britt Venner

SAMMENDRAG

Denne rapporten gjør rede for resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse i 67 norske kommuner og en intervjuundersøkelse i 10 kommuner. Studien omhandler kommunenes arbeid for mennesker med psykiske lidelser som oppleves særlig ressurskrevende. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra KS i perioden september 2006 til mars 2007.

Resultatene fra studien viser at kommunene har tatt ansvaret for brukere med psykiske lidelser som de opplever ressurskrevende. Brukere med en rekke ulike funksjonsproblemer og vansker inngår i studien, og dette synliggjør at kommunene står overfor mangeartede og krevende oppgaver. Brukernes vansker i dagliglivet er den viktigste faktoren for om de opplever ressurskrevende, og tjenestenes hovedutfordringer ligger i å yte tilstrekkelig hjelp i hverdagen.

Resultatene viser også at kommunene håndterer arbeidet med disse brukerne. Imidlertid må kommunene rustes opp både kompetanse- og kapasitetsmessig for å utvikle et tilfredsstillende tjenestetilbud til alle brukerne. Ikke minst må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten videreutvikles, først og fremst DPS og akuttavdelingene.

Viktige momenter framover:

- tydeliggjøring og videreutvikling av psykisk helsearbeid som kunnskaps- og praksisfelt
- kommunal organisering og ledelse som fremmer fagutvikling og samarbeid
- samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kjennetegnet av samtidighet og felles ansvar og av respekt og likeverd

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsearbeid	Community mental health
GRUPPE 2	Kommunehelsetjeneste	Primary health care
EGENVALGTE	Samarbeid	Cooperation



## Forord

Denne rapporten gjør rede for resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse i 67 norske kommuner og en intervjuundersøkelse i 10 kommuner om kommunenes arbeid for mennesker med psykiske lidelser som ansatte opplever særlig ressurskrevende. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra KS i perioden september 2006 til mars 2007.

I de innledende kapitlene redegjøres for bakgrunnen for undersøkelsen, problemstillinger og metode. Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen presenteres i kapittel 5 og fra intervjuundersøkelsen i kapittel 6. Disse kapitlene kan leses uten å ha lest metodekapittelet, men for lettere å få en oversikt over resultatene anbefales å lese spørreskjemaene som ansatte i kommunene har besvart (vedlegg 1 og 2). Kapittel 7 er et rent teorikapittel der noen teoretiske perspektiver knyttes til hovedtemaene i kapittel 5 og 6. I kapittel 8 oppsummeres hovedfunnene i studien, og det gis innspill til gode modeller for det psykiske helsearbeidet for brukere med psykiske lidelser som tjenestene opplever ressurskrevende. Kapittel 8 er utformet slik at det skal kunne leses selvstendig.

Mange har gitt viktige bidrag til denne studien. Vi vil først og fremst takke ansatte i kommunene som deltok. I 67 kommuner tok ansatte seg tid til å fylle ut omfattende spørreskjemaer; svært mange bidro også med betydelige og informative fritekstkommentarer. Takk skal dere ha!

I ti kommuner ble nøkkelinformanter forespurt om å la seg intervju, og alle svarte ja. For tre kommuner ble samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten også intervjuet. Takk til dere alle for stor velvilje og for at dere delte nyttige erfaringer og kloke tanker med oss!

Den faglige ressursgruppa har vært gode støttespillere i prosjektet. De kom med nyttige innspill, ideer og forbedringsforslag gjennom hele prosjektperioden og fortjener stor takk.

Sist, men ikke minst, vil vi få takke KS for godt samarbeid om prosjektet og Rådmannsgruppen i Telemark for nyttige tilbakemeldinger under veis.



Sissel Steihaug

Prosjektleder



## Sammendrag

### Problemstilling og metode

Målsetningen for prosjektet er (1) å øke kunnskapen om utfordringer i å utvikle gode tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som oppleves særlig ressurskrevende og (2) å øke kunnskapen om gode modeller for utformingen av tjenestene til disse brukerne - modeller som kan bidra til å gi brukerne et best mulig tilbud i kommunene i dag.

Problemstilling 1 utforskes gjennom en spørreskjemaundersøkelse i et utvalg norske kommuner og problemstilling 2 gjennom en intervjustudie i 10 kommuner. 129 kommuner og en bydel i Oslo fikk tilsendt ett spørreskjema (skjema 1) til leder og ti spørreskjema (skjema 2) som skulle fylles ut angående enkeltbrukere av tjenesteutøvere som kjente brukerne godt. 67 kommuner, inkludert en bydel i Oslo, svarte (52 prosent). Til intervjustudien er valgt ti kommuner som utfører et godt psykisk helsearbeid for brukere som oppleves særlig ressurskrevende. Seksten informanter fra de ti kommunene og fire informanter fra samarbeidende spesialisthelsetjeneste er intervjuet.

### Resultat av spørreskjemaundersøkelsen

Kommunene oppgir i å ha gjennomsnittlig i underkant av 2 ressurskrevende brukere per 1000 innbyggere. Skjema 2 ble fylt ut for i alt 448 brukere, hvorav voksne (18 - 67 år) utgjør 403 (92 prosent), og det er i hovedsak resultater for denne aldersgruppen som presenteres i rapporten. 78 prosent av brukerne oppgis å ha en alvorlig psykisk lidelse, 26 prosent en annen psykisk lidelse, og 9 prosent oppgis å ha både alvorlig og annen psykisk lidelse.

Både ledere og tjenesteutøvere ble spurt om hvilke faktorer som bidrar til at brukere oppleves ressurskrevende. Brukerens funksjonsproblem i daglige gjøremål skåres høyest. Brukerens personlige vansker blir vurdert som nokså viktig, spesielt angst og depresjon. Brukerens atferd tillegges mindre betydning. Ved atferden er det at brukeren isolerer seg den enkeltfaktor som vurderes som viktigst, mens "slag, spark eller liknende mot personalet" får lavest skåre av tjenesteutøverne. Tjenesteyterne tillegger problemer med rusmiddelmisbruk relativt liten vekt.

112 (28 prosent) av brukerne har døgnskuttet tilsyn. Brukerne uten døgnskuttet tilbud får i gjennomsnitt hjelp til sammen mellom 9,6 og 15 timer per uke fra hjemmehjelp, hjemmesykepleie og ansatte i psykisk helsearbeid.

For 49 prosent av brukerne angir ansatte at tilbudet er tilfredsstillende, for 47 prosent mindre eller ikke tilfredsstillende. Manglene som anses å være av størst betydning, er mangel på egnet bolig (16 prosent av brukerne), dagtilsyn i bolig og døgnskuttet tilsyn i bolig. Tjenestene som flest brukere mangler, er støttekontakt (31 prosent) og kommunalt aktivitetstilbud på dagtid (23 prosent). Mangel på kommunale tilbud angis viktigere enn manglende tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

De viktigste utfordringer i arbeidet med å etablere gode tjenester angis å være kapasitet, kompetanse og samarbeid i kommunale tjenester og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. For lite ressurser omtales spesielt i forbindelse med mangel på egnede boligtilbud, døgntilsyn og oppfølging i bolig og til aktiviteter og trening av sosiale ferdigheter. For en del av brukerne som angis å få et mangelfullt tjenestetilbud i dag, ser tjenesteyterne ut til å mene at de kunne gitt et tilfredsstillende tilbud med tilstrekkelig ressurser.

For en del brukere angis mer kompetanse å være nødvendig for å gi tilfredsstillende tjenestetilbud.

Kompetanse dreier seg om en generell kompetanse på psykisk helsearbeid, det dreier seg om mer spesialisert kompetanse og om relasjonskompetanse. Mulighet for fag- og kompetanseutvikling har sammenheng med organisering og ledelse.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten angis som en forutsetning for å utvikle gode tjenester til brukere med alvorlige, langvarige psykiske lidelser. Mange beskriver godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og tjenesteyterne skårer over middels godt for samarbeidet om brukerne som inngår i studien. Samtidighet og felles ansvar løftes fram som kjerneelementer i samarbeidet, likeledes respekt og likeverd.

For kun 2-3 brukere i denne studien bemerkes det at de burde hatt et langvarig eller mer permanent tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Studien omfatter kun åtte brukere mellom 12 og 18 år og kan derfor si lite om denne aldersgruppen. Også i gruppen eldre inngår få brukere, og det er ikke grunnlag for å trekke bastante konklusjoner av resultatene. Imidlertid får eldre påfallende mindre tjenester enn voksne til tross for at de oppleves nesten like ressurskrevende. Det trengs videre studier for å finne ut om det faktisk eksisterer slike forskjeller og hva som i tilfelle er årsaken til dem.

### **Intervjustudien**

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen dannet grunnlaget for å utarbeide guide for intervjuene med ansatte i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Oppmerksomhet ble rettet mot temaer som kapasitet og kompetanse i kommunale tjenester, psykisk helsearbeid som kunnskaps- og praksisfelt, brukermedvirkning, samarbeid internt i kommunen, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de særlig ressurskrevende brukerne som kommunen har problemer med å etablere et tilstrekkelig tilbud til. Resultatene fra intervjuundersøkelsen danner, sammen med resultater fra spørreskjemaundersøkelsen og noen teoretiske perspektiver beskrevet i kapittel 7, grunnlaget for innspill til de gode modellene for psykisk helsearbeid for brukere som oppleves særlig ressurskrevende.

### **Veien videre - innspill til de gode modellene**

Å tydeliggjøre og videreutvikle psykisk helsearbeid som kunnskapsfelt anses å være av stor betydning for å få til et godt tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som oppleves særlig ressurskrevende:

- psykisk helsearbeid forholder seg til alle områder av livet til folk, og det handler mer om hvordan livet leves enn om symptomer og diagnoser
- det trengs bedre beskrivelse av psykisk helsearbeid som kunnskapsfelt og en teoretisk forankring av fenomener som oppleves viktige i det daglige arbeidet
- det trengs en kunnskapsteoretisk debatt om hva kunnskap er og om hva som er relevant og gyldig kunnskap i psykisk helsearbeid
- i kunnskapsutviklingen av psykisk helsearbeid bør ulike kunnskapstradisjoner inngå, kunnskap fra for eksempel samfunnsfag, humanistiske fag, filosofi og pedagogikk
- brukerkunnskap må utgjøre en viktig del av kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid
- det ligger en betydelig utfordring i å integrere ulike typer kunnskap i en felles kunnskapsbase
- etisk refleksjon må gis plass og oppmerksomhet i det psykiske helsearbeidet

Det psykiske helsearbeidet som praksisfelt må videreutvikles:

- det finnes mye kunnskap om praksis og en del gode beskrivelser av arbeidet
- det trengs videre kunnskapsutvikling gjennom evaluering
- det trengs videre forskningsbasert, praksisnær kunnskapsutvikling

Kunnskaps- og kompetanseutvikling er vesentlig, og noen momenter pekes ut:

- kunnskaps- og kompetanseutvikling bør være både et lokalt og et overordnet ansvar
- evaluering og læring av praksis er viktige elementer i lokal kunnskapsutvikling
- oppmerksomhet må rettes mot utvikling av relasjonskompetanse
- kunnskapsutvikling på overordnet nivå må også ivareta kunnskapsspredning kommuner imellom - kompetansenettverk kan være en god løsning

Brukermedvirkning og brukerperspektiv er kjernen i helsearbeid:

- brukermedvirkning er avgjørende viktig for godt psykisk helsearbeid
- å innta brukerens perspektiv kan være krevende
- Lorems og Schibbys modeller for samhandling (som skisseres i teorikapittelet) kan være til god hjelp i praktisk arbeid.
- kvalitetsvurdering og -utvikling innen psykisk helsearbeid må først og fremst rette oppmerksomheten mot møtet mellom bruker og hjelper, som er kjernen i psykisk helsearbeid

Inkludering:

- deltakelse er en overordnet verdi i psykisk helsearbeid
- arbeid med å motvirke stigmatisering og fremme inkludering er oppgaver for langt flere aktører enn ansatte i psykisk helsearbeid

Organisering og ledelse har stor betydning for det psykiske helsearbeidet i kommunen:

- organisering av psykisk helsearbeid i en enhet synliggjør det psykiske helsearbeidet og skaper gode betingelser for fag- og kompetanseutvikling
- i små kommuner er samarbeidsteam en alternativ mulighet
- tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid 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 slik samarbeid
- moderne styringssystemer som bestiller-utførerorganisering og innsatsstyrt finansiering harmonerer dårlig med det spesifikke ved psykisk helsearbeid – helhet, samordning, samarbeid, fleksibilitet og kontinuitet
- kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid må fange det vesentlig i arbeidet og ikke være for omfattende

Viktige faktorer for godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten:

- samtidighet og felles ansvar
- likeverd og respekt
- strukturerte og gode organisatoriske rammebetingelser inkludert gode samarbeidsavtaler

Resultatene fra denne studien viser at kommunen har tatt ansvaret for brukere med psykiske lidelser som de opplever ressurskrevende. Brukere med en rekke ulike funksjonsproblemer og vansker inngår i studien, og dette synliggjør at kommunene står overfor mangeartede og krevende oppgaver. Resultatene viser også at kommunene håndterer arbeidet med disse brukerne. Imidlertid må kommunene rustes opp både kompetanse- og kapasitetsmessig for å utvikle et tilfredsstillende tjenestetilbud til alle brukerne. Ikke minst må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten videreutvikles, først og fremst DPS og akuttavdelingene.

Så godt som alle informantene i intervjuundersøkelsen, både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten, sier at det finnes noen brukere som kommunen ikke vil være i stand til å gi et tilfredsstillende tilbud. De mener bofellesskap som drives i samarbeid mellom kommunen(e) og helseforetaket kan være gode løsninger

Studien omfatter kun 67 kommuner, og det er ikke sikkert at resultatene umiddelbart er overførbare til alle kommuner eller at de ulike faktorene er like viktige i alle norske kommuner. Det er imidlertid en del viktige faktorer i godt psykisk helsearbeid som går igjen gjennom hele studien, og etter vår vurdering utpeker disse seg som så viktige at de bør vurderes av alle kommuner.

Brukermedvirkning er en betingelse for gode helsetjenester, og når kvaliteten på tjenester skal vurderes, er det brukerne som sitter med fasitsvaret. I denne studien er brukere ikke spurt. Utgangspunktet for studien er å utforske problemstillingene ut fra et kommunalt ståsted med kommunenes vurdering lagt til grunn.



## Summary

### Objectives and method

The objectives of this project are (1) to increase the level of knowledge concerning the challenges associated with the development of service delivery of good quality to users' with mental conditions who are considered to be particularly resource demanding and (2) to increase the level of knowledge concerning good models for the development of services for these users – models that can contribute to providing users with the best possible array of municipal services today. The former objective is explored through a questionnaire survey in selected Norwegian municipalities and the latter objective by means of an interview study in 10 municipalities. In 129 municipalities and one local community in Oslo questionnaires were sent: single questionnaires (Q1) to the leader and 10 questionnaires (Q2) to be completed by service providers and concerning individual users (service providers with good knowledge of the individual users). 67 municipalities, including the local community in Oslo, responded giving a response rate of 52%. For the interview study (Objective 2) 10 municipalities were selected that provided good mental health services to users who are considered to be particularly demanding of resources. Sixteen informants from the 10 municipalities and four informants from associated special health services were interviewed.

### Results of the Questionnaire survey

In Q1, municipalities claim to have on average 1.8 resource demanding users per 1000 inhabitants. Q2 was completed for a total of 448 users; 92% (403) of these were adults and this report focuses primarily on results from this group of individuals. Furthermore, 78% of users are said to have a “serious mental condition”, 26% an “other mental condition”, and 9% were claimed to have both a “serious” and an “other mental condition”.

Both leaders and service providers were asked which factors contributed to the characterisation of a user as resource demanding. Scoring highest were functional problems faced by users in doing their daily activities. Users' personal difficulties (in particular anxiety and depression) were scored quite important, and users' behaviour was scored as less important. As examples of behaviour - that the user isolates him/herself is considered the most important factor, while “hitting, kicking and other attacks on personnel” is the least important factor in an assessment what makes a user resource demanding. Problems associated with substance abuse scored were given relatively little weight in this assessment.

112 (28%) of users are supervised around the clock. Users without 24 hour supervision receive assistance on average between 9.6 and 15 hours per week from home care, home nursing care and others employed in mental health care. The service providers surveyed reported that for 49% of users the services provided were satisfactory; and services were deemed less satisfactory or not satisfactory for 47% of users. Deficiencies considered most important were lack of suitable living accommodations (16% of users), and lack of day supervision and 24 hour supervision at home. Services considered most lacking were a support person (31%) and municipally organised activity programmes (23%).

The most important challenges in establishing good services are considered to be capacity, competence, and coordination/collaboration with other municipal services and coordination/collaboration with speciality health services.

Too few resources are often cited in particular with reference to the lack of suitable living accommodations, 24 hour supervision and follow-up at home, during activities and under training in social skills. Service providers indicated that, for certain users who today receive insufficient services, these could be satisfactory had there been sufficient resources available. For other users, more competence rather than resources was considered essential in order to provide adequate services.

Competence includes general proficiency in mental health care, more specialised capability and relational proficiency. The possibility for both professional and proficiency development is closely linked to leadership and organisational structure.

Collaboration/cooperation with specialised health services is considered a premise to the development of good service delivery to users with severe, long-term mental conditions. Many describe good relations with specialised health care services, and service providers score above average with respect to cooperation concerning the users included in this survey. Simultaneity and a commonly shared responsibility are raised as key elements in this collaboration, as well as parity and mutual respect. Only 2-3 users in this survey were considered to have required a long-term or more permanent specialised health care service.

The survey includes only eight users between the ages of 12 and 18 years and can therefore conclude little with respect to this particular age group. Similarly, few users were over 67 years of age and there is again little basis from which to draw conclusions. None-the-less it may be worth noting that the elderly, though considered to be as resource demanding as the rest of the adult population in the survey, receive fewer services. Further research is required to determine whether these observed differences are in fact real and to uncover possible causes for them.

### **Interview study**

Results from the questionnaire surveys laid the groundwork for the development of an interview guide for interviews with municipal employees and those employed in specialised health care delivery.

Attention was focussed on topics including capacity and competence/proficiency in municipal services, mental health care as a field of expertise and practise, user participation, cooperation internal in municipalities, cooperation within the specialised health care services, and in particular the resource demanding users that municipalities see as problematic in the establishment of a satisfactory service delivery. Results from the Interview Study constitute, together with results from the Questionnaire Survey and certain theoretical perspectives outlined in Chapter 7, a basis for the input to good models for the provision of mental health care to users who are considered to be particularly resource demanding.

### **The way forward – input to the good models**

The clarification and further development of mental health care as a field of expertise is considered to be of importance in the provision of good services to those users with mental conditions who are considered to be particularly resource demanding:

- Mental health care is concerned with all areas of life, and it is more concerned with how one lives one's life than symptoms and diagnoses
- A better description of mental health care as a field of expertise is needed as well as a theoretical foundation of those phenomena that are considered important in routine work
- A theoretical (knowledge) debate considering what knowledge is and what is relevant and current knowledge in the field of mental health care is needed
- Different knowledge traditions (from sociology, humanistic studies, philosophy, and educational sciences) should be included in the development of knowledge in mental health care
- The knowledge of users/clients must form an important part of the knowledge-base in mental health care

- An important challenge lies in integrating knowledge of different types and from different sources in a common knowledgebase
- Attention must be paid to ethical considerations in mental health care

Mental health care must also develop further as a practical field:

- Considerable knowledge on the practice of mental health care exists as well as good descriptions of the work content/process
- The development of knowledge is needed through the evaluation and assessment of work experience
- Further development of a knowledgebase can be enhanced through research

Knowledge and competence development are essential, in particular:

- Knowledge and competence development should be a responsibility of both local and higher authorities
- Evaluation and learning through practical work experience are important elements in local knowledge development
- Attention should be focussed on the development of relational competence
- Knowledge development at a higher level should also ensure the spread and sharing of knowledge among municipalities – a competence network may be a good solution

Client participation and the user perspective are central to health care provision:

- Client participation is vital for the provision of good mental health care
- The capture and use of the users' perspective can be a demanding task
- Lorem's and Schibbye's models for interaction (outlined in the theory chapter) may be of help in putting these into practice
- Both the quality assessment and quality development with mental health care must focus attention first and foremost on the meeting between users and provider – this is the core of mental health care

Inclusion

- Participation is a foremost value in mental health care
- The work against stigmatisation and for inclusion are the responsibility of more than those employed with the mental health care system

Organisation and leadership are of importance to the provision of mental health care services in the municipality:

- Organisation of mental health care within a unit makes it more visible and creates a good environment for both professional and proficiency development
- Modern control systems such as purchaser-provider split and fee for service models do not harmonise well with the specifics of mental health care – totality, coordination, collaboration, flexibility and continuity
- Mental health care must be anchored in management
- Municipal reporting on mental health care must capture the essentials in the work and not be overly comprehensive
- Multidisciplinary collaboration in mental health care is ensured through multidisciplinary staffing in mental health care units
- In small municipalities, a collaborating team may be an alternative
- Collaboration with other units is a challenge. Municipal organisation and control must promote this type of collaboration
- Enthusiasts should be identified and encouraged.

Important factors for successful collaboration between the municipality and the specialised health care service include:

- Simultaneity and shared responsibility
- Equality and respect
- Structured and well organised terms/conditions including good agreements on cooperation

The results from this study indicate that municipalities have taken responsibility of clients with mental conditions who are particularly resource demanding. Clients with a variety of functional problems and difficulties are included in the study, and this illustrates to some extent the diversity and complexity of the duties for which municipalities are responsibilities. The results also indicate that municipalities are able to handle the responsibilities involved in caring for these clients. None-the-less, municipalities must become better equipped both in terms of competence and capacity in order to develop more satisfactory services for all clients. In particular, cooperation with specialised health services should be further developed, first and foremost DPS and emergency wards.

Almost all of the informants in the interview study, both those from the municipalities and from specialised health services, indicate that there are some clients to whom the municipality will not be able to provide a satisfactory service. They are of the opinion that shared accommodations organised and run among municipalities and health districts may be a good solution.

The study includes 67 municipalities and it is uncertain whether the results are representative of all municipalities or whether the challenges identified are equally important in all Norwegian municipalities, that are themselves quite heterogeneous. There are, however, certain important factors in good mental health care that are repeated throughout the study, and in our assessment these distinguish themselves as so important that they should be considered in all municipalities.

Client participation is considered to be a condition for the delivery of good health services, and when the quality of services is to be assessed, it is the client who sits with the key to the solution. In this study the client was not approached for his/her assessment. The basis for this study was to consider the problem of resource demanding clients from the point of view of the municipality and build upon the municipality's assessment of the situation.

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>Summary</b>	<b>9</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>13</b>
<b>1 Oppdrag</b>	<b>17</b>
<b>2 Bakgrunn</b>	<b>19</b>
<b>3 Målsetting og problemstillinger</b>	<b>21</b>
3.1 Problemstillinger	21
<b>4 Metode og materiale</b>	<b>23</b>
4.1 To delstudier	23
4.2 Referansegrupper	23
4.3 Begrepet "ressurskrevende"	23
4.4 Delstudie I - spørreskjemaundersøkelse	24
4.4.1 Utviklet to spørreskjemaer	24
4.4.2 Bearbeiding av spørreskjemadata	25
4.4.3 Anonymitet	25
4.4.4 Rekruttering av kommuner til spørreskjemaundersøkelsen	25
4.5 Delstudie II - intervjuundersøkelse	26
4.5.1 Rekruttering av kommuner og informanter til intervjuundersøkelsen	26
4.6 Materiale	26
4.6.1 Kommuner som deltok i spørreskjemaundersøkelsen	26
4.6.2 Kommuner som deltok i intervjuundersøkelsen	30
4.6.3 Informantene	30
4.6.4 Gjennomføring av intervjuene	30
4.7 Metodevurderinger	31
4.7.1 Spørreskjemaundersøkelse	31
4.7.2 Intervjuundersøkelse	31
4.7.3 Brukermedvirkning	32
4.7.4 Overførbarhet	32
<b>5 Resultat av delstudie I - spørreskjemaundersøkelsen</b>	<b>33</b>
5.1 Organisering av psykisk helsearbeid	33
5.1.1 Tildeling av tjenester innen psykisk helsearbeid	34
5.2 Hvem er de ressurskrevende brukerne?	35
5.2.1 Hvor mange ressurskrevende brukere har kommunene?	35
5.2.2 De voksne brukerne som oppleves ressurskrevende	36
5.3 Hva bidrar til at kommunene opplever brukerne som ressurskrevende?	38
5.3.1 <u>Ledernes</u> vurdering av faktorer ved brukerne som bidrar til at de oppleves ressurskrevende	38
5.3.2 <u>Tjenesteutøvernes</u> vurdering av faktorer ved brukerne som bidrar til at de oppleves ressurskrevende	38
5.3.3 Kjennetegn ved tjenestene som gjør at ansatte opplever brukerne som ressurskrevende	41

5.4	Tjenestetilbudet til de ressurskrevende voksne brukerne.....	42
5.4.1	Omfanget av tjenester .....	42
5.4.2	Er tilbudet tilfredsstillende?.....	45
5.4.3	Hva mangler?.....	45
5.4.4	Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten .....	47
5.5	Utfordringer i arbeidet med å etablere gode tilbud til de særlig ressurskrevende brukerne .....	49
5.6	Viktige foraktorer for å gi godt tjenestetilbud.....	51
5.6.1	Ledernes vurdering – godt tilbud til gruppen brukere som oppleves ressurskrevende.....	51
5.6.2	Tjenesteyternes vurdering.....	52
5.7	Barn/ unge .....	54
5.8	Eldre .....	55
5.9	Ansattes vurdering av forutsetninger for gode tjenester .....	57
<b>6</b>	<b>Resultat delstudie II - intervjuundersøkelse .....</b>	<b>61</b>
6.1	Samarbeid med brukeren – ”å ta brukerens perspektiv” .....	61
6.2	Psykisk helsearbeid må synliggjøres og beskrives.....	62
6.2.1	Kunnskapsgrunnlaget må utvides .....	64
6.2.2	Det trengs kompetanse, og først og fremst samhandlingskompetanse .....	65
6.3	Organisering og ledelse har stor betydning for det psykiske helsearbeidet .....	65
6.4	Samarbeid i kommunen - koordinerte tjenester?.....	68
6.4.1	Godt samarbeid innen enhet for psykisk helsearbeid .....	68
6.4.2	Mer problematisk samarbeid med andre enheter i kommunen.....	68
6.5	Begrenset kapasitet betinger bevisst prioritering .....	69
6.6	Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten er en betingelse for godt psykiske helsearbeid i kommunen.....	70
6.6.1	”Vi har gode erfaringer med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten” .....	70
6.6.2	Hva er viktig for å få til godt samarbeid? .....	71
6.6.3	Veiledning er helt nødvendig.....	73
6.7	Brukerne som kommunen ikke greier å etablere et godt nok tilbud til .....	74
<b>7</b>	<b>Noen teoretiske perspektiver .....</b>	<b>75</b>
7.1	Hva skal psykisk helsearbeid i kommunen være? - kunnskapsgrunnlag .....	75
7.1.1	Teoretiske forankring.....	75
7.1.2	Brukerkunnskap .....	77
7.1.3	Beskrivelse av praksis.....	77
7.2	Hva slags kompetanse trengs i psykisk helsearbeid? .....	78
7.2.1	Relasjonskompetanse – samarbeid med bruker .....	78
7.2.2	Generell og spesiell kompetanse.....	79
7.3	Verdigrunnlag.....	80
7.4	Målsetningen er et godt liv i kommunen - eksempler på tilnæringsmetoder i psykisk helsearbeid .....	80
7.4.1	Recovery - tilfriskning .....	80
7.4.2	Mestring og selvstendighet .....	81
7.4.3	Makt og avmakt - empowerment .....	81
7.5	Stigmatisering og inkludering .....	82
<b>8</b>	<b>Veien videre - innspill til de gode modellene .....</b>	<b>85</b>
8.1	Hva skal psykisk helsearbeid i kommunen være?.....	85
8.1.1	Kunnskapsgrunnlag i det psykiske helsearbeidet .....	85
8.1.2	Psykisk helsearbeid som praksisfelt .....	87
8.1.3	Kunnskaps- og kompetanseutvikling.....	88

	8.1.4 Hvem trenger hva slags kompetanse?.....	89
8.2	Brukermedvirkning og brukerperspektiv .....	89
	8.2.1 Kvalitet .....	90
8.3	Kapasitet .....	90
8.4	Inkludering .....	92
8.5	Rammebetingelser for godt psykisk helsearbeid.....	93
	8.5.1 Organisering .....	93
	8.5.2 Ledelse og styring .....	94
	8.5.3 Samarbeid og samordning i kommunen .....	95
8.6	Samtidighet og felles ansvar i samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.....	96
8.7	Ildsjeler .....	97
8.8	Store og små kommuner.....	98
8.9	De særlig ressurskrevende brukerne - en oppgave for kommunen? .....	98
	8.9.1 Kommunene har tatt ansvar .....	98
	8.9.2 Skal alle ha et tilbud i kommunen?.....	99
<b>9</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>101</b>
<b>10</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>105</b>





## 1 Oppdrag

Denne rapporten presenterer resultater fra en undersøkelse som er gjennomført på oppdrag fra KS. Bakgrunnen for prosjektet er at kommunene de siste årene har fått økt ansvar for mennesker med psykiske lidelser som følge av reformene innen helsetjenesten og Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp.nr. 63 (1997-1998)). Denne utvikling har ført til at kommunene i dag skal gi et tilbud til langt flere mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn tidligere, både fordi brukere med psykiske lidelser er utskrevet fra institusjon til kommunene, og fordi økt oppmerksomhet mot psykiske lidelser medfører økte forventninger til tjenestene. KS har fått tilbakemeldinger om at denne utviklingen gir et ressurs- og kapasitetsproblem i kommunene, og at det er vanskelig å få tilstrekkelig støtte fra spesialisthelsetjenesten. De mest ressurskrevende brukerne kan ha behov for mer kontinuerlig oppfølging, et bredere spekter av tiltak og mer kompetanse enn kommunene har hatt tradisjon for.

KS opplyser at kommunene etterlyser en mer omfattende støtte fra spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for en ytterligere vurdering av om det finnes brukere i kommunene som trenger mer hjelp enn det kommunene kan og skal gi. Tidsperioden for Opptrappingsplanen er snart over, og kommunene får mer ansvar for å gi et godt tilbud til denne gruppen. På denne bakgrunn ønsker KS bedre oversikt over hvilke brukere kommunen finner det vanskelig å gi et tilfredsstillende tilbud, mer kunnskap om omfang av kapasitets- og ressursproblemet og om kompleksiteten i tjenestetilbudet. I tillegg ønsker KS innspill til gode modeller for arbeidet med disse brukerne i kommunen og for organiseringen av tjenestetilbudet.



## 2 Bakgrunn

Som følge av Opptappingsplanen i psykisk helse har kommunene de senere årene fått økt ansvar for og rettet mer oppmerksomhet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser. En rekke tjenester og tiltak er bygget opp, og det ser ut til at mange av de kvantitative målene som ble satt for Opptappingsplanen, er nådd (St.prp. nr. 1 (2006-2007)). Imidlertid påpekes det at det er et langt stykke igjen før de kvalitative målene er nådd. Det fremholdes at behovet for kvalitetsutvikling av tjenestene til personer med alvorlige psykiske lidelser er særlig stor innenfor pleie- og omsorgstjenesten (ibid).

Romøren finner i sin undersøkelse at mennesker med psykiske lidelser, under ellers like forhold, sjeldnere mottar tilstrekkelig hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Han tar det som et tydelig tegn på at kommunene har vansker med å håndtere disse pasientenes problemer og behov fordi de er særskilt kompetansekrevende (Romøren, Helsetilsynet 2003). Romøren skriver at en av ti tjenestemottakere får omfattende og komplisert hjelp av den kommunale helse og omsorgstjenesten, og at håndtering av komplekse tilstander hos mennesker med psykiske lidelser, utviklingshemming eller alderdemens dominerer. Dette betyr i klartekst at det er psykiatireformene og HVPU-reformen som har gitt kommunene de faglig mest utfordrende oppgavene de har i dag. Somatiske sykehus overfører også mange krevende oppgaver til kommunehelsetjenesten, men disse ser foreløpig ut til å ligge innenfor et kompetanseområde personalet er vant til og som de behersker (Romøren, Helsetilsynet, 2003). Dette kan bekreftes av andre. I Kalseths studie av utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gir personell innen pleie- og omsorgstjenester i kommunen og fastleger uttrykk for at oppgaver innen psykisk helse og rusmisbruk krever mer kompetanse og tilgang til spesialisthjelp enn de har (Kalseth 2004). SINTEF Helses undersøkelse av gamle og nye utfordringer i kommunehelsetjenesten viser at sykepleierne opplever det vanskelig å ivareta god kvalitet på tjenestene til personer med psykiske lidelser (Hofset 2003). I Statens helsetilsyns statusrapporter påpekes også at det er en utfordring å gi god kvalitet på tjenestene til personer med alvorlige psykiske lidelser innenfor pleie- og omsorgstjenestene (Statens Helsetilsyn 2003, 2005). Dette tilskrives ressurs- og kompetansemangel. Helsetilsynet påpeker at denne brukergruppen fører til behov for å endre utformingen av kommunenes ordinære tjenester slik at den treffer målgruppens behov bedre.

I en undersøkelse av fastlegenes tilbud og samarbeid om personer med alvorlig psykisk lidelse konkluderes det med at mye gjenstår for å få et pasientrettet tilbud, et godt samarbeid, og å få tilstrekkelig kompetanse om psykiske lidelser blant fastleger (Ådnanes 2005). Fastlegene og de ansatte i psykisk helsearbeid i kommunene kunne i denne studien enes om at spesialisthelsetjenesten burde bistå i større grad enn det som var tilfelle, både ved å være mer tilgjengelig og ved å yte bistand til kommunene gjennom råd og veiledning.

For å sikre et godt tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser i kommunene er det nødvendig med et bredt spekter av tjenestetilbud på ulike nivåer. Wisløff- utvalget fremholder i denne forbindelse at personer med alvorlige psykiske lidelser, i likhet med mennesker med andre langvarige lidelser, har spesielt behov for samordnede tjenester innen kommunen og godt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (NOU 2005:3).

Det ser ut til at personer med både rusproblem og alvorlige psykiske vansker har et ekstra stort behov for at noen tar et overordnet ansvar for et koordinert bo- og tjenestetilbud. Det konkluderes med at tett oppfølging og støtte er viktig, og at dette fremmes ved å tilrettelegge for trygghet,

tilstrekkelig oppfølging og samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å forebygge behov for institusjonsopphold (Hansen 2006, Holm 2006).

I beskrivelsen av brukergruppen som kommunen opplever ressurskrevende og synes de synes det er vanskelig å gi et tilfredsstillende tilbud, omtales gjerne personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser og pasienter med både rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse (NOU 2005:3, Helsetilsynet 2003). Det finnes imidlertid få systematiske studier av hva som gjør at kommuneansatte opplever brukerne som "tunge" eller "ressurskrevende". I Norvolls studie av skjerming i akuttposter synes det som om personalets opplevelser av pasientene som "tunge" har sammenheng med spesielle problemer hos pasientene, som for eksempel urolig atferd, samhandlingsvansker, problemer med å ivareta personlig hygiene, mistenksomhet, sinne og evt. slag mot personalet (Norvoll 2007). Ansattes opplevelse av brukerne som ressurskrevende påvirkes også av faktorer utenfor brukeren. Det kan være organiseringen av og kompetanse i tjenestene, personalets trygghet i møte med brukeren samt veiledning og tilgang til eksterne faglige og personellmessige ressurser (Astvik 2002). Kunnskapen på dette feltet er mangelfull. Det finnes lite systematisk kunnskap om hva slags utfordringer kommunene står overfor når de skal etablere gode tjenestetilbud til brukere som oppleves særlig ressurskrevende og hva som er hensiktsmessige modeller for arbeid og samarbeid.

### 3 Målsetting og problemstillinger

Målsettingen for prosjektet er todelt:

1. Øke kunnskapen om utfordringer i å utvikle gode tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som oppleves særlig ressurskrevende.
2. Øke kunnskapen om gode modeller for utformingen av tjenestene til brukere som oppleves særlig ressurskrevende - modeller som kan bidra til å gi disse brukerne et best mulig tilbud i kommunene i dag.

#### 3.1 Problemstillinger

For å belyse punktene ovenfor vil vi identifisere og utdype viktige faktorer både innenfor kommunen og i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som har betydning for utformingen av et godt tjenestetilbud. Prosjektet skal studere følgende problemstillinger:

A. *Hva er kommunenes hovedutfordringer i å gi adekvate tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som oppfattes ressurskrevende?*

1. Antall brukere, viktige kjennetegn ved brukerne og ved utformingen av tjenestetilbudet
  - Hvilke brukere oppfatter kommunene som ressurskrevende?
  - Hva kjennetegner omfang av problemer og kompleksitet i hjelpebehov?
  - Hvilke andre faktorer bidrar til opplevelsen av disse brukerne som ressurskrevende?
  - Hvor mange brukere oppleves ressurskrevende i kommunene?
  - Hvilke tjenester tilbyr kommunene disse brukerne?
2. På hvilke områder er det vanskelig å gi et godt tilbud til brukere som oppleves ressurskrevende?
  - Hvor er det kvaliteten på tilbudet svikter og på hvilke områder er det udekte tjenestebehov?
  - Hvordan er de kommunale tilbudene tilpasset brukernes behov?
  - Hva er omfaget av udekkede behov for tiltak fra spesialisthelsen?
  - Hvilke av spesialisthelsetjenestens tilbud er mangelfulle?
  - Hvor mange brukere vurderes som på feil tjenestenivå og hvorfor?
3. Hemmende og fremmende faktorer for å gi et godt tjenestetilbud?
  - Hvilke faktorer bidrar til at et tilbud blir mangelfullt?
  - Hvilke faktorer bidrar til å gi et godt tjenestetilbud?

Problemstillingene i spørsmål A belyses hovedsakelig gjennom en spørreskjemaundersøkelse som oppsummeres i kapittel 5.

B. *Hva er gode modeller for å gi et godt tilbud til brukere med psykiske lidelser som oppfattes som særlig ressurskrevende?*

- Hva kjennetegner kommunene og tjenestetilbudet i de kommunene der ansatte opplever at de klarer å gi et godt tilbud til denne gruppen?
- På hvilke måter kan man organisere tjenestetilbudet internt i kommunen og samarbeide med spesialisthelsetjenesten slik at disse brukerne får et godt tilbud?
- Hva slags kompetanse er nødvendig?

Disse spørsmålene utdypes gjennom en intervjustudie med utgangspunkt i resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen, og resultatene fra denne delstudien oppsummeres i kapittel 6.

## **4 Metode og materiale**

### **4.1 To delstudier**

For å belyse problemstillingene valgte vi å kombinere to ulike tilnæringsmetoder. Problemstillingene under pkt A - kommunenes hovedutfordringer i å gi et godt tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som oppleves ressurskrevende - vil bli belyst gjennom delstudie 1. Denne gjennomføres som en spørreskjemaundersøkelse til kommunene. Delstudie II skal besvare spørsmålene under problemstilling B og gi innspill de gode modellene for arbeidet med brukere som oppleves ressurskrevende.

### **4.2 Referansegrupper**

#### **Faglig ressursgruppe**

SINTEF opprettet tidlig i prosjektfasen en faglig ressursgruppe for å få råd og innspill til utarbeiding av spørreskjemaer og intervjuguide og til fortolkning av resultater i forhold til de gode modellene for arbeid med ressurskrevende brukere i psykisk helsearbeid. Medlemmer i denne gruppen er en brukerrepresentant, tre psykiatriske sykepleiere fra kommunale tjenester og en representant fra Rådet for psykisk helse. Gruppen avholdt til sammen tre møter, og deltakerne gav i tillegg råd og kommentarer per mail.

#### **Rådmannsgruppe**

KS har oppnevnt Rådmannsgruppen i Telemark som referansegruppe, og den 13.2.2007 ble det avholdt møte med rådmennene. Foreløpige resultater fra delstudie 1 ble lagt fram og kommentert. Betydningen av kommuneøkonomi ble understreket, og det ble anbefalt å intervju rådmenn i noen av kommunene som deltar i delstudie II.

### **4.3 Begrepet "ressurskrevende"**

I planleggingsfasen av denne studien var det i forskergruppen og den faglige ressursgruppen mye diskusjon om språk. Alle hadde et uttalt ønske om å unngå stigmatiserende språkbruk samtidig som vi måtte finne uttrykk som var beskrivende og tydelige nok til å bli forstått av informantene i kommunene.

Utgangspunktet vårt i denne studien er at mennesket har ukrenkelig egenverd. I kraft av å være menneske har hver og en av oss en unik historie. I vårt samfunn kan det se ut til at mennesker som av en eller annen grunn er fullstendig avhengig av støtte fra andre ikke innrømmes det samme verd. Respekt må være uavhengig av ytre forhold som selvhjulpenhet eller hjelpebehov. Vi ønsker at det skal gjenspeiles i språkbruken i studien.

Forut for studien ble begrepet "tunge brukere" anvendt, men vi oppfatter begrepet "tung" som uheldig fordi det kan gi negative assosiasjoner i retning besværlig eller belastende.

Noe av hensikten med studien var å finne ut mer om hva som karakteriserer brukere som ansatte i kommunene synes det er ekstra utfordrende å gi tilfredsstillende tjenestetilbud til. Vi søkte derfor å unngå begreper som la for mye føringer og derved låste ansatte for mye i våre forforståelser, for eksempel ved å beskrive brukeres behov for mye tjenester eller tjenester fra mange. Vi ønsket å være åpne for at andre faktorer kunne være viktigere og mente at begrepet "ressurskrevende" ville låse informantene litt mindre. Vi ville også unngå å knytte ressurskrevende til brukeren som en egenskap ved brukeren, men vektlegge at ressurskrevende tenkes situasjonsbetinget. Brukeren er ikke ressurskrevende - ressursbehovet varierer over tid.

Vi kunne enes om uttrykket "brukere som ansatte opplever ressurskrevende". Dette er et relasjonelt begrep som tydeliggjør at det er tjenesteutøverens vurdering som legges til grunn, ikke en forståelse av at brukere er slik. Det er et perspektiv som rommer mulighet for endring og utvikling. I innledende tekst i spørreskjemaet gjør vi oppmerksom på at vi med ressurskrevende mener brukere som har det til felles at de trenger noe ekstra ut over den vanlige oppfølgingen. Vi presiserer videre at det legges vekt på tjenestenes opplevelse av brukeren som ressurskrevende og ikke en bestemt definisjon.

#### 4.4 Delstudie I - spørreskjemaundersøkelse

Delstudie I er en kartleggingsundersøkelse i et tilfeldig utvalg norske kommuner. Hensikten er å belyse problemstillingen skissert under pkt. A.

Vi utviklet to spørreskjemaer. Skjema 1 skulle fylles ut av leder eller annen fagperson i kommunen, ett skjema for hver kommune. Skjema 2 er et brukerskjema som skulle fylles ut av tjenesteutøver som arbeider nær brukerne, og det skulle fylles ut ett skjema for hver bruker, for inntil 10 brukere i hver kommune.

##### 4.4.1 Utviklet to spørreskjemaer

Spørreskjemaene ble utviklet på grunnlag av generell kunnskap på feltet samt samarbeid med fagutøvere i praksisfeltet. Fire fagpersoner som arbeider med psykisk helsearbeid i ulike kommuner ble i tidlig fase intervjuet og spurt om hva som kjennetegner henholdsvis "tunge" og "ressurskrevende" brukere med psykiske lidelser i kommunene. I intervjuene ble det identifisert viktige tema som ble innarbeidet i spørreskjemaene til kommunene.

Etter bearbeiding av skjemaene internt i forskergruppen i SINTEF, ble skjemaene sendt ut til vurdering i vår faglige ressursgruppe. Gruppemedlemmene gav nyttige innspill, og endringsforslagene ble innarbeidet i skjemaene. Spørreskjemaene ble så sendt KS og deretter endret i tråd med deres endringsforslag.

**Skjema 1** fylles ut av en leder eller annen fagperson i kommunen og omhandler sentrale kjennetegn ved kommunen som folketall, helseregion, organisering av psykisk helsearbeid (vedlegg 1). Videre spørres etter antall mennesker som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester på grunn av sin psykiske lidelse og hvor mange av disse som tjenestene opplever som ressurskrevende fordelt på ulike aldersgrupper. Lederne spørres om hva slags faktorer ved brukerne og ved tjenestene som har betydning. På i alt fem spørsmål er det plass til fritekst for spesifisering. Ett spørsmål oppfordrer til utfyllende kommentarer om hva som er viktig for å få til et godt tjenestetilbud.

**Skjema 2** fylles ut for inntil 10 brukere i hver kommune av en fagperson som kjenner brukeren godt (vedlegg 2). Opplysningene omfatter alder og kjønn, hvilke faktorer som er av betydning for om fagutøver opplever brukeren som ressurskrevende, hva som kjennetegner tjenestebehovet, om fagutøverne mener at de får et godt tilbud og hva som eventuelt har vært viktig for å få til et godt



tilbud. I dette skjemaet er det 16 åpne felter for spesifisering. I tillegg er det fire fritekstfelter for utdyping og kommentarer. Her kan tjenesteutøver komme med viktige momenter som vi ikke husket eller ikke har nok innsikt til å spørre eksplisitt om.

Forespørsel om deltakelse i studien (vedlegg 3) ble rettet til ansvarlig for det psykiske helsearbeidet i kommunen, som fikk tilsendt et stk. spørreskjema 1 og 10 stk. spørreskjema 2. Det ble anmodet om at leder eller annen fagperson skulle fylle ut skjema 1. Videre ble kommunen bedt om å ta utgangspunkt i mennesker som på grunn av sin psykiske lidelse mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester, inkludert tjenester fra eventuelle egne enheter for psykisk helsearbeid, og velge ut de 10 brukerne som tjenestene opplever som mest ressurskrevende. De ble så anmodet om at tjenesteutøver som kjenner brukerne godt, skulle fylle ut ett skjema per bruker.

#### **4.4.2 Bearbeiding av spørreskjemadata**

SPSS for Windows (versjon 13.0) er brukt i databehandling og statistisk analyse av de kvantitative data.

Vi har valgt å vektlegge en beskrivende oversikt over dataene som er presentert og vil tydeliggjøre tendenser og trender hvor det påvises. Referanser til statistisk signifikans er gjort der de kan bidra til å klargjøre sammenhenger. Signifikans testes ved bruk av ki-kvadrattest (Pearson's  $\chi^2$ ) og, der det er nødvendig, Fisher's exact probability calculation og Student's t-test. Forskjeller som viser  $p \leq 0,05$  blir vurdert som statistisk signifikante.

#### **4.4.3 Anonymitet**

Ingen av spørreskjemaene inneholder personidentifiserbare data. Skjema 1 inneholder opplysning av kommunestørrelse ved angivelse i en av seks kategorier og opplysninger om helseregion.

Skjema 2 inneholder opplysninger om brukerens alder i år og kjønn. Videre om pasienten har en alvorlig eller annen psykisk lidelse. Ut over alder og kjønn er alle opplysninger angående bruker en tjenesteutøvers vurdering/ opplevelse av viktige utfordringer med hensyn til å utvikle gode tjenester, vurdering av tjenestetilbudet og av hva som skal til for å gi et godt tilbud.

Kommunene er anonyme overfor SINTEF. Imidlertid vet vi hvilke kommuner som deltar. For å kunne purre på svar ba vi kommunene om å sende inn en separat konvolutt med kommunenavn. Det innebærer at vi ikke har muligheter til å identifisere opplysninger fra den enkelte kommune og at vi ikke kan knytte brukerdata til kommunedata.

Forespørsel ved Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste viste at slik studien er utformet, var det ikke nødvendig med konsesjon eller konsesjonsfritak.

#### **4.4.4 Rekruttering av kommuner til spørreskjemaundersøkelsen**

Et utvalg på 129 kommuner (se pkt 4.6.1) og en bydel i Oslo fikk tilsendt et informasjonsbrev adressert til ansvarlig for psykisk helsearbeid i kommunene vedlagt ett eksemplar av spørreskjema 1 og 10 eksemplarer av spørreskjema 2.

Vi fikk i første omgang svar fra 46 kommuner. Ytterligere seks ba om utsatt svarfrist pga. travelhet i tjenestene. Det er senere kommet svar fra fire av de seks. Fem kommuner gav tilbakemelding om at de ikke ønsket å delta, hvorav fire angav tidsmangel som begrunnelse. To av de fire kommunene har under 2000 innbyggere, to har mellom 2000 og 5000.

I slutten av november 2006 sendte vi en påminnelse med svarfrist 20 jan. 2007 til kommuner som ikke hadde svart. Totalt 67 kommuner, inkludert i en bydel i Oslo, returnerte spørreskjemaene innen 7.3.2007.

## 4.5 Delstudie II - intervjuundersøkelse

### 4.5.1 Rekruttering av kommuner og informanter til intervjuundersøkelsen

For å utdype problemstilling B ville vi intervju ansatte i ti kommuner om gode modeller for å utvikle gode tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som ansatte opplever ressurskrevende. Vi ville ha informanter fra kommuner som arbeider godt på dette området samtidig som vi ville ha ulike kommunestørrelser og alle helseregioner representert. Vi kontaktet rådgiverne i psykisk helse hos Fylkesmennene, Rådet for psykisk helse og andre informanter innen fagfeltet for å få opplysninger om kommuner som gjør et godt arbeide på dette området og gjorde så et strategisk utvalg kommuner ut fra disse opplysningene.

## 4.6 Materiale

### 4.6.1 Kommuner som deltok i spørreskjemaundersøkelsen

#### Utvalgsprosedyre og representativitet<sup>1</sup>

De 129 kommuner som fikk forespørsel om å være med i undersøkelsen, ble valgt tilfeldig blant alle norske kommuner der hovedkriteriet var at alle Kostragruppene<sup>2</sup> skulle være representert i likest mulig grad. Mellom 29 og 33 prosent av alle kommunene i hver av de 14 Kostragruppene ble derfor forespurt om å delta i undersøkelsen. Disse 129 kommunene var også representative i forhold til fylke, region og kommunestørrelse fordelt i seks grupper. En bydel i Oslo ble trukket ut tilfeldig.

66 kommuner og en bydel i Oslo deltok i undersøkelsen. Dvs. i overkant av halvparten (52 prosent) av de spurte. En kommune hadde ikke sendt inn kommunenavn og inngår derfor ikke i analysene nedenfor. Totalt er 15,3 prosent av landets kommuner representert. Vi undersøker i det følgende hvorvidt disse kommunene er representative for hele landet gjennom å se på representativitet i forhold til Kostragrupeer, fylke, region og kommunestørrelse.

Vi finner at alle Kostragruppene er representert, se tabell 4.1. Det er relativt stor variasjon i hvor stor andel av kommunene som deltar i undersøkelsen innenfor hver Kostragruppe. I Oslo deltar kun en av 15 bydeler, noe som gir en andel på 6,7 prosent av alle bydelene. Dette er den dårligst representerte gruppen. I den andre enden har vi mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger og lave frie inntekter. Totalt 26,5 prosent av de 34 kommunene i gruppa er representert i undersøkelsen. Rundt 10 prosent av kommunene i hver av de laveste Kostragruppene er representert. Det er ikke store variasjoner etter økonomiske rammebetingelser blant dem som deltar blant de små kommunene. Det er en noe høyere andel mellomstore kommuner som deltar, mellom 17 og 26,5 prosent. Kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og middels nivå på frie disponible inntekter er noe dårligere representert enn de øvrige middelstore kommunene. De store kommunene utenom de fire største byene er godt representert ved at 8 av de 39 kommunene (20,5 prosent) deltar. Fra Oslo deltar som nevnt en bydel. Det er vanskelig å si om denne er representativ for kommunen, men den er mindre enn gjennomsnittet

---

<sup>1</sup> Utført av Solveig Osborg Ose.

<sup>2</sup> SSB har gruppert alle kommunene i 16 grupper (Kostragrupeer), etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser, se Langørgen et al. (2006).

for bydelene. En av de tre nest største kommunene er representert og 10 prosent av de aller rikeste kommunene er representert.

Akershus er det best representerte fylket der over 27 prosent av alle kommunene deltar i undersøkelsen. Fem fylker har 20 prosent eller flere av kommunene i fylket representert. Dette er, foruten Akershus, Aust-Agder, Nord-Trøndelag, Vestfold og Vest-Agder. I den andre enden ligger Oppland, Buskerud og Telemark der bare en kommune har valgt å delta for hvert fylke. Sør-Trøndelag er representert ved 8 prosent av kommunene, mens Østfold er representert av 2 av 18 kommuner (11 prosent). De øvrige fylkene er godt representert i forhold til gjennomsnittet.

Det er også interessant å se om disse kommunene er representative i forhold til helseregion, se tabell 4.3. Hver helseregion inkluderer mellom 83 og 89 kommuner. De 66 kommunene som deltar i undersøkelsen er relativt jevnt fordelt mellom de fem helseregionene, og andelen representerte kommuner varierer fra 12,5 prosent i Helse Nord til 17,4 prosent i helse Midt Norge. Kommuner som ligger i regionene Helse Øst og Helse Vest er representert med 14 kommuner hver, dvs. hhv 13,6 og 16,5 prosent. Helse Sør er gjennomsnittlig representert med 14,5 prosent av kommunene.

Som vi så i tabell 4.1 var småkommunene svakere representert enn de mellomstore og store kommunene. Dette ser vi også i tabell 4.4 der vi ser på antall og andel kommuner som er med fra 6 grupper etter kommunistørrelse. Kommunene med mellom 2 og 5000 innbyggere er dårligst representert med omtrent 10 prosent av kommunene. Som vi også så i tabell 4.1, er det de mellomstore kommunene (10 – 20 000 innbyggere) som er best representert med omtrent 30 prosent av kommunene.

Etter denne gjennomgangen konkluderer vi med at småkommunene er underrepresentert, mens de mellomstore kommunene (mellom 10 – 50 000 innbyggere) er overrepresentert. Det er likevel ikke svært store skjevheter. Alle Kostragruppene, alle helseregionene og alle fylkene med unntak av Troms er representert. Særlig er det god representativitet i forhold til helseregion, mens flere av fylkene kun er representert av bare en kommune. Resultatene er generaliserbar i forhold til helseregion og kostragruppe.

Tabell 4.1. Representativitet i forhold til Kostragruyper.

Gruppe	Navn	Antall kommuner i gruppa	Antall kommuner som er med	Andel kommuner som er med (%)
Gr. 1	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	28	3	10,7
Gr. 2	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	66	7	10,6
Gr. 3	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	33	3	9,1
Gr. 5	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	45	6	13,3
Gr. 6	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	58	5	8,6
Gr. 7	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	34	9	26,5
Gr.8	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	32	7	21,9
Gr.10	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	20	4	20,0
Gr.11	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	48	8	16,7
Gr.12	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	14	3	21,4
Gr.13	Store kommuner utenom de fire største byene	39	8	20,5
Gr.14	Bergen, Trondheim og Stavanger	3	1	33,3
Gr.15	Oslo kommune (bydeler)	15	1	6,7
Gr.16	De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10	1	10,0
	I alt	431	66	15,3

Tabell 4.2. Representativitet i forhold til fylker

Fylke	Populasjon	Antall kommuner som er med	Andel kommuner som er med (%)
Østfold	18	2	11,1
Akershus	22	6	27,3
Oslo (bydeler)	1 (15)	1	6,7
Hedmark	22	4	18,2
Oppland	26	1	3,8
Buskerud	21	1	4,8
Vestfold	14	3	21,4
Telemark	18	1	5,6
Aust-Agder	15	4	26,7
Vest-Agder	15	3	20,0
Rogaland	26	4	15,4
Hordaland	33	6	18,2
Sogn og Fjordane	26	4	15,4
Møre og Romsdal	37	7	18,9
Sør-Trøndelag	25	2	8,0
Nord-Trøndelag	24	6	25,0
Nordland	44	8	18,2
Troms	25	0	0,0
Finnmark	19	3	15,8
Total	431	66	15,3

Tabell 4.3. Representativitet i forhold til helseregion

	Populasjon	Antall kommuner som er med	Andel kommuner som er med (%)
Helse Øst	89	14	13,6
Helse Sør	83	12	14,5
Helse Vest	85	14	16,5
Helse Midt	86	15	17,4
Norge			
Helse Nord	88	11	12,5
Total	431	66	15,3

Tabell 4.4. Representativitet i forhold til kommunestørrelse

	Populasjon	Antall kommuner som er med	Andel kommuner som er med (%)
under 2000	95	11	11,6
2-5000	141	14	9,9
5-10000	92	13	14,1
10-20000	57	17	29,8
20-50000	33	7	21,2
over 50000	13	4	14,8
Total	431	66	15,3

#### 4.6.2 Kommuner som deltok i intervjuundersøkelsen

På grunnlag opplysninger om kommuner som gjør et godt arbeid med ressurskrevende brukere med psykiske lidelser, gjorde vi et utvalg på 10 kommuner der alle de fem helseregionene er representert. Videre er kommuner med under 2000 innbyggere, med mellom 2 og 5 000 innbyggere, mellom 5 og 10 000, mellom 10 000 og 20 000, mellom 20 og 50 000 og kommuner med over 50 000 innbyggere representert i utvalget.

Det er kontrollert for kommunenes økonomi, slik at ikke en spesielt god kommuneøkonomi kunne tenkes å være (medvirkende) årsak til ekstra gode tjenester. Dette gjorde vi ved å sammenlikne kommunenes korrigerte frie inntekter pr innbygger (i 2005), der 100 er gjennomsnittet for alle norske kommuner. Seks av de ti deltakende kommunene hadde mellom 89 og 95 i frie inntekter og fire av kommunene hadde mellom 100 og 120.

#### 4.6.3 Informantene

Informanter i alle de ti utvalgte kommunene sa seg villig til å delta i undersøkelsen. I utgangspunktet var planen å intervju kommuneansatte i grupper med representanter for flere ulike kommuner samtidig. Dette lot seg ikke gjennomføre i praksis fordi ansatte i kommunene hadde det travelt og ikke så seg i stand til å reise ifra for å bli intervjuet.

I stedet ble en og en kommune intervjuet. En eller to informanter er intervjuet i hver av de ti kommunene. I to kommuner er en representant for spesialisthelsetjenesten intervjuet sammen med ansatte i kommunen, og i en kommune er ansatte i spesialisthelsetjenesten intervjuet alene. Til sammen 20 personer er intervjuet.

Følgende informanter er intervjuet fra kommunale tjenester: syv psykiatrisk sykepleiere, to sosionomer, to vernepleiere, en ergoterapeut, en spesialpedagog. I tillegg kommer tre rådmenn. Fra spesialisthelsetjenesten er en psykiatrisk hjelpepleier, en psykiatrisk sykepleier, en sosionom med videreutdanning og en psykiater intervjuet.

#### 4.6.4 Gjennomføring av intervjuene

Seks kommuner er besøkt, en informant fra en kommune ble intervjuet på besøk i Oslo, og i tre kommuner er ansatte intervjuet per telefon.

Intervjuene ble gjennomført semistrukturert. På bakgrunn av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen ble det utarbeidet en intervjuguide med stikkord for viktige temaer i intervjuene. De forskjellige teamene ble i ulik grad utdypet i de ulike intervjuene.

Tre intervjuer ble gjennomført med to eller tre informanter sammen, de øvrige som individuelle intervjuer.

Intervjuene med fagfolkene varte vanligvis ca 1 time, ett intervju varte i 2 timer. Intervjuene med rådmennene var noe kortere. Som regel ble intervjuene tatt opp på digitalt opptaksutstyr og skrevet ut i sin helhet. Fra noen ble det i stedet tatt nøyaktige notater.

#### Dataanalyse

Utskrifter av intervjuene utgjør våre kvalitative data. De ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse med strategi mellom datastyrt og teoristyrt analyse (Miller 1999). Det innebærer at vi i analysen rettet oppmerksomheten mot temaene i intervjuguiden samtidig som vi stilte oss åpne for nye temaer og perspektiver. Vi var spesielt opptatt av synspunkter som kunne utfordre funnene fra spørreskjemaundersøkelsen. Overordnet perspektiv i analyseprosessen var hele tiden "gode modeller for arbeidet for brukere med psykiske lidelser som oppleves særlig ressurskrevende".

## **4.7 Metodevurderinger**

### **4.7.1 Spørreskjemaundersøkelse**

Spørreskjemaundersøkelsen er en "breddeundersøkelse" og tenkes å gi et rimelig godt bilde av norske kommuners arbeid med brukere som opplever ressurskrevende. I spørreskjemaundersøkelser et det et problem at man søker å få svar på kompliserte spørsmål med enkle svaralternativer. Vi forsøkte å kompenseres dette noe ved å legge inn en rekke fritekstfelter for utdypende kommentarer.

Spørreskjemaene fungerte godt i praksis. Ansatte i kommunene har oppfattet spørsmålene slik vi hadde ment dem, og det er gitt rike, informative kommentarer i fritekstfeltene.

Henvendelsen om å delta i denne undersøkelsen er adressert til ansvarlig for psykisk helsearbeid i kommunen med anmodning om at leder eller annen fagperson fyller ut skjema 1. Vi vet ikke hvem som har fylt ut skjema 1 og derfor ikke i hvilken grad vedkommende kan svare for "kommunen".

Tjenesteutøvere som selv yter tjenestene, skal fylle ut spørreskjema angående enkeltbrukere, og det er deres vurderinger vi etterspør. Det er et problem at de som yter tjenesten, selv skal vurdere om brukerne får et tilfredsstillende tjenestetilbud. De kan tenkes å svare strategisk, for eksempel at de beskriver litt bedre tilbud for å fremstå i et bedre lye eller kanskje heller motsatt: at de vil benytte anledningen til å påpeke svakhet og mangler ved tjenestetilbudet. Dette kan vi ikke vite noe om, men vi ser det som overveide sannsynlig at fagfolkene svarer redelig og etter beste overbevisning. Med referanse til en egen undersøkelse og til Slagsvold skriver Romøren at en kan være rimelig trygg på at fagpersonale vanligvis opererer med strengere normer enn tjenestemottakere både for beboere på sykehjem og mottakere av hjemmetjenester (Romøren, Helsetilsynet 2003). Det tyder på at brukerne i alle fall ikke får dårligere tilbud enn det som angis i studien.

### **4.7.2 Intervjuundersøkelse**

Intervjuundersøkelsen i delstudie II går mer i dybden og utdyper funnene fra spørreskjemaundersøkelsen. Siden målsetningen i denne studien er å få innspill til gode modeller for kommunenes arbeid med brukere som opplever ressurskrevende, er vi spesielt interessert i erfaringer fra kommuner som arbeider godt og deres samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten. De ti kommunene er valgt ut fra at de arbeider godt på dette feltet og er avgjort ikke representative for norske kommuner. De er såpass få at vi heller ikke kan anta at de er representative for norske kommuner "som arbeider godt på feltet".

Målsetningen med intervjuene med ansatte i de ti kommunene er å få informasjon som kan utdype og nyansere funnene fra spørreskjemaundersøkelsen og belyse viktige temaer med eksempler og beskrivelser fra praksis. Vi har gjort et strategisk utvalg kommuner med maksimal spredning mht størrelse og geografi for å få mest mulig bredde i erfaringer og synspunkter. Til tross for mange ulike erfaringer, finnes en del faktorer som går igjen i alle de ti kommunene. Disse er også i stor grad sammenfallende med resultatene av spørreskjemaundersøkelsen. Det tyder på at disse faktorene er viktige for flere norske kommuner enn dem som inngår i studien.

### 4.7.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en betingelse for gode helsetjenester, sterkt vektlagt av myndighetene og nedfelt i lovverket. Når kvaliteten på tjenester skal vurderes, er det brukerne som sitter med fasitsvaret.

I denne studien er brukere ikke spurt. Utgangspunktet for studien er å utforske problemstillingene ut fra et kommunalt ståsted med kommunenes vurdering lagt til grunn. En brukerrepresentant i den faglige ressursgruppen, som også har helsefaglig bakgrunn og erfaring fra arbeid med mennesker med psykiske lidelser, vurderte spørreskjemaene og intervjuguiden til å være egnet til å fange opp sentrale aspekter ved temaene som utforskes i studien.

### 4.7.4 Overførbarhet

52 prosent av kommunene som ble forespurt, deltar i studien. Vi vet ikke om det er forskjell på kommunene som har svart og de som ikke har svart. Av de fem kommunene som takket nei til å delta, var det fire som angav travelhet som begrunnelse. Alle var små kommuner med under 5000 innbyggere. På bakgrunn av dette kan man spekulere i om kommunene med den laveste bemanningen i psykisk helsearbeid er underrepresentert, og videre om dette hyppigere gjelder små kommuner. Tallene er imidlertid for små til å trekke slike konklusjoner.

Utvalget av kommuner som deltar i studien er representative mht Kostragruppe og helseregion (se pkt 4.9.1.). Små kommuner er noe underrepresentert, mens mellomstore kommuner er overrepresentert, men det er ikke svært store skjevheter. De deltakende kommunene er således rimelig representative, og resultatene i rimelig grad generaliserbare til norske kommuner generelt. Resultatene er i liten grad analysert ut fra kommunestørrelse, og vi kan for eksempel ikke med sikkerhet si at resultatene har like stor gyldighet for store og små kommuner.

I spørreskjemaundersøkelsen skjedde rekruttering av brukere med "utgangspunkt i mennesker som pga sin psykiske lidelse mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester, inkludert tjenester fra eventuelle egne enheter for psykisk helsearbeid". Det kan innebære at enkelte brukere som ansatte opplever ressurskrevende ikke er fanget opp fordi de bare har kontakt med andre tjenester. For voksne er det trolig ikke tilfelle i nevneverdig grad. Studien rettet seg i utgangspunktet mot voksne, og for denne gruppen antas resultatene å ha rimelig stor overføringsverdi.

Bare åtte barn/ unge, ingen under 12 år, er inkludert i studien. Det tyder på at vi har fanget opp kun en marginal gruppe av de ressurskrevende i denne aldersgruppen. Studien kan derfor i liten grad si noe om barn og unge med psykiske lidelser som oppleves ressurskrevende. Også gruppen eldre over 67 år er i denne studien for liten til at resultatene umiddelbart kan sies å gjelde gruppen eldre med psykiske lidelser i norske kommuner som ansatte opplever ressurskrevende.

Som vi har argumentert for i pkt 4.7.2 ser det ut til at vi gjennom de to delstudiene har fanget opp faktorer som er viktige for å utvikle godt psykisk helsearbeid for brukere som ansatte opplever ressurskrevende. Informanter i delstudie II bidrar med kunnskap og erfaringer som systematiseres og utvikles til beskrivelser av hvordan det kan være hensiktsmessig for tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten å arbeide sammen med brukere som oppleves ressurskrevende. Informantene i de ti kommunene og deres samarbeidspartnere hadde ikke samme mening om alle spørsmål. Det er således ikke sikkert at alle faktorer er like viktige og like relevante for alle kommuner.



## 5 Resultat av delstudie I - spørreskjemaundersøkelsen

### Hvem er de ressurskrevende brukerne og hva kjennetegner tjenestebehovet og -tilbudet?

I dette kapitlet presenteres resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene, både fra **spørreskjema 1** til leder, og fra **spørreskjema 2** til tjenesteutøver (fylles ut for inntil 10 brukere i hver kommune av en fagperson som kjenner brukeren godt). I tekstbeskrivelsen som følger, refererer svar fra lederne til spørreskjema 1 og svar fra tjenesteutøver til spørreskjema 2.

Først i kapitlet omtales organisering av psykisk helsearbeid i kommunen og angis hvor mange brukere med psykiske lidelser som oppleves ressurskrevende. Det gis videre en beskrivelse av faktorer ved brukerne og ved tjenestene som bidrar til at tjenesteutøverne opplever brukerne som ressurskrevende. Dernest omtales tjenestetilbudet til brukerne, og til slutt beskrives utfordringer ved og viktige betingelser for å utvikle gode tjenester til denne brukergruppen.

Sekstifem (65) kommuner er representert i analysene som presenteres i dette kapitlet. To kommuner returnerte ikke skjema 1, bare skjema 2. Fem kommuner hadde ingen brukere som ansatte opplevde som ressurskrevende og hadde derfor ikke fylt ut noen skjema 2. Enkelte kommuner som hadde oppgitt å ha brukere de opplevde ressurskrevende, hadde likevel ikke fylt ut noen skjema 2. Totalt 448 brukere (skjema 2) er representert.

Noen få kommuner hadde fylt ut flere skjema 2 enn antallet ressurskrevende brukere de hadde angitt i skjema 1. Det kan tyde på at tjenesteutøverne som fylte ut skjemaene har opplevd flere brukere som ressurskrevende enn leder har.

### 5.1 Organisering av psykisk helsearbeid

**Lederne** ble spurt om hvordan det psykiske helsearbeidet er organisert i kommunen og kunne krysse av for syv svaralternativer som gjengis i tabellen nedenfor.

Tabell 5.1. Organisering

Organisering av psykisk helsearbeid i kommunen	Antall kommuner
Egen enhet for psykisk helsearbeid for barn, unge og voksne	14
Egen enhet for psykisk helsearbeid for barn og unge	6
Egen enhet for psykisk helsearbeid for voksne	22
Psykisk helsearbeid helt integrert i andre tjenester	16
Psykisk helsearbeid integrert i andre tjenester, men med en fagenhet eller koordinerende enhet	12
Annen organisering	1

Her er det 71 svar fordi 6 kommuner har krysset av både for egen enhet for barn og unge og egen enhet for voksne. 16 kommuner (25 prosent) har psykisk helsearbeid helt integrert i andre tjenester, og som regel er det i pleie- og omsorgstjenesten.

Myrvold finner i sin studie at kun 6 prosent av kommunene har psykisk helsearbeid helt integrert i andre tjenester (Myrvold 2006). Noe av forskjellene kan muligens forklares ved ulike

spørsmålsformuleringer og at Myrvolds tall gjelder kun psykisk helsearbeid for voksne. Tjenester for barn og unge er i større grad integrert i andre tjenester.

Videre ble **lederne** spurt om *denne organiseringen er hensiktsmessig for ressurskrevende brukere med psykiske lidelser?*

Svarene skulle skåres på en skala fra 1 (ikke hensiktsmessig) til 5 (svært hensiktsmessig).

Høyest skåre fikk organisering av arbeidet i egen enhet for psykisk helsearbeid for barn, unge og voksne med gjennomsnittsskåre på 4,6 og lavest fikk organisering av psykisk helsearbeid helt integrert i andre tjenester med en skåre på 2,9. Det er statistisk signifikant forskjell på disse skårene.

**Lederne** ble spurt om *kommunen er organisert etter en bestiller-utfører-modell?*

21 kommuner (34,4 prosent) svarer delvis, 10 kommuner (16,4 prosent) svarer ja og 30 kommuner (49,2 prosent) svarer nei. Fire kommuner har ikke svart på spørsmålet.

### 5.1.1 Tildeling av tjenester innen psykisk helsearbeid

**Lederne** i kommunene ble spurt om psykisk helsearbeid for barn (under 18 år) og for voksne tildeles gjennom enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Tabell 5.2. Tildeling av tjenester

#### *Tildeles psykisk helsearbeid for barn (under 18 år) og for voksne gjennom enkeltvedtak etter forvaltningsloven?*

	For barn		For voksne	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	24	47 %	46	73 %
Nei	27	53 %	17	27 %
Total	51	100 %	63	100 %
Ikke svært	14		2	
Total	65		65	

**Lederne** ble også bedt om å vurdere om det er hensiktsmessig å tildele tjenester innen psykisk helse gjennom enkeltvedtak for ressurskrevende brukere med psykiske lidelser.

Tabell 5.3. Hensiktsmessighet

#### *Er det hensiktsmessig å tildele tjenester innen psykisk helse gjennom enkeltvedtak for ressurskrevende brukere med psykiske lidelser?*

	Antall kommuner	Andel kommuner
1 Ikke hensiktsmessig	3	7 %
2	3	7 %
3	10	22 %
4	18	39 %
5 Svært hensiktsmessig	12	26 %
Total	46	101 %

For kommunene som tildeler psykisk helsearbeid til voksne etter denne ordningen, er gjennomsnittsskåre 3,7.

Kommunene skårer godt over gjennomsnittlig på dette spørsmålet og mange skårer 4 eller 5. Dette temaet utdypes i intervjuundersøkelsen i delstudie II.

## 5.2 Hvem er de ressurskrevende brukerne?

I dette underkapittelet gis en nærmere beskrivelse av de brukerne som ansatte i kommunen opplever som ressurskrevende. Det gis et anslag over brukere som oppleves ressurskrevende og en beskrivelse av brukergruppen.

### 5.2.1 Hvor mange ressurskrevende brukere har kommunene?

#### Ledernes vurdering

Lederne i kommunene ble bedt om å angi:

*Omtrent hvor mange mennesker mottar per i dag kommunale pleie- og omsorgstjenester på grunn av sin psykiske lidelse, inkludert tjenester fra eventuelle egne enheter for psykisk helsearbeid?*

Lederne ble så spurt:

*Hvor mange av disse brukerne oppleves av tjenestene som ressurskrevende?*

Det ble oppfordret til å legge vekt på tjenestenes opplevelse av at de er ressurskrevende, ikke en bestemt definisjon. Resultatene gjengis i tabellen under.

Tabell 5.4 Gjennomsnittlig antall brukere for hver kommunegruppe med minimums- og maksimumsantall (spredning)

Kommunestørrelse (antall innbyggere)	Antall brukere med psykiske lidelser		Antall brukere som oppleves ressurskrevende	
	N	spredning	N	spredning
Under 2 000	15	1 – 30	3	0 – 7
2 000 - 5 000	57	3 – 160	12	0 – 27
5 000 - 10 000	83	7 – 270	17	4 – 50
10 000 - 20 000	146	20 – 450	21	5 – 55
20 000 - 50 000	268	25 – 550	60	13 – 162
Over 50 000	456	211 – 700	78	75 – 80

60 kommuner har svart på spørsmålet om antall brukere de opplever som ressurskrevende, og de oppgir å ha til sammen 1368 brukere. Gjennomsnittlig antall brukere i de 60 kommunene er 22,8. Det er regnet ut antall ressurskrevende brukere per 1000 innbyggere ut fra det faktiske folketallet i de kommunene som inngår i undersøkelsen.

Med unntak av en, vet vi ikke hvilke kommuner som ikke har svart på dette spørsmålet. Totalt antall ressurskrevende brukere i 60 kommuner er derfor fordelt på det totale folketallet i de øvrige 66 kommunene.

Opplevd ressurskrevende brukere: 1,7 brukere per 1000 innbyggere.

Denne utregningen innebærer at antall ressurskrevende brukere anslås for lavt i forhold til det antall brukere kommunene har oppgitt.

Hvis vi antar at de seks kommunene som ikke har svart på spørsmålet, har gjennomsnittlig antall brukere, nemlig 22,8, og korrigerer på den måten for manglende svar, får vi:

Opplevd ressurskrevende brukere: 1,9 brukere per 1000 innbyggere.

## Enkeltbrukerne som inngår i undersøkelsen – svar fra tjenesteutøverer (skjema 2)

Totalt 448 utfylte spørreskjema 2 ble returnert. Brukernes alder var fra 12 - 93 år. Fordeling i aldersgrupper fremgår av tabell 5.5 nedenfor.

Tabell 5.5. Fordeling av ressurskrevende brukere etter aldersgruppe

Aldersgruppe (i år)	Antall	Andel
0-18	8	1,8 %
18-30	74	16,8 %
30-50	206	46,8 %
50-67	123	28,0 %
over 67	29	6,6 %
Total	440	100 %

For åtte individer er alder ikke oppgitt.

Som det fremgår av tabellen, er hele 403 brukere (92 prosent) i alderen 18 - 67 år, og det er denne aldersgruppen oppmerksomheten i hovedsak rettes mot videre i rapporten.

### 5.2.2 De voksne brukerne som oppleves ressurskrevende

Denne undersøkelsen retter seg i første omgang mot arbeidet med voksne med psykisk lidelser i kommunene, og voksne utgjør også hovedgruppen i studien. Studien omfatter alle aldersgrupper, men tar utgangspunkt i mennesker som pga. sin psykiske lidelse mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester, inkludert tjenester fra eventuelle egne enheter for psykisk helsearbeid. Det innebærer at barn og unge inkluderes bare i den grad de mottar slike tjenester.

I analyse av resultatene i skjema 2 valgte vi å dele brukergruppen i tre etter alder: barn under 18 år, voksne fra 18 til 67 år og eldre over 67 år fordi problemstillingene, tjenesteyterne og samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten vil være noe ulike.

I den videre presentasjonen vil vi legge hovedvekten på de 403 voksne brukere, aldersgruppen 18 - 67 år, fordi de utgjør hovedgruppen og den gruppen som undersøkelsen i første rekke retter seg mot. Det intet annet er angitt, gjelder resultatene aldersgruppen voksne, 18 - 67 år.

### Kjønnsfordeling

Av 403 brukere i aldersgruppen 18 - 67 år er 203 (50,6 prosent) kvinner og 198 (49,4 prosent) menn. For 2 mangler opplysning om kjønn.

### Psykisk lidelse

Tjenesteutøver ble bedt om å svare på spørsmålet om brukeren har en alvorlig psykisk lidelse. Dernest ble det spurt om brukeren har en annen psykisk lidelse.

Tabell 5.6. Antall brukere med ulike psykiske lidelser

Psykisk lidelse	Ja	Nei	Mangler opplysninger	Total
Alvorlig psykisk lidelse	316 (78 %)	24 (6 %)	63 (16 %)	403
Annen psykisk lidelse	105 (26 %)			
Både alvorlig og annen psykisk lidelse	37 (9 %)			

For brukere der man angav "annen psykisk lidelse", ble man bedt om å spesifisere i fritekstfelt. For i alt 13 prosent av brukerne er det angitt rus eller dobbeltdiagnose. For 7 prosent er det angitt at vedkommende har en personlighetsforstyrrelse. Videre angis mange å være plaget av angst og depresjon, og i noen tilfeller tvangsproblemer. ADHD, autisme, Asbergers syndrom, spiseforstyrrelser angis hos flere. Enkelte angis å være psykisk utviklingshemmede. Noen brukere er under utredning og har ikke fått noen diagnose.

### I hvilken grad oppleves brukeren som ressurskrevende?

**Tjenesteutøver** som kjenner brukeren godt ble bedt om å angi:

*I hvilken grad oppleves denne brukeren som ressurskrevende?*

Spørsmålet ble skåret på en skala fra 1 (i liten grad) til 5 (i stor grad).

Gjennomsnittsverdi for hele gruppen voksne er 4,4 og 216 brukere (54 prosent) får en skåre på 5, dvs. meget ressurskrevende. For 17 brukere er spørsmålet ikke besvart.

For de 37 brukerne som oppgis å ha både "alvorlig psykisk lidelse" og "annen psykisk lidelse" er gjennomsnittsskåren 4,7 for i hvilken grad de oppleves ressurskrevende, og 73 prosent i denne gruppen gis en skåre på 5. For en bruker i gruppen er spørsmålet ikke besvart.

Det er tydelig at brukere med kombinasjon av "alvorlig psykisk lidelse" og "annen psykisk lidelse" oppleves mer ressurskrevende enn hele brukergruppen ( $t = 2,47$ ,  $df = 420$ ,  $p = 0,014$ ).

**Leder** eller annen fagperson ble bedt om å besvare spørsmålet:

*I hvilken grad er ressurskrevende brukere med psykiske lidelser et problem for kommunen?*

De ble bedt om å angi skåre på en skala fra 1 (ikke noe problem) til 5 (stort problem).

Gjennomsnittsskår for voksne over 18 år var 3,6.

Tendensen er at tjenesteutøverne som jobber i nær relasjon til brukerne til daglig, skårer høyere enn lederne. Imidlertid er tallene ikke helt sammenliknbare; tjenesteutøverne har svart angående enkeltbrukere i aldergruppen 18 – 67 år, mens lederne har på spørsmålet ut fra hvor stort problem dette er for "kommunen" for aldersgruppen over 18 år. Et moment er for eksempel at i kommuner med mer enn 10 brukere som oppleves ressurskrevende, vil et utvalg på 10 utgjøre den aller mest ressurskrevende gruppen.

### 5.3 Hva bidrar til at kommunene opplever brukerne som ressurskrevende?

I dette underkapittelet presenteres resultater fra spørsmål angående faktorer som bidrar til at tjenestene opplever brukerne som ressurskrevende. Først angis ledernes vurdering av spørsmålet vurdert på gruppenivå. Deretter beskrives tjenesteutøvernes vurdering knyttet til enkeltbrukere.

#### 5.3.1 Ledernes vurdering av faktorer ved brukerne som bidrar til at de oppleves ressurskrevende

*Hvilke faktorer bidrar til at brukere oppleves ressurskrevende?*

Lederne skåret på en skala fra 1 (ikke viktig) til 5 (svært viktig).

Tabell 5.7. Gjennomsnittlig skåre for viktighet av ulike faktorer i forhold til kommunenes (ledernes) opplevelse av brukerne som ressurskrevende

Faktorer som bidrar	Gjennomsnittskåre
Funksjonsproblemer i daglige gjøremål	3,9
Personlige vansker som angst og depresjon	3,7
Samhandlingsvansker, tilbaketrekning	4,0
Samhandlingsvansker sinne, trusler, vold	3,9
Problemer i familien	2,9
Rusmiddelmissbruk	3,9
Psykisk utviklingshemning	2,6
Boligproblem	3,1
Økonomisk problem	3,4
Annet*	3,3

\* Få har fylt ut fritekstfeltet for å beskrive "Annet". To har skrevet "brukerens manglende ønske om hjelp" som et problem, og to har nevnt selvskading.

*Kommentar:* Laveste gjennomsnittskåre er registrert for *problemer i familien* (2,9), *psykisk utviklingshemning* (2,6) og *boligproblem* (3,1). Med få unntak ligger disse faktorer signifikant lavere enn de andre faktorer i tabellen ovenfor og er mindre viktig i ledernes vurdering av om bruker oppleves som ressurskrevende.

#### 5.3.2 Tjenesteutøvernes vurdering av faktorer ved brukerne som bidrar til at de oppleves ressurskrevende

*Hvilke forhold bidrar til at brukeren oppleves som ressurskrevende?*

I utarbeidingen av spørreskjema 2 valgte vi ut fra faglige vurderinger å kategorisere faktorene i tre grupper: (1) "brukerens funksjonsproblem i daglige gjøremål", (2) "brukerens personlige vansker" og (3) "brukerens atferd". Resultatene presenteres i henhold til dette. Til mange av spørsmålene er det knyttet fritekstfelter der det gis anledning til spesifisering eller kommentarer. Fritekst er oppsummert under hver tabell.

Tjenesteyterne ble bedt om å skåre dette spørsmålet på skala fra 1 (ikke viktig) til 5 (svært viktig). Det er regnet ut gjennomsnittsskåre for hver enkeltfaktor ved (1) funksjonsproblem, (2) personlige vansker og (3) atferd for alle voksne. Resultatene er angitt i venstre kolonne i tabellene 5.8, 5.9 og 5.10 nedenfor.

De 216 (54 prosent) brukere der det ble gitt skåre 5 for i hvilken grad vedkommende oppleves som ressurskrevende (jf. pkt 5.2.2), er skilt ut som egen gruppe. Vi ønsket å finne ut om det er

spesielle faktorer som kjennetegner brukergruppen som oppleves særlig ressurskrevende. Gjennomsnittsskåren for viktigheten av de ulike faktorene er regnet ut for denne gruppen, og resultatene er angitt i høyre kolonne i de tre tabellene nedenfor.

### 5.3.2.1 Brukerens funksjonsproblem

Tabell 5.8: Gjennomsnittsskåre for viktighet av brukerens funksjonsproblem (skjema 2)

Forhold som bidrar	Alle voksne	Mest ressurskrevende, skåre = 5
Problemer med å strukturere dagen	4,0	4,4
Problemer med personlig hygiene	3,1	3,4
Problemer med å ordne (hus, mat, handling, økonomi osv.)	4,0	4,4
Problemer med sosial kontakt	4,1	4,3
Problemer med å nyttiggjøre seg informasjon/veiledning/trening	3,9	4,2
Problemer med rusmiddelmisbruk	2,2	2,2
Annet*	3,9	4,4

\* I de fleste tilfellene der noe anføres på annet, angis dårlig fysisk helse, noen nevner kognitiv svikt. Kommunikasjonsvansker er angitt i noen tilfeller. For enkelte brukere angir spilleavhengighet, og i to tilfeller angis tilpasningsvansker etter langvarlig fengselsopphold.

*Kommentar:* Skåren for alle voksne for *personlig hygiene* og *problemer med rusmiddelmisbruk* er signifikant lavere enn de øvrige skårene. Disse to problemene vurderes således som minst viktige for om tjenesteutøverer opplever brukerne som ressurskrevende. Videre er skåren for *rusmiddelmisbruk* signifikant lavere enn for *personlig hygiene*.

Skårene for de mest ressurskrevende brukerne, sammenliknet med skåren for hele gruppen voksne, er, bortsett fra *problemer med rusmiddelmisbruk* og *annet*, statistisk sett høyere uten at forholdet mellom de ulike faktorene endrer seg nevneverdig. Det ser altså ikke ut til at vi kan identifisere enkeltfaktorer ved brukerens funksjonsvansker som kjennetegner brukere som oppleves særlig ressurskrevende.

Det ser ut til at lederne, som har fylt ut skjema 1 for kommunen (skåre 3,9 i tabell 5.7), og utøvende fagfolk, som har fylt ut skjema 2 angående enkeltbrukere (tabell 5.8, venstre kolonne), er rimelig enige om at brukernes funksjonsproblem i daglige gjøremål er en svært viktig faktor i forhold til om de oppleves ressurskrevende. Det er imidlertid uenighet mellom ledere og tjenesteutøvere i betydningen av rusmiddelmisbruk, noe tjenesteutøvere vurderer som mindre viktig enn ledere.



### 5.3.2.2 Brukerens personlige vansker

Tabell 5.9. Gjennomsnittlig skåre for viktigheten av brukerens personlige vansker (skjema 2)

Forhold som bidrar	Alle voksne	De mest ressurskrevende
Plaget med angst/ engstelse	4,0	4,2
Plaget med depresjon/ tungsinn/ tristhet	3,8	4,0
Plaget med "stemmer"	2,8	3,1
Plaget med manglende tillit eller mistillit til andre	3,6	3,9
Problemer med/i familien, konflikter med andre personer	3,4	3,6
Manglende pårørende/ lite sosialt nettverk	3,5	3,6
Mangler meningsfull aktivitet	3,6	3,8
Uakseptable boforhold	1,8	1,8
Økonomiske vansker	2,6	2,5
Annet*	3,3	3,6

\* Under annet angis i noen tilfeller tvang som et problem, enkelte angir spilleavhengighet, og noen beskriver begrunnet bekymring for andre familiemedlemmer, vanligvis barn.

*Kommentar:* Også her ser det ut til at det for de mest ressurskrevende brukerne skåres gjennomgående litt høyere enn for hele gruppen; men kun for *plaget med "stemmer"* og *manglende tillit/mistillit til andre* at det var statistisk signifikante forskjeller. De som ikke fulgte dette mønsteret var *uakseptable boforhold* og *økonomiske vansker*. Muligens skyldes det at denne gruppen har såpass mye vansker at dette er ivaretatt.

Brukernes personlige vansker ser ut til å vurderes omtrent likt av ledere og tjenesteutøvere. Lederne ser imidlertid ut til å vurdere boligproblem (tabell 5.7) som av større betydning enn tjenesteutøverne (uakseptable boforhold, tabell 5.9). Trolig har det sammenheng med at problemet med manglende bolig er av avgjørende betydning for dem det angår, men at det gjelder et mindretall.

### 5.3.2.3 Brukerens atferd

Tabell 5.10. Brukerens atferd (skjema 2)

Forhold som bidrar	Alle voksne	De mest ressurskrevende
Isolerer seg	3,3	3,4
Avviser hjelp(ere)	2,8	3,0
Oppførsel som oppleves som truende	2,4	2,8
Selvskading	1,9	2,1
Sinne uttrykt verbalt	2,7	3,2
Slag, spark eller liknende mot personalet	1,6	1,9
Problematisk ruspåvirket	1,9	2,0
Annet*	3,3	3,6

\* Her angis i flere tilfeller tvang under "annet". Videre beskrives det som utfordrende at brukerne er ustabile og kan veksle veldig, for eksempel ved å sette pris på hjelp en dag og avvise hjelpene fullstendig den neste. Mistenksomhet og avvisning av hjelp og hjelpere beskrives av flere som krevende å håndtere. I noen skjemaer beskrives trussel om selvskading som vanskelig, to angir ildspåsettelse under "annet".



*Kommentar:* Igjen ser det ut som de mest ressurskrevende brukerne skårer litt høyere på alle faktorer enn voksne brukere generelt uten at skåringsprofilen endres. Imidlertid er det kun atferd registrert som *truende*, *sinne uttrykt verbalt* eller fysisk (*slag, spark eller likende mot personalet*) som er statistiske signifikant høyere blant de mest ressurskrevende. Også her ser rus ut til å endre seg lite eller intet.

Brukernes samhandlingsvansker i form av tilbaketrekking ser ut til å vurderes som noe viktigere av ledere (tabell 5.7) enn tjenesteutøvere (tabell 5.10). Likeledes vurderer ledere samhandlingsvansker med sinne, trusler og vold (3,9) viktigere enn tjenesteutøvere som jobber samme med brukeren til daglig, vurderer "oppførsel som oppleves truende" (2,4) og "slag, spark eller liknende mot personalet" (1,6).

### 5.3.3 Kjennetegn ved tjenestene som gjør at ansatte opplever brukerne som ressurskrevende

#### Ledernes vurdering

*Hvilke kjennetegn ved tjenestebehovet bidrar til at brukere oppleves som ressurskrevende?*  
Lederne skåret på en skala fra 1 (ikke viktig) til 5 (svært viktig).

Tabell 5.11. Kjennetegn ved tjenestebehovet

Hvor viktig er de ulike kjennetegnene	Gjennomsnittskåre
Behov for mye tjenester	4,1
Behov for flere ulike tjenester	4,1
Behov for hjelp ofte	4,2
Flere hjelpere må bistå samtidig	3,6
Behov for bistand kveld/natt/helg	4,1
Behov for spesiell kompetanse*	4,1
Behov for samordning av tjenester	4,4
Behov for spesialistkompetanse	4,2
Annet**	3,7

\* Ved behov for spesiell kompetanse, ble det spurt om i tilfelle hva slags kompetanse og gitt anledning til å svare i fritekstfelt. 29 har svart her, og i 22 av kommentarene angis behov for grunnleggende kompetanse for å arbeide med mennesker med alvorlige psykiske lidelser Dette beskrives som behov for kompetanse innen "psykisk helsearbeid", "psykiatri", "kunnskap om psykiske lidelser" eller "symptomforståelse". Til sammen fem etterlyser kompetanse innen "rus", tre kompetanse for å mestre utagerende, truende eller voldelig atferd, og en etterlyser kompetanse om ADHD/ Asberger. En skriver: "Forstå nødvendigheten av kreativitet, utholdenhet og initiativ i møtet med pasientene og pårørende".

*Kommentar:* Faktorene inkludert i analysen ovenfor er mer eller mindre likestilt etter lederens vurdering; kun behov for at flere hjelpere må bistå samtidig er statistisk sett mindre viktig enn de andre faktorer. Behov for kompetanse tillegges like mye vekt som volumet på tjenestene, og kompetansen som etterlyses i fritekstfeltene er oftest det som kan karakteriseres som generell kompetanse i psykisk helsearbeid.

#### Tjenesteutøvernes vurdering

*Hvilke kjennetegn ved de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (inkludert tjenester fra eventuell egen enhet for psykisk helsearbeid) påvirker opplevelsen av denne brukeren som ressurskrevende?*

Tjenesteyterne skåret på samme skala fra 1 (ikke viktig) til 5 (svært viktig).

Tabell 5.12. Kjennetegn ved kommunale tjenester

Hvor viktige er de ulike kjennetegnene	Gjennomsnittskåre
For lite kapasitet i tjenestene	3,0
For lite kompetanse i tjenestene	2,6
For dårlig ledelse av tjenesten	1,9
Uhensiktsmessig organisering av tjenestene	2,0
For dårlig koordinering av tjenestene p.g.a. lite/ dårlig samarbeid internt i kommunen	1,9
For dårlig koordinering av tjenestene p.g.a. lite/ dårlig samarbeid med spesialisthelsetjenesten	2,2
For lite kapasitet i spesialisthelsetjenesten	2,4
For lite kompetanse i spesialisthelsetjenesten	2,0
Uenighet med spesialisthelsetjenesten om grenseoppgangen mellom ansvarsområder	2,1
Annet*	3,2

\*Annet får høyest skåre. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten er her et viktig tema. Problematisk samarbeid angis av de fleste, men noen beskriver også godt samarbeid med DPS og sykehusavdeling.

*Kommentar:* Tjenesteutøverne gir faktorer vedrørende tjenestene relativt lave skårer mht tjenestene betydning for opplevelsen av denne brukeren som ressurskrevende. *Kapasitet i tjenestene* skårer middels viktig (3,0), men signifikant høyere enn alle andre kjennetegn bortsett fra *annet*. *Kompetanse i tjenestene* skårer også signifikant høyere i gjennomsnitt (2,6) enn de andre kjennetegn bortsett fra *kapasitet i spesialhelsetjenesten*.

I skjemaet gis en nokså lav skåre (2,2) på *viktigheten av lite/dårlig samarbeid med spesialisthelsetjenesten*. I fritekstkommentarene beskrives imidlertid problematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det kan tyde på at samarbeidet stort sett vurderes som rimelig bra, og at disse problemene ikke er hovedtendensen. Ut fra skåren i spørreskjemaet tyder det på at dårlig kapasitet i spesialisthelsetjenesten vurderes som et vel så stort problem som samarbeidsrelasjon. Flere beskriver det også som en utfordring å få alle internt i kommunen til å samarbeide godt, og enkelte angir at det kan være vanskelig å få alle til å opptre likt. På spørsmålet om tjenestene er dårlig koordinert p.g.a. lite/dårlig samarbeid i kommunene skårer de ansatte imidlertid lavt. Det er kjent at godt samarbeid internt er en betingelse for å utvikle gode tjenester, og lav skåre her kan tyde på at samarbeidet stort sett vurderes som bra. Disse temaene utdypes i intervjuene i delstudie II. Det tredje viktige momentet i fritekstkommentarene er at det er vanskelig å tilrettelegge tilbud til denne brukergruppen. Dette vil også bli drøftet mer utførlig senere i rapporten.

## 5.4 Tjenestetilbudet til de ressurskrevende voksne brukerne

I dette underkapittelet beskrives først omfanget av brukernes tjenestetilbud, tjenesteutøvernes vurdering av tilbudet og av hva som mangler. Til slutt beskrives tjenesteutøvernes vurdering av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om de aktuelle enkeltbrukerne.

### 5.4.1 Omfanget av tjenester

I **skjema 2** spurte vi om omfanget av tjenester vedkommende bruker fikk, og ba videre tjenesteutøver angi dagens kommunale tjenestetilbud til brukeren omregnet til (omtrent) antall timer per uke. Resultatene er gjengitt i venstre kolonne i tabell 5.13 nedenfor.

Gjennomsnittlig antall timer tjenestetilbud per uke er regnet ut for alle brukerne det er fylt ut skjema for, enten tjenesteyter har svart på spørsmålet eller ikke. Dvs. at både der det er svart 0 og der spørsmålet ikke er besvart, er tolket som at brukeren ikke mottar vedkommende tjeneste. Det innebærer at anslagene kan være for lave. Vi har derfor også foretatt de samme utregningene etter

å ha tolket alle blanke svar som ”missing”. Dvs. at kun de skjemaer der spørsmålet er besvart inngår i utregning av gjennomsnittsverdiene, og at kun der det er svart 0 oppfattes som at brukeren ikke får vedkommende tjeneste. Det innebærer at anslag over antall timer sannsynligvis er for høyt. Vi har valgt å presentere både de laveste og høyeste anslag for omfang av tjenester i de to kolonnene til venstre i tabell 5.13.

112 (28 prosent) av brukerne har døgkontinuerlig tilsyn (jf tabell 5.14 nedenfor). Disse brukerne har rimeligvis spesielt mye tjenester og vil trolig trekke opp gjennomsnittet for tjenestetilbudet til hele brukergruppen. Det vil derfor være interessant å vurdere omfanget av tjenester til brukere uten døgkontinuerlig tilsyn. Brukerne uten døgkontinuerlig tilbud er derfor trukket ut av materialet, og vi har så regnet ut hva de får av tjenester. Også her er utregningene gjort på to måter som beskrevet ovenfor. Resultatene er gjengitt i de to kolonnene til høyre i tabell 5.13.

Tabell 5.13: Dagens tjenestetilbud til brukerne omregnet til timer per uke. Laveste og høyeste anslag for alle brukere og laveste og høyeste anslag for brukere uten døgkontinuerlig tilsyn

Tilbud fra:	Alle brukere		Brukere uten døgntilbud	
	Lavest	Høyest	Lavest	Høyest
Hjemmehjelp	2,3	3,4	1,4	2,1
Ordinær hjemmesykepleietjeneste	7,5	11,1	3,9	5,7
Psykiatrisk sykepleier	1,8	2,5	1,9	2,4
Annet høyskoleutdannet personell med v.utd i psyk helsearbeid*	6,8	14,3	2,4	4,8
Støttekontakt	1,3	2,0	1,2	1,8
Avlastning	0,5	1,0	0,6	1,2
Kommunale aktivitetstilbud på dagtid (dagsenter, aktivitetssenter, arbeidstrening, undervisning og liknende)	5,5	7,5	5,3	7,1
Andre Kommunale tilbud (kulturtilbud og liknende)	0,3	0,6	0,2	0,5
DPS (Distriktpsikiatrisk senter)	2,4	3,9	2,0	3,4
Privatpraktiserende psykiater/ psykolog	0	0,1	0,1	0,1
Andre**	1,1	2,6	1,4	3,2
<b>Totalt</b>	<b>29,5</b>	<b>49</b>	<b>20,4</b>	<b>32,2</b>

\* For noen brukere er angitt at de er innlagt sykehus, behandlingshjem, sykehjem el. likn.

Videre er det for mange bemerket at de bor i boliger med døgkontinuerlig tilsyn. Ellers er "miljøarbeid" nevnt flere ganger uten at dette er spesifisert nærmere. Yrkesgruppene som er nevnt flest ganger, er psykiatrisk hjelpepleier, sosionom og vernepleier. Spesialpedagog, ergoterapeut og fysioterapeut er nevnt kun sporadisk. Andre instanser som er nevnt, er fengselshelsetjeneste og trygdekontor.

\*\* Syv brukere angis å være innlagt i institusjon. For 12 brukere er det bemerket at vedkommende har avtaler om opphold ved DPS eller annen institusjon med faste intervaller.

Ellers angis gruppetilbud og ulike kurs ved DPS. Videre har noen brukere kontakt med habiliteringstjenesten og enkelte med psykososialt team for flyktninger.

For ordinær hjemmesykepleietjeneste og annet høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid er tjenestetilbudt til de to gruppene svært ulikt, og døgntilsyn kan forklare forskjellen. For de andre tjenestene er det påfallende små forskjeller.

Brukere uten døgntilbud får et sted mellom 9,6 og 15 timer bistand per uke til sammen fra hjemmehjelp, hjemmesykepleie og helse- og sosialfagligpersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Ut fra at disse brukerne tilhører gruppen som oppleves ressurskrevende og at det er hjelp til å strukturere dagen brukerne har mest behov for, kan man spørre seg om dette er tilstrekkelig.

Videre ble tjenesteyterne spurt:

*Har brukeren kontakt med følgende kommunale instanser?*

Tabell 5.14. Antall og andel brukere som har kontakt med følgende kommunale instanser

<b>Kontakt med:</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Helsesøster	12	3 %
Barnevern	34	8 %
PPT (Pedagogisk-psykologisk rådgivingstjeneste)	13	3 %
Utekontakt, oppsøkende tjenester	15	4 %
Rustjeneste	55	14 %
Annen sosialtjeneste	173	43 %
Annet personell med høgskoleutdanning uten videre utdanning i psykisk helsearbeid *	150	37 %
Psykolog	63	16 %
Fastlege	366	91 %
Andre **	84	21 %
LAR (legemiddelassistert rehabilitering)	38	9 %
Har brukeren egen bolig(alene eller sammen med andre)	354	88 %
- med dagtilsyn	195	48 %
- med døgnkontinuerlig tilsyn	112	28 %

\* Under annet personell med høgskoleutdanning uten videre utdanning i psykisk helsearbeid er det først og fremst bemerket at mange brukere bor i døgnbemannet bolig. Dernest er miljøterapeut nevnt flest ganger. Videre nevnes vernepleier, pedagog, ergoterapeut, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut, NAV arbeid og politi.

\*\* Hjelpverge ble angitt noen ganger, ellers ble nevnt pårørende gruppe, kommunal vaktmester, prest, politi og logoped.

*Kommentar:* Brukerne har kontakt med mange kommunale instanser, for eksempel har 57 prosent kontakt med rus- og/ eller annen sosialtjeneste i kommunen. Hele 91 prosent har kontakt med fastlegen, men undersøkelsen kan ikke si noe om omfanget av denne kontakten. Selv om brukerne er over 18 år, har 12 kontakt med helsesøster og 34 med barnevern. Forklaringen kan være at ungdom over 18 år fortsatt har kontakt med disse instansene og /eller at det er brukernes barn som har slik kontakt.

*Har brukeren kontakt med følgende instanser i spesialisthelsetjenesten?*

Tabell 5.15. Antall og andel brukere som har kontakt med følgende instanser i spesialisthelsetjenesten

<b>Kontakt med:</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Ambulant team	56	14 %
BUP	7	2 %
PUT	9	2 %
Rustjeneste	38	9 %
Habiliteringstjeneste	31	8 %
Annet	62	15 %

Bortsett fra DPS (se tabell 5.13) har brukerne i liten grad kontakt med instanser i spesialisthelsetjenesten. Kun 14 prosent har kontakt med ambulant team, og det fremgår av tjenesteyternes kommentarer at de kunne ønsker seg mer bistand fra ambulant team. Tallene gjelder voksne, og det er en naturlig forklaring på at kun 2 prosent har kontakt med BUP.

### 5.4.2 Er tilbudet tilfredsstillende?

#### Tjenesteutøvernes vurdering av tilbudet:

*Har brukeren et tilfredsstillende tilbud i dag?*

Tjenesteutøverne skåret på en skala fra 1 (ikke tilfredsstillende) til 4 (svært tilfredsstillende).

Tabell 5.16. Skåre for hvor tilfredsstillende tjenestetilbud brukerne har i dag

<b>Brukergruppe</b>	<b>Gjennomsnittskåre</b>
Alle voksne	2,4
Kvinner (50 %)	2,5
Menn (49 %)	2,4
Brukere med kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og annen psykisk lidelse (9 %)	2,5

Det er ingen signifikante forskjeller mellom de ulike gruppene

For 73 brukere (19 prosent) er angitt verdien 1, for 108 brukere (28 prosent) er angitt verdien 2, for 142 brukere (36 prosent) er angitt 3 og 49 brukere (13 prosent) er angitt en skåre på 4 – svært tilfredsstillende. For 18 (5 prosent) er spørsmålet ikke besvart.

Tjenesteyterne vurderer tjenestetilbudet som middels tilfredsstillende, for de fleste brukerne skåres 2 eller 3. Litt flere vurderes å ha et ikke tilfredsstillende tilbud enn et svært tilfredsstillende tilbud.

#### Ledernes vurdering av brukernes tilbud:

*Hvor mange av deres opplevd ressurskrevende brukere mener dere får et tilfredsstillende tilbud per i dag?*

Lederne skåret for aldersgruppen over 18 år etter svaralternativene 1 (ingen), 2 (en god del), 3 (halvparten), 4 (mange) og 5 (alle).

Gjennomsnittskåre er 3,3, som vil si noe over halvparten. Ledernes vurdering samsvarer således rimelig godt med fagutøvernes.

### 5.4.3 Hva mangler?

For brukere som ikke har et tilfredsstillende tilbud i dag (skåre 1 eller 2 på dette spørsmålet), ble **tjenesteutøver** bedt om å svare på en del spørsmål om hva som mangler. I de to kolonnene til venstre i tabell 5.17 og tabell 5.18 nedenfor angis antall og andel brukere som mangler de ulike tjenestetilbudene.

Tjenesteutøverne ble også spurt om hvor viktig det manglende tilbudet ble oppfattet og angav dette på en skala fra 1 (litt viktig) til 3 (svært viktig). Antall og andel brukere der tjenesteutøverne har vurdert mangelen som svært viktig, er angitt i de to kolonnene til høyre, i tabellene.

Tabell 5.17. Antall og andel av de totalt 403 brukerne som mangler ulike tjeneste, og antall og andel brukere der mangelen angis som svært viktig = 3.

Mangler følgende kommunale tilbud?	Antall som mangler	Andel som mangler	Antall som har angitt 3	Andel som har angitt 3
Hjemmehjelp	64	16 %	23	36 %
Ordinær hjemmesykepleietjeneste	33	8 %	17	51 %
Psykiatrisk sykepleier	49	12 %	15	31 %
Annet høgskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid*	57	14 %	41	72 %
Støttekontakt	125	31 %	62	50 %
Avlastning	62	15 %	23	37 %
Kommunal aktivitet på dagtid	93	23 %	47	51 %
Andre kommunale tilbud (kultur og lignende)	80	20 %	23	29 %
Helsesøster	31	8 %	1	3 %
Barnevern	30	7 %	2	6 %
PPT	32	8 %	0	
Utekontakt, oppsøkende virksomhet	38	9 %	4	11 %
Rustjeneste	43	11 %	12	28 %
Annen sosialtjeneste	28	7 %	8	29 %
Annet høgskoleutdannet personell uten videreutdanning i psykisk helsearbeid**	37	9 %	19	51 %
Psykolog	74	18 %	29	39 %
Fastlege	9	2 %	7	77 %
Andre***	18	4 %	11	61 %
Ansvarsgruppe	47	12 %	26	55 %
Individuell plan	69	17 %	35	51 %
Egnet bolig	65	16 %	51	78 %
Dagtilsyn i bolig	59	15 %	32	54 %
Døgnkontinuerlig tilsyn i bolig	66	16 %	32	49 %
LAR (legemiddelassistert rehabilitering)	29	7 %	4	14 %

\* Kommentarene på dette punktet dreier seg først og fremst om behov for bolig og bistand til å bo. Det dreier seg om døgnbemannet bolig, tilrettelagt bolig, kompetent oppfølging og veiledning i bolig, miljøterapeuter og også veiledning av personalet i bolig. For en del brukere angis behov for hjelpere med kompetanse på ruslidelser. En nevner behov for tegnspråkkompetanse. En bruker angis å trenge institusjonsplass. For noen brukere påpekes at det er vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe: "brukeren avviser all hjelp", "vanskelig å etablere godt tillitsforhold til bruker".

\*\* Flere påpeker behov for mer tjenester, for eksempel tilbud kveld og helg. Det etterlyses miljøterapeut, fysioterapeut og ernæringsfysiolog og samtalegrupper. Også her understrekes problemer med at noen brukere ikke klarer å nyttiggjøre seg tilbudene.

\*\*\* Traumebehandling og familierådgivning er nevnt under dette punktet. Veiledning av personalet. For en bruker er det angitt: Mulig behandling i institusjon", og en angis å trenge "mer egnet døgntilbud".

Det fremgår av tabellen at mangel på bolig angis som helt vesentlig, både under punktet om annet høgskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og under punktet om tilsyn i bolig. Det framkommer i ulike sammenhenger i studien at det å etablere tilfredsstillende botilbud er en betydelig utfordring for kommunene. Dette vil bli utdypet i delstudie II. Det er verd å merke seg at tilbudene som flest mangler, er støttekontakt og aktivitetstilbud, og at for omtrent halvparten av brukerne er mangelen angitt som svært viktige.



Tabell 5.18. Antall og andel av de totalt 403 brukerne som mangler tilbud fra spesialisthelsetjenesten og antall og andel brukere der mangelen er svært viktig = 3.

Mangler følgende tilbud fra spesialisthelsetjenesten?	Antall som mangler	Andel som mangler	Antall angitt 3	Andel angitt 3
DPS	60	15 %	32	53 %
Privatpraktiserende psykolog/psykiater	42	10 %	6	14 %
Andre *	13	3 %	6	46 %
Ambulant team	53	13 %	16	30 %
BUP (Barne- og ungdomspsyk. pol. klin.)	32	8 %	2	6 %
PUT (Psykiatrisk ungdomsteam)	33	8 %	4	13 %
Rustjeneste	50	12 %	15	30 %
Habiliteringstjeneste	44	11 %	17	39 %
Andre spesialisttilbud	22	6 %	9	41 %

\* Det er få kommentarer på dette punktet, og de dreier seg hovedsakelig om bedre tilgang til DPS: kortere ventetid, mer oppfølging og flere avlastningsopphold. Videre savnes ambulant team ved DPS.

Tjenester fra DPS er angitt som tilbudet som mangler oftest, og for over halvparten angis mangelen som svært viktig. Dernest angis ambulant team og rustjeneste, men mangelen her angis mindre viktig.

#### Det er kommunale tilbud som mangler

Av disse to tabellene fremgår at langt flere brukere mangler tilbud fra kommunale tjenester enn fra spesialisthelsetjenesten. Med unntak av tilbud fra DPS ser det også ut til at mangelen på mange av de kommunale tilbudene vurderes som viktigere enn mangelen på tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

#### 5.4.4 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

Tjenesteutøverne fikk spørsmålet:

*Hvordan har, samlet sett, samarbeidet med spesialisthelsetjenesten vært om denne brukeren?*  
De skåret på en skala fra 0 (ikke aktuelt), 1 (svært lite tilfredsstillende) og til 5 (svært tilfredsstillende).

For 18 brukere (5 prosent) svares at det ikke er aktuelt. For 50 brukere (12 prosent) er det ikke svart på spørsmålet.

Gjennomsnittlig skåre for de øvrige er 3,2, som er litt over middels. Nedenfor er angitt antall og prosentfordeling for de ulike skårene.

Tabell 5.19. Tilfredshet med samarbeid

<i>Hvordan har, samlet sett, samarbeidet med spesialisthelsetjenesten vært om denne brukeren?</i>		Antall brukere	Andel brukere
1	svært lite tilfredsstillende	39	11,6 %
2		59	17,6 %
3		81	24,2 %
4		104	31,1 %
5	svært tilfredsstillende	52	15,5 %
Total		335	100 %

Tjenesteutøverne har opplevd samarbeidet om disse konkrete brukerne som over middels godt, og for hele 47 prosent av brukerne angis verdien 4 eller 5. Dette er et viktig poeng når problematisk samhandling vies så vidt mye oppmerksomhet flere steder i rapporten.

Det er ingen systematisk forskjell mellom små kommuner med under 10 000 innbyggerer og store kommuner med 10 000 innbyggerer eller flere (ki-kvadrat = 6,0; df = 4; p = 0,2).

### **Tilfredsheten med samarbeidet varierer innen kommunene**

Tjenesteytere fra 57 kommuner har besvart spørsmålet om samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fem kommuner hadde ikke ressurskrevende brukere og fem kommuner har ikke sendt inn brukerskjemaer/ besvart spørsmålet for noen brukere. Mange kommuner har bare en eller få brukere.

Resultatene viser at vurderingen av samarbeidet varierer betydelig fra bruker til bruker innen den enkelte kommune. I åtte kommuner har tjenesteyterne gitt skåre fra 1 til 5 for hvor tilfredsstillende samarbeidet om de aktuelle brukeren har vært, jf ovenfor. I 16 kommuner er det angitt fire ulike skårer, i 21 kommuner tre ulike skårer og i 12 kommuner er det angitt en eller to ulike skårer. En kommune har gitt skåren 1 for alle fem brukerne, og en kommune har gitt skåre under tre på alle skjemaene.

### **Tjenesteyterne fikk tilleggsspørsmålet:**

*Hva har eventuelt vært lite tilfredsstillende?*

I alt 153 (i 46 prosent av sakene der det var aktuelt med samarbeid med spesialisthelsetjenesten) har svart på dette spørsmålet. Disse tekstavsnittene er systematisert og sammenfattet under overskriftene: (1) Kompetanse i spesialisthelsetjenesten, (2) Kapasitet og tilgjengelighet, (3) For lite samarbeid om utskriving og videre oppfølging og (4) Uenighet.

### **Kompetanse i spesialisthelsetjenesten**

Flere kommentarer handler om for dårlig kompetanse ved DPS. En skriver at DPS har "nyutdannede folk uten erfaring som skal gå råd og hjelp". Flere påpeker at det er for dårlig kompetanse om og manglende tilbud til målgrupper med spesielle behov, for eksempel mennesker med både psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. Videre skriver flere at DPS har for lite kunnskap om kommunene og kommunenes psykiske helsearbeid, og at de mangler forståelse for det som skiller psykisk helsearbeid i kommunene fra arbeidet i spesialisthelsetjenesten. En skriver: "Ansatte i voksenpsykiatrien ser ikke kompleksiteten rundt personen i kommunen." God veiledning etterlyses. Noen angir at de ikke får/ får for lite veiledning, andre synes veiledningen de får ikke er nok. De mener det kan skyldes at veiledningskompetanse ikke er god nok eller at DPS-ansatte har for liten kompetanse om kommunalt psykisk helsearbeid til å kunne tilpasse veiledningen til den kommunale virkelighet. En skriver: "For liten veiledning til å håndtere kompliserte atferdsmønstre; ufaglært måtte gjette seg fram".

### **Kapasitet og tilgjengelighet**

Flere påpeker lang ventetid ved DPS, en angir over ett år. Noen mener at de dårligste brukerne med alvorlige og langvarige lidelser blir nedprioritert ved DPS og ikke får de tilbudene de har behov for. Flere etterlyser bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten. En ønsker for eksempel en fast kontakt i spesialisthelsetjenesten som man greit kan få tak i. Noen ønsker seg rask respons i akuttsaker, en skriver at "det er lite hjelp å få når vi ser tegn på akutt forverring". Det etterlyses også smidigere ordninger, for eksempel at man kan slippe vanlige innleggelsesprosedyrer hvis brukere blir verre og trenger reinnleggelse.



Flere påpeker for lite kapasitet ved DPS, og noen nevner hyppig skifte av personell. Ambulant virksomhet/ team savnes av flere, "Spesialisthelsetjenesten skulle oppsøke pasienter hjemme"! Enkelte angir store geografiske avstander som problematisk.

### **For lite samarbeid om utskriving og videre oppfølging**

Mange kommentarer handler om problemer i utskrivingprosessen og manglende oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter utskriving. Noen angir at spesialisthelsetjenesten tar lite kontakt med kommunen mens pasientene er innlagt slik at utskrivingen til hjemmet og tiltak videre er alt for dårlig planlagt. Mange skriver om for brå overgang til egen bolig og for lite oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter utskriving. En skriver: "Spesialisthelsetjenesten har urealistiske krav til kommunen, de ser ikke at brukeren trenger hjelp fra begge". Andre påpeker at bruker får mindre hjelp fra spesialisthelsetjenesten enn det man ble forespeilet før utskrivingen eller at de lover brukeren tiltak fra kommunen som kommunen ikke er i stand til å gjennomføre.

### **Uenighet**

Flere kommentarer handler om at dialogen mellom DPS og kommunen ikke er god nok, om uenighet i vurderinger av hva som er til brukerens beste og ulikhet i kultur og forståelse. Noen kommentarer beskriver en faglig uenighet. Som eksempel nevnes at DPS kan avvise en bruker fordi vedkommende ikke har behandlingspotensial, mens kommunene er forpliktet til å ta ansvaret. Det angis at for mye ansvar legges på kommunale tjenester fordi DPS velger å ikke gi et tilbud. En stiller i et slikt tilfelle spørsmålet "Skal ansvaret overlates til kommune fordi brukeren er for syk"? Det nevnes eksempler på brukere som avvises ved DPS med begrunnelse at de er psykisk utviklingshemmede eller har et rusproblem. En mener spesialisthelsetjenesten har for liten respekt for kommunenes kompetanse og vurdering. Ellers bemerkes at DPS viser for lite initiativ og kreativitet for å nå brukeren og at de driver for lite familierarbeid. En kommentar sier at det er lite samkjøring mellom DPS og sykehus slik at de har ulik tilnærming til bruker, og en annen at det er lite samarbeid mellom psykiatrien og rustjenesten på spesialisthelsetjenestnivå. En beskriver dårlig samarbeid med DPS, men godt med sykehus.

## **5.5 Utfordringer i arbeidet med å etablere gode tilbud til de særlig ressurskrevende brukerne**

Dette underkapittelet omhandler tjenesteutøvernes vurdering av hva som er problematisk i forbindelse med å utvikle gode tjenester.

For de brukerne som ble vurdert til ikke å ha et tilfredsstillende tilbud (skåre 1 eller 2, jf pkt 5.4.2), ble **tjenesteutøverne** i skjema 2 bedt om å svare på spørsmålet:

*Hva har vært hovedproblemer i forhold til å gi brukeren et godt tjenestetilbud?*

Fritekstkommentarene er bearbeidet og oppsummert under overskriftene "Brukere med ulike vansker og behov", "Kompetanse og samarbeid i kommunen og samarbeid med spesialisthelsetjenesten" og "Kapasitet i kommunale tjenester"

### **Brukere med ulike vansker og behov**

Mange kommentarer er beskrivelser av brukerens vansker, og disse illustrerer at kommunene står overfor mangeartede og kompliserte oppgaver. Brukerne kan ha vansker på svært ulike områder, med behov for et bredt spekter av tilrettelegging og tiltak. For flere brukere beskrives for eksempel kombinasjon av ADHD og autistiske trekk (både ungdom og voksne) med betydelige

samhandlingsvansker. Mange brukere har fått diagnosen personlighetsforstyrrelse, og det beskrives samhandlingsvansker som personalgruppen har vanskeligheter med å håndtere. Ved alvorlige spiseforstyrrelser, selvskadning og suicidalitet beskrives at det er vanskelig å gi gode tilbud, og at dette er fenomener som kan skape uenighet og samarbeidsproblemer i personalgruppa.

I mange kommentarer angir tjenesteyterne at de ofte har vansker med å utvikle egnede tjenestetilbud pga. samhandlingsvansker med brukeren. En nokså vanlig beskrivelse er at kommunen har et godt tilbud, men at brukeren ikke kan nyttiggjøre seg dem eller ikke vil ha dem. Noen beskriver at bruker mangler innsikt, er uvillig til å ta imot tilbud, ikke er godt nok motivert, ikke holder avtaler eller er utilgjengelig for tjenester. Det beskrives at brukeren avviser hjelpere, isolerer seg, ikke greier å nyttiggjøre seg tilbud eller ikke ser at de har behov for hjelp. Mange skriver at de ikke greier å komme i posisjon for å hjelpe, skape tilstrekkelig tillit og trygghet eller at det er vanskelig å finne tilbud som brukeren ønsker eller kan mestre. Flere skriver at brukerne ikke greier å delta i aktiviteter fordi de har for mye angst og at kommunen har for lite ressurser til å tilpasse tilbudene godt nok eller til å følge opp den enkelte tilstrekkelig.

Det beskrives som utfordrende å finne gode tilbud til gruppen brukere som har både en psykisk utviklingshemming og en alvorlig psykisk lidelse. Det etterlyses kompetanse både på spesialistnivå og i kommunene, og flere mener at disse brukerne ofte er mangelfullt utredet. Flere brukere har lange fengselsopphold bak seg og trenger hjelp til å tilpasse seg et normalt liv.

### **Kapasitet, kompetanse og samarbeid i kommunale tjenester**

Mange kommentarer dreier seg om for lite ressurser. Det ser ut til at for mange brukere mener kommunen at de kunne gitt et tilfredsstillende tilbud hvis de hadde mer ressurser, først og fremst til egnet bolig, som ofte er bolig med døgnbemanning. I noen tilfeller er slik bolig under bygging/planlegging, men oftest beskrives dette som en avgjørende mangel som hindrer/ reduserer mulighetene for å etablere gode, stabile tilbud. I de fleste tilfeller beskrives bofellesskap med døgnbemannede boliger, men noen ganger presiseres at boligene må være lokalisert i små fellesskap eller eventuelt ligge alene slik at beboeren ikke får folk alt for nær innpå seg. Mange beskriver for lite kapasitet til oppfølging i bolig, oppfølging i forhold til aktiviteter, sosiale ferdigheter og til å utvikle sosialt nettverk.

For brukere med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelmissbruk ser det ut til at mange kommunene mener å ha brukbar kompetanse, men de etterlyser bedre tilbud i spesialisthelsetjenesten, bedre individuell tilrettelegging av tilbud, mer ressurser og mye bedre samarbeid.

Noen angir for liten kompetanse både på rusfeltet og i forhold til brukerne med de mest alvorlige lidelsene.

Overfor enkelte brukergrupper ser manglende kompetanse ut til være hovedutfordringen for mange kommuner. Noen beskriver brukere med spesielle behov. Vansker som oppleves som mest faglig utfordrende for tjenestene ser ut til å være tilbud til brukere med alvorlige personlighetsforstyrrelse, kombinasjon av autisme og psykose og kombinasjonen av psykisk utviklingshemming og alvorlig psykisk lidelse. Når man mangler kompetanse, settes samarbeidet på prøve.

Mange etterlyser også mer samhandlingskompetanse. "Vi mangler kompetanse lokalt på å takle tilbaketrekning/ isolasjon, det gjør at mange ansatte har problemer med å ivareta brukeren. Det trengs veiledning". Flere kommentarer handler om å utfordringer i "å jobbe likt", koordinere alle tilbudene, skape forutsigbarhet for bruker, og utvikle tverrfaglig samarbeid. Flere skriver om å skape trygghet i tjenestene.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

Mange etterlyser bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De ønsker seg samarbeid om brukerne som byr på mest utfordringer, særlig der det er store samhandlingsvansker. Det etterlyses lettere tilgang til DPS, bedre utredning og diagnostikk, innleggelse ved behov, oppfølging etter utskrivning. Stikkord er utadrettet virksomhet, ambulerende team, jobbe i nettverk. Flere bruker uttrykket ”å dele ansvar”.

Flere etterlyser undervisning og veiledning for å heve kompetanse i kommunen.

For kun 2-3 brukere antydes behov for langvarig tilbud på spesialistnivå. To av brukerne har en væremåte med vold og oppleves truende, hvorav en med flere dommer for voldsutøvelse. For den ene antydes at han burde vært i en sterkavdeling. En skriver: "Har fått forståelse for at institusjon kan være et riktig tilbud til enkelt brukere".

### **"Man kan ikke tenke tiltakskjede!"**

I **spørreskjema 1** spurte vi lederne om hvor mange ressurskrevende brukere som ble vurdert til å befinne seg på galt omsorgsnivå.

Svarene tydeliggjør at dette spørsmålet ikke gav mening for de kommunalt ansatte. De understreker stadig at man ikke kan spørre slik fordi det er snakk om både - og, og ikke et enten - eller. En skriver: "Man kan ikke tenke slik, tiltakskjedetenkningen er ufullstendig, man må tenke nettverk og samordning. Man er avhengig av alle". Kommunen beskrives som handlingsarena, og det understrekes at kompetanse og ressurser fra spesialisthelsetjenesten må ut i kommunen. En skriver: "Alle får tilbud i kommunen. Den enkelte får tilbud i spesialisthelsetjenesten ved behov". Flere understreker at det trengs samtidighet i tjenestetilbudene, ofte over lang tid.

”Det trengs nærhet mellom kommunene og DPS, at spesialisthelsetjenesten inviterer oss med i samarbeid, for eksempel om individuell plan. Vi trenger samarbeid med både spesialisthelsetjenesten og fastlegen som er basert på likeverd, fleksibilitet og tillit.”

## **5.6 Viktige foraktorer for å gi godt tjenestetilbud**

I dette underkapittelet beskrives først ledernes vurdering om hva som er viktige faktorer for å få til gode tjenestetilbud til brukere med psykiske lidelser som oppleves ressurskrevende. Deretter beskrives tjenesteytternes vurdering av hva som har vært viktig for å få til et godt tilbud til de konkrete enkeltbrukerne - og eventuelle mangler i tjenestetilbudet.

### **5.6.1 Lederne vurdering – godt tilbud til gruppen brukere som oppleves ressurskrevende**

*Hvor viktig er følgende faktorer for å gi et godt tilbud til disse brukerne?*

Lederne skåret på en skala fra 1 (ikke viktig) til 5 (svært viktig).

Tabell 5.20. Gjennomsnittlig skåre for viktighet av ulike faktorerets betydning for å gi et godt tjenestetilbud (ledernes vurdering)

Viktige faktorer for å gi et godt tjenestetilbud	Gjennomsnittskår
Kapasitet i kommunale tjenester	4,7
Hensiktsmessig plassering av psykisk helsearbeid i organisasjonen*	4,1
Hensiktsmessig organisering innen psykisk helsearbeid/ helsetjeneste**	4,2
Fagkunnskap i personellgruppen	4,5
Ansattes relasjonskompetanse i forhold til bruker	4,6
Trygghet i personellgruppen	4,7
Oppfølging av og forståelse hos ledere	4,6
Emosjonell støtte for hjelperne i det daglige	4,6
Fast avtalt veiledning	4,4
Fast internundervisning	4,0
Brukermedvirkning på individnivå	4,7
Brukermedvirkning på tjenestenivå	4,4
Brukermedvirkning på system/ politisk nivå	4,0
Godt tverrfaglig samarbeid internt i kommunen	4,8
Godt samarbeid med fastlegen	4,7
Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten	4,7
Kapasitet i spesialisthelsetjenesten	4,6
Kompetanse i spesialisthelsetjenesten	4,6
Veiledning/ undervisning fra spesialisthelsetjenesten	4,4
Riktig bruk av ressurser som finnes i kommunen	4,7
Riktig bruk av ressurser som finnes i spesialisthelsetjenesten	4,6

\* Totalt 26 ledere har gitt kommentarer i fritekstfeltet på dette spørsmålet. Ti skriver at psykisk helsearbeid må organiseres i egen enhet. Ingen anbefaler integrerte tjenester. To tydeliggjør at psykisk helsearbeid ikke må legges under hjemmesykepleien fordi man da slukes av andre arbeidsoppgaver. Ni understreker betydningen av godt samarbeid uten å beskrive det nærmere. To peker på god kompetanse. En skriver at arbeidet må organiseres slik at tilbudene er nær bruker.

\*\* Totalt 25 kommentarer i fritekstfeltet. Flere skriver at organiseringen må gi gode rammer for fagutvikling og gode møteplasser for tverrfaglig samarbeid. Videre understrekes fleksibilitet og god ressursutnyttelse i tjenesteytingen. Flere påpeker at tjenestene selv må prioritere tilbudene. At en tydelig organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunen gir gode betingelser for samarbeid med spesialisthelsetjenesten, fremheves som et kjernepoeng. En understreker at forståelse av psykisk helsearbeid hos den øverste leder er en betingelse.

Som det fremgår av tabell 5.20 synes lederne at alle faktorer er svært viktige for å kunne gi gode tjenestetilbud. Enkeltfaktorene som de trekker fram i fritekstkommentarene, organisering, fagutvikling, samarbeid og prioritering vil bli utdypet i delstudie II.

### 5.6.2 Tjenesteyternes vurdering

For brukere der ansatte opplevde at brukeren har et tilfredsstillende tilbud i dag (jf pkt 5.4.2), spurte vi tjenesteutøverer i **skjema 2**:

*Hva har vært viktig for å få til et tilfredsstillende tilbud til denne brukeren?*  
Skåret fra 1 (ikke viktig) til 5 (svært viktig).

Tabell 5.21. Gjennomsnittlig skåre for de ulike faktorerens betydning for å få til et tilfredsstillende tjenestetilbud til den aktuelle brukeren (tjenesteytneres vurdering)

Viktige faktorer	Gjennomsnittsskåre
Kompetanse i kommunale tjenester	4,4
Kapasitet i kommunale tjenester	4,4
God ledelse av de kommunale tjenestene	4,0
Hensiktsmessig organisering av kommunale tjenester	4,0
Samarbeid med brukeren	4,5
Samarbeid med brukerens familie/ nettverk	3,5
Samarbeid innad i kommunen	4,2
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	4,1
Annet*	3,3

\*Ikke så mange kommentarer. Flere handlet om relasjon mellom bruker og hjelper, beskrevet med litt ulike ord: "Etablere tillit og trygghet i relasjon til bruker", "bruker mangler innsikt", "kan ikke nyttiggjøre seg tilbud". I noen kommentarer ble viktigheten av en god dialog med spesialisthelsetjenesten understreket, videre kompetanse ved DPS og at fagfolkene derfra må ut i kommunene. God koordinering av de kommunale tjenestene er viktig. Enkelte påpekte behovet for tilrettelagt arbeid/ skoletilbud.

*Kommentar:* Som ledere, skårer også tjenesteyterne jevn høyt på de fleste faktorene. For tjenesteyterne skiller tre faktorer seg ut som viktigere enn de andre: *Kompetanse i kommunale tjenester*, *Kapasitet i kommunale tjenester* og *Samarbeid med brukeren* – gjennomsnittsskåre for disse tre faktorer er signifikant høyere enn de andre faktorene i tabellen ovenfor.

*Samarbeid med brukerens familie/nettverk* skårer gjennomsnittlig lavere enn de andre faktorene.

## Mangler i tjenestetilbudet

Tjenesteyterne fikk oppfølgingsspørsmålet:  
*"Hva er det eventuelt som mangler?"*

### Kapasitet, kompetanse og samarbeid i kommunale tjenester

De fleste kommentarene (mer enn 70) dreier seg om behov for døgnbemannet bolig, tilrettelagt botilbud eller oppfølging i bolig. Mange understreker behov for mer kompetanse hos ansatte som arbeider i boligene. Videre angir mange at det er for lite ressurser i tjenestene til god nok oppfølging av brukerne. De skriver om oppfølging i hjemmet med samtaler, ADL-trening og råd og veiledning for å strukturere dagen og mestre daglige gjøremål. Det beskrives også behov for hjelp til å delta i aktiviteter, styrke det sosiale nettverket og følge brukerne til lege og lignende. Flere brukere angis å ha behov for mer oppfølging på kveld/ helg, og noen etterlyser støttekontakt og personlig assistanse. Mulighet for fleksibilitet i tjenestene nevnes, og en skriver: "Vi må kunne hjelpe brukeren når han har en god dag, på dårlige dager vil han ofte ikke ha hjelp". Det påpekes av noen at tilstrekkelig oppfølging over tid, kanskje livet ut for enkelte, er nødvendig for å unngå forverrelse og reinnleggelse.

Også aktivitets- arbeids- og skoletilbud nevnes av mange. Det dreier seg både om egnede tilbud og om mulighet for tjenestene til å bistå brukerne i å benytte seg av tilbudene. En understreker at det må være rom for å bistå brukerne i lystbetonte aktiviteter, og en annen påpeker at også mennesker som er uføretrygdede også trenger mengingsfullt arbeid.

Flere etterlyser mer kompetanse i kommunale tjenester, for eksempel "større faglig tyngde og økt kompetanse på psykisk helse". Andre fremhever behovet for spesifikk kompetanse, i forhold til rus, til mestring av utagering og på spesifikke psykiske lidelser. En ønsker "felles faglig forståelser av alternative måter å jobbe på for å unngå bruk av tvang". Det skrives også om behov for kontinuitet i tjenestene og samordning av de ulike tilbudene.

En nevner individuell plan og team rundt bruker. Til en bruker angis at det kjøpes tjenester utenfor kommunen. Noen kommentarer handler om bedre samarbeid og samordning innen kommunale tjenester.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten nevnes, men faktorer i kommunale tjenester nevnes hyppigere. To påpeker at problemer med spesialisthelsetjenesten gjorde arbeidet med denne brukeren vanskelig tidligere, men at det nå går fint.

Ellers er det ofte de samme faktorer som tidligere er nevnt i forbindelse med slikt samarbeid. Det savnes først og fremst bedre tilgjengelighet i form av mer bistand fra DPS til oppfølging av pasienter over tid, bedre samarbeid i forbindelse med utflytting i bolig eller utskrivning etter korttidsopphold. Tjenesteutøverne i kommunen ønsker seg videre hjelp til vurderinger, utredning og behandling. Flere ønsker at fagfolkene kommer ut i kommunene. Flere etterlyser mulighet for innleggelse i perioder, i DPS eller akuttavdeling, ved akutte forverrelse, for avrusning eller avlastning.

Kun for to brukere er det kommentarer som tyder på behov for tilbud utenfor kommunen. En skriver: ”Egnet institusjonsplass”, og en annen skriver ”Innleggelse i sterkavdeling over en lengre periode.”.

### **Vansker i samhandling med bruker**

Noen kommentarer handler om vansker i samhandling med bruker, for eksempel fordi at bruker ikke har innsikt i egen sykdom og ikke ser at han/hun har behov for hjelp. Flere beskriver brukere som ikke er motivert eller ikke tar initiativ. En bruker har hjelperne problemer med å integrere pga. vedkommendes atferd. Flere skriver at bruker ikke klarer å nyttiggjøre seg de tilbudene vi har. En skriver: ”Tjenestene mangler ressurser til å opparbeide en samarbeidsallianse med bruker”.

## **5.7 Barn/ unge**

Kun åtte brukere (under 2 prosent av hele materialet) er registrert i aldersgruppen 0 - 18 år. Siden det er så få brukere i denne gruppen, blir det kun presentert en kort beskrivelse av dem. Unge brukere er i alderen 12 til 17 år, med en gjennomsnittsalder av 15 år. Halvparten (4) er jenter, og 4 er gutter. Ungdommene har fått diagnoser som ADHD, Tourettes syndrom, anoreksi, tvangslidelse, språkforstyrrelse. For fire er det ikke oppgitt diagnoser.

To av ungdommene er ved registreringstidspunktet innlagt institusjon i spesialisthelsetjenesten og en har døgntilsyn i bolig av egen omsorgsbasis. En fjerde angis å ha 100 timer avlastning per uke. De åtte brukerne har tilbud fra/ kontakt med følgende kommunale tjenester: fastlege, barnevern, PPT, helsesøster, psykolog og sosiale tjenester.

Tjenesteyter blir spurt om tilbudet er tilfredsstillende, og halvparten av brukerne vurderes til ikke å ha et tilfredsstillende tilbud i dag. Av mangler angis: støttekontakt, psykolog, ambulant team, avlastning, aktivitetstilbud, PPT, individuell plan, barnevern, bolig, dagtilsyn i bolig, døgntilsyn, DPS,

Kommentarer i fritekstfeltene dreier seg om tre temaer. Vanligst er at det etterlyses mer kompetanse i kommunale tjenester, inkludert fastleger, om barn og unge med alvorlige psykiske lidelser. Videre dreier mange kommentarer seg om forholdet til spesialisthelsetjenesten, som regel BUP med ønske om mer ressurser, bedre tilgjengelighet, mer utadrettet virksomhet og mer veiledning. Det tredje temaet er ønske om bedre tilrettelagt tilbud i kommunene, for eksempel aktivitetstilbud og møteplasser for barn og unge med ADHD og Tourette.

## 5.8 Eldre

Kun 29 brukere (6 prosent) er over 67 år; fra 67 til 93 år, med en gjennomsnittsalder på 75 år. Seks brukere er over 80 år.

De samme beregningene er gjennomført for denne aldersgruppen som for gruppen 18 - 67 år, men fordi gruppen er så liten og tallene beheftet med så stor usikkerhet, har vi stort sett valgt å beskrive trender i resultatene framfor å presentere tallmaterialet.

På spørsmål om i hvilken grad brukeren oppleves som ressurskrevende, på en skala fra 1 (i liten grad) til 5 (i stor grad) er gjennomsnitt for gruppen eldre brukere 4,1 (for voksne 4,4).

Eldre brukeres funksjonsproblem ser ikke ut til å skille seg vesentlig fra yngres. De vurderes til å ha mindre rusproblemer, og det kan se ut til at de har litt mindre problemer med å strukturere dagen og litt mer problemer med personlig hygiene. Kommentarer i fritekstfeltene i spørreskjemaene tyder på at de har mer fysiske plager og - funksjonsvansker enn yngre. Mye av de samme personlige vanskene som hos voksne, går igjen hos de eldre. Det ser ut til å være litt mer tristhet og litt mindre "stemmer" og mistillit blant eldre. Økonomiske vansker ser ut til å være et mye mindre problem i denne aldersgruppen.

Også når det gjelder brukerens atferd, tyder resultatene på at det er store likhetstrekk mellom de to aldersgruppene. Unntaket er rusrelaterte vansker som ser ut til å være lavere hos de eldre.

Tjenesteutøver ble spurt hvilke kjennetegn ved de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (inkludert tjenester fra eventuell egen enhet for psykisk helsearbeid) som påvirker opplevelsen av denne brukeren som ressurskrevende?

Her ser det ut til at kapasitet i de kommunale tjenester anses viktigere for eldre enn for gruppen voksne, mens de andre aspektene ved kommunale tjenester vurderes likt. Betydning av samarbeid med, og kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten vurderes systematisk mindre viktig for eldre.

For dagens tjenestetilbud til eldre er høyest anslag for eldre sammenliknet med høyeste anslag for voksen, jf. pkt. 5.4.1 og tabell 5.14.

Tabell 5.22: Dagens tjenestetilbud til brukerne omregnet til gjennomsnittlig antall timer per uke

Tilbud fra:	Voksne 18 - 67 år	Eldre over 67 år
Hjemmehjelp	3,4	2,0
Ordinær hjemmesykepleietjeneste	11,1	5,4
Psykiatrisk sykepleier	2,5	2,0
Annet høgskoleutdannet personell med v.utd i psyk helsearbeid	14,3	2,0
Støttekontakt	2,0	0,7
Avlastning	1,0	0
Kommunale aktivitetstilbud på dagtid (dagsenter, aktivitetssenter, arbeidstrening, undervisning og liknende)	7,5	4,2
Andre Kommunale tilbud (kulturtilbud og liknende)	0,6	0,1
DPS	3,9	0
Privatpraktiserende psykiater/ psykolog	0,1	0
Andre	2,6	0,1

Som det fremgår av tabellen, får gruppen eldre langt mindre tjenester enn voksne. Det er stor usikkerhet i disse resultatene fordi det er så få brukere i eldregruppen. Likevel tillater vi oss å gjøre noen sammenlikninger. For begge grupper inkluderer tallene også brukere som har heldøgns tilsyn. Andelen er omtrent lik i de to gruppene; 28 % av voksne og 31 % (9 brukere) av eldre.

Forskjellen i antall timer tjenester er størst for "annet høgskoleutdannet personell med videreutdanning", men også for ordinær hjemmesykepleie er forskjellen påtakelig stor. Tjenesteyterne ble spurt om hva slags tilbud brukeren mangler. De to gruppene angis i samme grad å mangle hjemmehjelp, hjemmesykepleier, støttekontakt, aktivitetstilbud, lege (ingen eldre manglet lege), ansvarsgruppe, egnet bolig, dagtilbud, døgntilbud og tilbud fra DPS. Signifikant flere eldre angis å mangle psykiatrisk sykepleier, avlastning og individuell plan; for ti angis mangel på individuell plan.

Voksne skårer høyere på i hvilken grad tjenesteyterne opplever dem som ressurskrevende, men også eldre gis en skåre over 4. Det er ikke så store forskjeller i grad av funksjonsvansker mellom eldre og voksne. Imidlertid vektlegges ulike faktorer noe ulikt i de to aldersgruppene. Problemer med å strukturere hverdagen tillegges mer vekt hos voksne enn hos eldre, mens for problemer med personlig hygiene er det omvendt. Litt av forklaringen på den store ulikhet i "annet høgskoleutdannet personell" kan være at problemer med å strukturere dagen krever langt mer bistand enn problemer med personlig hygiene. Imidlertid får eldre også betydelig mindre ordinær hjemmesykepleie og noe mindre hjemmehjelp, til tross for at de har mer problemer med personlig hygiene.

Resultatene kan tyde på at eldre har mindre "iøynefallende" plager med mer depresjon og mindre "stemmer", og at de derfor i mindre grad får hjelp ut fra sine psykiske plager. Ingen i gruppen over 67 år har for eksempel tilbud ved DPS, og eldre angis i større grad mangel på psykiatrisk sykepleier. En forklaring kan også være at rehabiliteringsaspektet er nedtonet i arbeidet med de eldste, og at oppfølging i bolig, ADL-trening, aktivitet og nettverksbygging ikke vektlegges i samme grad som hos de noe yngre.

Det ser ut til at tjenesteutøverne vurderer eldre til å mangle tjenester i minst like stor grad som voksne, og vi har ingen teorier som fullt ut kan forklare den store forskjellen i tjenestetilbud.



## 5.9 Ansattes vurdering av forutsetninger for gode tjenester

**Lederne** fikk oppfordringen:

*Her ønsker vi utfyllende kommentarer om hva dere mener er viktig for å få til et godt tilbud til ressurskrevende brukere med psykiske lidelser (barn, unge og voksne)*

Det er verd å merke seg at lederne omtaler de samme tematiske områdene som tjenesteutøverne trakk fram da vi spurte om hva som hadde vært hovedutfordringen i å gi enkeltbrukerne et godt tjenestetilbud, jf. pkt 5.5. Kommentarene omhandlet:

### **Kapasitet, kompetanse og organisering av kommunale tjenester**

Flest kommentarer handler om egnet bolig, gode boenheter, booppfølging/ tilsyn/ miljøarbeid i bolig. Videre blir kontinuitet, både i tjenestene og i tjenestetilbudet til den enkelte bruker, fremhevet. Trygghet i personellgruppa understrekes av flere, likeledes kreativitet og samhandlingskompetanse. En skriver "ledere må legge til rette for moderne tilnærming og unngå firkantet regelrytteri. Det er mye behandlingsoptimisme i fagfeltet, vi vet mye om hva som virker, men savner felles metodisk tilnærming og fagforståelse og mer langsiktig jobbing i kommunen. Dette er et lederansvar". Det understrekes at små kommuner står overfor spesielle utfordringer. En skriver "Jeg kan ikke se for meg hvordan vi i små kommuner kan klare å ha et godt nok tilbud til brukere med svært forskjellige behov til enhver tid". Også de særlig ressurskrevende brukerne stiller de små kommunene overfor store utfordringer. En påpeker betydningen av en robust og forutsigbar kommuneøkonomi og flere ønsker seg øremerking også etter 2008.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

Også samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig tema. Flere påpeker nødvendigheten av oppfølging av brukere sammen med spesialisthelsetjenesten, eventuelt over lang tid. Videre skriver de om veiledning og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten, og langsiktighet i samarbeidet understrekes. Det etterlyses fleksibilitet i henvisning, man ønsker "åpen dør", rett bistand til rett tid og mer differensierte tilbud. Samarbeid med vekt på likeverd vektlegges: "I slikt samarbeid blir ofte kommunene fortalt noe ovenfra og ned om hva som er sant og riktig". Flere kommentarer handler om at kommunen har et meget godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Som siste spørsmål fikk **tjenestevterne** oppfordringen:

*Her ønsker vi utfyllende kommentarer om hva som er viktig for å få til et godt tilbud til denne brukergruppen.*

Spørsmålet over ble besvart i 250 (62 prosent) skjemaer. Også her dreide det seg mye om kompetanse, kapasitet og organisering av kommunale tjenester. Teksten fra alle skjemaene er oppsummert under overskriftene "Kompetanse", "Kapasitet og organisering", "Samarbeidsnettverk og felles ansvar i samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten" og "Er det grenser for kommunenes ansvar?"

### **Kompetanse**

Kompetanse i kommunale tjenester er den enkeltfaktoren som nevnes av flest, omtrent 1/5 del av dem som svarer. Det dreier seg i hovedsak om tre typer kompetanse. Det første er en generell kompetanse i psykisk helsearbeid som omfatter kunnskap om psykiske lidelser og om arbeidsmåter innen psykisk helsearbeid, som kartlegging, tverrfaglig samarbeid, nettverksarbeid, familiearbeid, individuelle planer, arbeid i ansvarsgrupper, og å fremme mestring. Videre nevnes kunnskap om overgrep, selvskading, barn med psykiske lidelser, krisehåndtering og spesielt det å kunne se brukeren i en større sammenheng. Det understrekes betydningen av stabilitet, høyt faglig nivå og trygghet i tjenestene og påpekes problemer med gjennomtrekk av personalet.

Den andre typen kompetanse som beskrives, er kunnskap om og kompetanse knyttet til spesifikke temaer. Som eksempel nevnes kunnskap om kombinasjon av psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse, om personlighetsforstyrrelser og avvikende atferd, om tvangslidelser, traumebehandling, tegnspråk, mestring av utagering, sikkerhetsvurdering, flyktninger med krigstraumer og spilleavhengighet. Rusrelaterte problemer beskrives av noen som vanlig kompetanse, av andre som mer spesiell.

Den tredje typen kompetanse kan beskrives som relasjonskompetanse. Denne beskrives på ulike måter, for eksempel som godt samarbeid med brukeren, klare å lage gode avtaler på brukerens premisser, å komme innpå brukeren, takle tilbaketrekking, alliansebygging med bruker. En skriver: "Manglende motivasjon hos bruker. Trenger veiledning fra spesialisthelsetjenesten for at personalet skal takle dette". Det understrekes stadig at tid er nødvendig: "Tid og kompetanse nok til å skape/beholde en god relasjon slik at det blir mulig å komme i posisjon til å hjelpe og ikke la oss avvise".

### **Kapasitet og organisering**

Også kapasitet vektlegges av mange. Kommentarene handler veldig ofte om det må være tilstrekkelig personellressurser i kommunene til oppfølging: oppfølging i bolig, veiledning, ADL-trening, bistand til aktivitets- og arbeidstilbud, helgetilbud, tilsyn kveld og natt osv. I tillegg kommer en del bemerkninger om betydningen av tilrettelagt botilbud med døgnbemanning. Nok personell til sosial trening og nettverksbygging og til å fange opp forverrelse, slik at tiltak kan settes i verk i tide. Flere understreker at det må være tilstrekkelig ressurser til å kunne tilpasse tjenestene individuelt og tilstrekkelig fleksibilitet i tjenestene til å kunne tilpasse dem til varierende behov. Kontinuitet i tjenestene vektlegges. Videre understrekes at motivasjonsarbeid krever tid.

Flere peker på organisering og samarbeid innen kommunen som viktig. Det trengs "tydelig ledelse, klare målsetninger og felles holdning i forhold til prioriteringer". Flere understreker viktigheten av "kunnskap hos leder om psykiske sykdommer og om hva psykisk helsearbeid er, ellers skapes frustrasjon, og personalgruppa svekkes". God ledelse og god organisering er viktig for trygghet i personellgruppen; det gir engasjement og mer evne til å stå i ubehaget. Helhetlig tilbud og samordning av tjenester er idealet. For å få til det, trengs et "samkjørt personale, felles målsettinger, langsiktighet i planleggingen og god kommunikasjons mellom helperne. Alle involverte parter må jobbe mot felles mål". Tverrfaglighet understrekes, og ansvarsgruppe, samarbeidsmøter, nettverksarbeid og individuelle planer angis som hensiktsmessige samarbeidsmetoder. "Oversiktlig og tilfredsstillende økonomi, stabil og trygg personellgruppe og godt samarbeid med fastlege". Samarbeid med pårørende er viktig og må gis oppmerksomhet.

Flere påpeker spesielle utfordringer for små kommuner. De har ofte få fagfolk, spredt bebyggelse som gjør det vanskelig å bygge opp tilbud, store avstander til spesialisthelsetjeneste, for få brukere til å bygge opp bofelleskap og andre felles tilbud. "I små kommuner blir psykisk helsepersonell

for alene, faste kommunale leger er mangelvare, DPS og BUP er langt unna. Trenger mer veiledning for å hindre utbrenthet". Interkommunalt samarbeid kan være en mulighet hvis ikke avstandene er for store. En skriver: "Jeg opplever at kommunen er god på interkommunalt samarbeid".

### **Samarbeidsnettverk og felles ansvar i samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten**

Mange tjenesteutøvere er tydelige på at godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten er essensielt for å kunne utvikle gode tilbud til brukere med psykiske lidelser som oppleves ressurskrevende. Og de understreker at det dreier som om tilbud fra begge tjenester samtidig.

Mange kommentarer handler om at det finnes gode samarbeidsrutiner og godt samarbeid om konkrete brukere (jf pkt 5.4.4). Flere berømmer samarbeidet med DPS eller enkeltpersoner ved DPS. En skriver: "Vi har godt samarbeid med DPS og står sammen om oppgavene". Det beskrives godt samarbeid om flytting fra institusjon til kommunen, om samarbeid etter utskrivning fra DPS og om og råd og veiledning i forbindelse med oppfølging av enkeltbrukere.

Og det beskrives mangler ved og forventninger til spesialisthelsetjenesten. Mye handler om oppfølging også etter at pasienten er utskrevet. Tilgjengeligheten angis å være for dårlig, det er for "høy terskel for å komme inn", "tilbud i for lite omfang fra DPS". Man ønsker enklere inntaksprosedyrer ved reinnleggelse, for eksempel åpen retur. Det påpekes behov for korte innleggelse til faste tider eller døgnopphold for avlastning i vanskelige perioder for å forhindre langvarig innleggelse. Flere mener adgang til spesialisthelsetjenester med kompetanse både på rus og psykiske lidelser burde være bedre, og en skriver at man bør "ta pasienten på alvor selv om det er et rusproblem". Flere ønsker at 2.linjen viser større interesse for kronisk syke pasienter med liten motivasjon for endring, og det trekkes fram som et paradoks at når spesialisthelsetjenesten ikke kan oppnå noe mer, er brukeren kommunens ansvar. Ett spesielt problem som trekkes fram, er den vanskelige overgang mellom soning og frihet. Det etterlyses veiledning og bistand når "farlige" pasienter skal bosettes; det mangler tilstrekkelig kompetanse i kommunen.

Det etterlyses mer respekt for kommunalt psykisk helsearbeid: "Mer likeverdig samarbeid mellom nivåene der man tenker sammen" og "støtte og anerkjennelse til ansatte som gjør en kjempejobb i forhold til en spesielt krevende bruker". En skriver: "Spesialisthelsetjenesten har en klar formening om hva som skal gjøres når pasienten overføres til kommunen, mens de som skal følge opp i det daglige ser en helt annen virkelighet. De ulike tjenesteyterne må ha respekt for hverandre, lytte til hverandre og dra nytte av hverandres kunnskap og erfaring".

Det uttrykkes ønske om mer utadrettet virksomhet både fra DPS og BUP, både for samarbeid om brukere/ pårørende og for veiledning. En foreslår imidlertid å "forsterke tilbudet i kommunene med psykologer og familieterapeuter i stedet for å bemanne opp DPS ytterligere".

### **Er det grenser for kommunenes ansvar?**

Noen trekker frem enkeltbrukere som utfordrer kommunenes kompetanse og kapasitet. Det nevnes en bruker som har både psykisk utviklingshemming, autisme og psykose, og kommunen kjenner seg maktesløs: "Spesialisthelsetjenesten har lite å tilby, og vedkommende er kommunens ansvar. Det er et paradoks at noen brukere er for dårlige til behandling i spesialisthelsetjenesten!" En annen bruker som har ADHD og en lettere utviklingshemming beskrives som "en av dem som ikke evner å bo og burde hatt fast plass i 2. linjen. Integreringen og nedbygging av institusjoner har på mange måter gått for langt, og en del tilbud mangler".

En skriver: "For folk med alvorlige psykiske lidelser og utagering burde det etableres særskilte enheter med få beboere, kanskje som et samarbeid mellom 1. og 2. linjen. I dag blir gruppen gjerne kasteball mellom nivåene. Staten bør legge til rette økonomisk for samarbeidsløsning".

En annen skriver: "Er det slik at flere egentlig burde vært i 2. linjetjenesten? Det vil alltid være en vurderingssak!"



## 6 Resultat delstudie II - intervjuundersøkelse

### Hva skal til for å etablere gode tjenester til brukere som ansatte opplever som ressurskrevende?

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen danner grunnlaget for å utarbeide guide for intervjuene med ansatte i de ti kommunene og samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten. Oppmerksomhet ble rettet mot temaer som kapasitet og kompetanse i kommunale tjenester, psykisk helsearbeid som kunnskaps- og praksisfelt, brukermedvirkning, samarbeid internt i kommunen, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de særlig ressurskrevende brukerne som kommunen har problemer med å etablere et tilstrekkelig tilbud til. Alle temaer ble berørt i intervjuene, men de ulike temaene ble utdypet i ulik grad i de ulike intervjuene ut fra informantenes spesielle erfaringer, interesser, kunnskap og avhengig av hvilken stilling de hadde i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Dataanalysen er beskrevet under pkt. 4.6.4. I dette kapittelet presenteres resultatene fra intervjuundersøkelsen under overskrifter som fremkom gjennom analyseprosessen.

#### 6.1 Samarbeid med brukeren – ”å ta brukerens perspektiv”

I intervjuene snakker informantene fra kommunene om relasjonen som kjernen i det psykiske helsearbeidet. De understreker at brukermedvirkning - samhandlingen mellom bruker og hjelper - er forutsetningen for å kunne bistå. Informantene bruker uttrykk som "brukerperspektiv", "på brukerens premisser" og "respekt for brukerens mål og verdier". De bruker ulike ord og kommer med forskjellige eksempler, men innholdet kan oppsummeres som en grunnleggende respekt for brukeren og brukerens behov. Det understrekes at å innta brukerperspektivet kan være krevende, spesielt krevende hvis brukeren har en annerledes virkelighetsoppfatning enn hjelperen eller hvis brukeren slett ikke ønsker den hjelpen ansatte synes han eller hun trenger.

En informant forteller at i deres kommune er uttrykket "det er brukeren som bestemmer" styrende for tenkningen og arbeidsformen i det psykiske helsearbeidet. Gjennom hele tiden å rette oppmerksomhet mot at brukeren bestemmer, utvikler ansatte sin evne til å innta brukerens perspektiv. Som eksempel fra praksis nevnes en bruker som har vært innlagt en rekke ganger i forbindelse med akutte kriser. Sammen med ham begynte de ansatte å jobbe systematisk mot at han skulle mestre krisene selv. Hele tiden var mottoet: "det er han som bestemmer". Hjelperne tok kontakt igjen og igjen, men respekterte alltid brukerens grenser. Etter et par år har de opparbeidet såpas tillit at samarbeidet med bruker fungerer godt, og det er ikke lenger nødvendig med innleggelse. Sammen med ansatte kan brukeren forebygge eller mestre krisene.

En informant forteller at de jobber med nettverksarbeid etter den finske psykologen Seikkulas teorier. Vedkommende informant mener at denne tilnæringsmåten innebærer en grunnleggende respekt for brukeren og en likeverdig samhandling mellom bruker og hjelper, og at dette også er en utmerket metode for å jobbe med å fremme slike holdninger blant ansatte.

Mange fremhever at relasjonsarbeidet krever tid og tålmodighet. En sier: "Tid er avgjørende viktig. Jeg tror det er vesentlig at vi signaliserer at vi har tid, og det er viktig at vi har sensitivitet for når brukeren synes det er nok og vi skal trekke oss. Det er brukermedvirkning"

En informant understreker at det er mye arbeid med psykisk syke som er vanlige omsorgstjenester; det er ikke spesifikt psykisk helsearbeid når det er hjelp som brukerne ønsker å motta og samarbeide om selv. I psykisk helsearbeid er det er snakk om hjelp til å ta imot hjelp, hjelp til dem som ikke klarer å gjøre seg nytte av de ordinære tjenestene. En informant beskriver hvordan de benytter krisesituasjoner eller sårbare faser til å etablere kontakt og begynne en relasjonsbygging.

Informantene fra kommunene understreker at når folk ikke ønsker hjelp, men trenger det veldig, da trengs spesiell kompetanse. En uttrykker det slik: "Hvordan kan man nærme seg og følge opp folk som ikke ønsker oppfølging, men som ikke greier seg i samfunnet? Man skal ikke la dem segle sin egen sjø, men heller ikke valse inn i livet deres. Man må finne en eller annen måte å prøve å gjøre seg interessant, prøve å være på tilbudssiden. Vi vet at vedlikeholdende invitasjoner, å komme igjen og igjen på en respektfull måte og si at vi tror du har det vanskelig, vi tror vi kan hjelpe deg, å prøve å bygge relasjon, millimeter for millimeter, hvis det blir gjort av samme person, så veit vi at det bærer frukter, det har vi sett mange ganger". Mange kan bekrefte nettopp det, flere kaller det å bygge tillit. Ett eksempel fra en annen kommune på tillitsbygging er en skeptisk bruker dit ansatte velger å gå to sammen, slik at en kan vaske mens den andre gjør noe hyggelig sammen med brukeren.

I intervjuene snakker informantene om samhandlingskompetanse som noe grunnleggende som må være til stede. En understreker at dette innebærer å kunne skille mellom seg selv og brukeren, mellom hva som er ens eget og hva som er brukerens og å ha en forståelse for egne ting: "Det innebærer å være villig til å jobbe med seg selv hele tiden like mye som man jobber med brukeren fordi man støter på noe hele tiden. Jeg må kjenne på at her er jeg og der er du". Flere snakker om at psykisk helsearbeid kan være psykisk belastende fordi man får del i så mye sorg og lidelse. Hvis man overmannes av smerten blir man hjelpeløs. Derfor er det avgjørende viktig å kunne skille mellom brukerens og egne "ting". Det understrekes at dette krever et refleksjonsrom og noen å reflektere sammen med.

## 6.2 Psykisk helsearbeid må synliggjøres og beskrives

Informanter fra alle kommuner mener at det er viktig å beskrive, definere og synliggjøre psykisk helsearbeid som fagfelt. De har ingen fullstendig definisjon, men beskriver spesifikke egenskaper ved arbeidet, sier noe om målgruppene og fremhever ulike aspekter ved nødvendig kunnskap og kompetanse. Ens uttalelse kan oppsummere noe mange snakker om: "Psykisk helsearbeid spenner jo mye videre enn psykiatriens arbeid, den forholder seg til hele livet til folk, på alle områder; det er kanskje minst interesse for symptomer og sånne ting. Det er mye mer hvordan livet leves og at man føler at man lykkes med å realisere sine egne mål og ideer. Brukerens egne valg og egne verdier har en helt annen status enn å fjerne noen symptomer. Et viktig poeng er hvordan brukerne stoler på personalet".

Mange snakker om et godt liv, og en uttrykker det slik: "Målet for arbeidet er at brukeren skal få et så bra liv som mulig med en ønsket bosituasjon, deltakelse i nærmiljøet og arbeid og skole så langt det er mulig". Flere fremhever deltakelse, og en mener at basis for tenkingen må være en grunnleggende samfunnsforståelse, siden det er i samfunnet brukeren skal være og arbeide. En sier: "For mange brukere er ansatte en viktig del av det sosiale nettverket, det hadde vært fint om vi ikke var det. Å bistå brukerne i å kunne benytte treffsteder, vanlige kultur- og fritidstilbud, støttekontakt, tilbud fra frivillige organisasjoner osv. er viktig psykisk helsearbeid".

Flere fremhever utfordringen ved å hjelpe en person til å ta styring i eget liv og viktigheten av sensitivitet for den enkeltes ønsker og verdier. Det er en spesiell utfordring å sy det hele sammen, slik at hjelpen oppleves som sammenhengende, når mange hjelpere fra ulike tjenestesteder skal bistå.

I spørreskjemaundersøkelsen fremkommer brukernes behov for hjelp til å strukturere dagen som svært viktig. Mange informanter i intervjuundersøkelsen utdypet dette og sier at veldig mye av det psykiske helsearbeidet i praksis handler om nettopp dette, om å roe situasjonen, hindre kaos, hjelpe brukeren å håndtere kriser eller hindre at kriser oppstår. Brukerne trenger bistand til å strukturere dagen og organisere og utføre praktiske arbeidsoppgaver. "Ofte skal det bare en bagatell til for å utløse en krise, og veldig lite til for å forebygge den". Det krever gjerne tett oppfølging slik at faresignalene kan oppdages i tide, og det krever sensitivitet for små, men betydningsfulle forandringer. I denne sammenheng vektlegges oppfølging over tid, av de(n) samme, kompetente tjenesteyteren(ne) - "det er viktig å opprettholde kontakten når det går bra, fordi det er derfor det går bra".

Brukere som ikke ber om hjelp eller som det er vanskelig å etablere adekvate tilbud til, blir stadig trukket fram, og flere understreker at det er nettopp disse som er hovedmålgruppen for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Oppsøkende psykisk helsearbeid avviker ved at folk ikke er motivert. En sier: "Jeg tenker psykisk helsearbeid som noe som kommer i tillegg til andre tjenester, for eksempel pleie og omsorg, og det er mye som skiller. Det er snakk om hjelp til å ta imot hjelp. Hjelp til dem som ikke klarer å gjøre seg nytte av de ordinære tjenestene, de andres tilbud. Det er dem som fungerer marginalt i samfunnet og som ikke kan greie seg selv, det er dem psykisk helsearbeid skal ha hovedfokus på og følge opp". Det påpekes at for å kunne nyttiggjøre seg ordinære tiltak må brukeren være motivert, vite hva han trenger og kunne finne det. Og da trenger brukeren kanskje ikke tjenester fra psykisk helse? Poenget med Opptappingsplanen angis nettopp å være å opprette konkrete tiltak til dem med de alvorligste lidelsene, tiltak som ikke var der før. "Vår hovedoppgave er å lage tilbud til dem som ikke spør, å arbeide for å komme i posisjon til å hjelpe", sier en informant. Også her trekkes tidsaspektet fram: "Jeg mener at tid er kvalitetsfaktor i psykisk helsearbeid. I dette arbeidet måler vi tiden i måneder mens det er snakk om minutter i pleie og omsorg. Det er en annen "puls". Hvis vi skulle ha vedtak på relasjonsbygging, ville perspektivet kanskje være 2 år!" Flere etterlyser et apparat som er vår for bekymringsmeldinger og som jobber aktivt med å følge dem opp.

Kreativitet fremheves av flere, å finne utradisjonelle løsninger, å finne muligheter innen begrensede rammer. Dette krever en organisering som gir rom for fleksibilitet. Som eksempel forteller en informant om en bruker som hadde ombestemt seg og likevel ikke ville flytte inn i tildelt bolig og heller ikke våget seg på besøk. Psykiatrisk sykepleier tok bilder fra boligen og gav brukeren. Dette gjorde at brukeren sa seg villig til et besøk og etter hvert våget å flytte inn. "Det gjelder å skape et miljø for å få ideer sammen".

Informantene sier at psykisk helsearbeid noen ganger kan oppleves som grenseløst og etterlyser grenser for arbeidet - hva skal psykisk helsearbeid ikke være? Hvor går grensen mot "vanlige" kommunale tjenester og når er nok nok? Hva skal hjelperen hjelpe med og hva er folks eget ansvar? En informant understreker at "vi skal ikke leve livet for folk". En annen sier: "Vi er nå blitt flinkere til å avslutte, til ikke å hjelpe brukere som kan greie seg uten vår hjelp eller der andre er eller bør være viktigere enn oss, for eksempel aktører i lokalsamfunnet, venner, naboer osv." En informant fra spesialisthelsetjenesten sier at et viktig tema i veiledning nettopp er avgrensning: "mange vil så mye på pasientens vegne, vi må ofte minne om å sjekke hvor pasienten er. Det hender pasienten ikke vil så langt som hjelperen synes".

Mange informanter understreker behovet for en definisjon av psykisk helsearbeid som kan forklare andre i kommunen hva som er særegent ved arbeidet. De blir ofte møtt med skepsis når de argumenterer for behov for mer tid hos brukeren, for veiledning eller for tid til refleksjon: "Dere skal nå alltid være så spesielle".

En utfordring i å tydeliggjøre feltet for kolleger er nettopp det tvetydige og motsetningsfylte i psykisk helsearbeid. Informantene snakker om å alminneliggjøre psykiske vansker og at mennesker med alvorlige psykiske lidelser er som alle andre med allmenne behov, ønsker og mål. Samtidig kreves spesielle tilnæringsmetoder, spesiell kompetanse og spesielle arbeidsvilkår. Det trengs kunnskap om psykiske lidelser, alvorlige sykdommer som innebærer betydelig lidelse og smerte. I det psykiske helsearbeidet rettes imidlertid oppmerksomheten mot livet og det alminnelige og vekk fra "sykdommen" som man må ha kunnskap om. Det er ikke lett for andre å forstå at i psykisk helsearbeid må alle aspektene være til stede samtidig for å få til en god samhandling med brukeren. Det kreves evne til å innta brukerens perspektiv og kunnskap som gjør at hjelperen kan bistå med andre perspektiver og forståelser enn brukeren har selv.

### 6.2.1 Kunnskapsgrunnlaget må utvides

I intervjuundersøkelsen er informantene fra kommunen opptatt av kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet og understreker at et tydelig kunnskapsgrunnlag bidrar til å legitimere psykisk helsearbeid som eget fagfelt. Alle mener at arbeidet må utvikles ut fra kunnskap fra flere fagfelt enn den medisinske spesialiteten psykiatri. I alle de ti kommunene er enhet for psykisk helsearbeid tverrfaglig bemannet, og dette fremheves av informantene som en betingelse for fagutvikling innen feltet. En informant sier: "Ved å trekke på mange gruppers fagkunnskap fremmes fagutvikling og tverrfaglig tenkning, og det bidrar til at folk trekker sammen. Ulike perspektiver skaper dynamikk". Flere, også de som ikke selv er psykiatriske sykepleiere, understreker at psykiatriske sykepleieres medisinske kunnskap trengs. En vernepleier tilføyer: ".. men det er best om ikke alle er psykiatriske sykepleiere". Flere fremhever at kunnskap om somatisk helse er avgjørende viktig, "siden mennesker med alvorlige psykiske lidelser dør 10 - 15 år for tidlig", sier en.

En informant mener at det kan være gunstig å trekke på kunnskap fra rehabiliteringsarbeid og vektlegge funksjonsproblem mer enn diagnose i psykisk helsearbeid. Vedkommende er opptatt av å viske ut det skarpe skillet mellom psykisk og fysisk, og mener at en funksjonsforståelse er et perspektiv som kan bidra til å overskride denne dualismen. Informanten understreker imidlertid at i tillegg er kunnskap om psykiske lidelser, psykoseforståelse osv. en helt nødvendig del av kunnskapsgrunnlaget i det psykiske helsearbeidet.

En informant forteller at de baserer seg på arbeidsmetoder som bl.a. nettverksbygging og teamorganisering, og at dette bidrar til kunnskaps- og kompetanseflyt mellom tjenesteyterne. Mye av arbeidet i kommunen organiseres i team. I en liten kommune, der det ikke er lett å rekruttere fagfolk, trenges maksimal fleksibilitet. "Hvis vi for eksempel står uten psykiatrisk sykepleier, må andre kunne overta hennes oppgaver. Systemet må være forberedt på det, vi snakker "felles ansvar" som utvikles gjennom teamarbeid. I teamet må alle trå til for hverandre".

Flere snakker om at respekt for brukerens liv og tenkemåte må være utgangspunktet for kunnskapsutvikling på feltet, og at det er nødvendig med kunnskap om arbeidsmetoder som fremmer en slik tenkning og virksomhet. For eksempel snakker mange om at de jobber mot mestring, selvtillit og å gi brukeren tro på at han/hun greier ting selv i stedet for å rette oppmerksomhet mot sykdom og symptomer. De opplever dette nyttig og hensiktsmessig, og flere etterlyser mer forskningsbasert kunnskap om metoder som erfaringsmessig er virksomme. Som



eksempel på teoretiske perspektiver nevnes lærings- og mestringstenkning og kunnskap fra recoveryforskning.

### **6.2.2 Det trengs kompetanse, og først og fremst samhandlingskompetanse**

Som i spørreskjemaundersøkelsen vektlegger informantene i intervjuundersøkelsen kompetanse og kompetanseutvikling. Også de trekker fram samhandlingskompetanse som vesentlig. I de ti kommunene opplyses at man jobber kontinuerlig med kompetanse- og kunnskapsutvikling, og en rekke ulike opplegg for fag- og kompetanseutvikling nevnes. Noen kommuner samler alle som arbeider med psykisk helse i kommunen til felles seminarer med jevne mellomrom. I en kommune benyttes Verdensdagen for psykisk helse til opplysning utad og opplæring innen tjenestene. Noe undervisning og fagutvikling gjennomføres i samarbeid mellom kommunen og DPS, for eksempel faste veilednings- eller undervisningsmøter ved DPS eller fast veiledning i kommunen. Ett annet eksempel er et samarbeid om SEPREP-utdanning der det var krav at det skulle være folk både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og at ulike faggrupper, også leger og psykologer, skulle delta. Dette var veldig vellykket, det økte den gjensidige forståelsen og informanten mener det burde gjentas med jevne mellomrom.

Fordelen med samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om fagutvikling er en kompetanseflyt begge veier. Mange informanter, både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, understreker sistnevntes behov for kunnskap om kommunalt (psykisk) helsearbeid. Flere informanter fra spesialisthelsetjenesten understreker at det er mye å lære av det tette samarbeidet med kommunalt ansatte, ikke minst om langtidsoppfølging av brukere etter utskrivning. De påpeker at kommunalt psykisk helsearbeid på vesentlige punkter skiller seg fra arbeid i spesialisthelsetjenesten, og at det har tatt tid for dem å oppdage dette.

Flere informanter fra kommunene understreker utfordringen i å få ledere og ansatte i andre tjenester til å se psykisk helsearbeids egenart og behovet for kompetanseutvikling og veiledning. En sier: "Jeg har jobbet i kommunen i mange år og brukt svært mye tid og krefter på å få lederne til å forstå at psykisk helsearbeid er noe annet benbrudd!! Dette å stå i avviser, tåle avvisning. Ha tid sammen, veilede hverandre. Veiledning har vært helt avgjørende". En annen sier: "Jeg begynte som psykiatrisk sykepleier her tidlig på 1990-tallet, da som eneste ansatt i psykisk helsearbeid. Jeg har alltid hatt veiledning, sammen med psykiatriske sykepleiere fra nabokommuner til å begynne med. Det har vært helt nødvendig for å overleve i dette arbeidet."

Noen informanter nevner eksempler på spesiell kompetanse de har utviklet. En kommune tilbyr for eksempel sinnemestringskurs. Disse kursene angis å være meget nyttige, og informanten understreker at de er glade for å tilby noe til en gruppe som tidligere ingen ønsket. Kursene har til og med gjort brukergruppen attraktiv fordi ansatte gjerne vil arrangere kurs. Et annet eksempel er en spiseforstyrrelsegruppe som er utviklet i samarbeid med psykolog, fordi de kommunalt ansatte opplevde ikke å gjøre godt nok arbeid for denne gruppen.

## **6.3 Organisering og ledelse har stor betydning for det psykiske helsearbeidet**

### **Psykisk helsearbeid i en enhet**

I alle de ti kommunene som inngår i studien, er psykisk helsearbeid organisert i en enhet. En kommune har enhet for rehabilitering med flere yrkesgrupper, inkludert alle som arbeider med psykisk helse, og i en kommune er enhet for psykisk helse organisert sammen med sosialavdelingen under felles leder. Dette oppleves heldig i forhold til samarbeidet, men slitsomt i forhold til at lederen ikke vet hva psykisk helsearbeid er. I de øvrige kommunene er psykisk helsearbeid organisert i egne enheter. Alle informantene fra kommune understreker at

organisering i en enhet er helt nødvendig for å styrke og synliggjøre fagfeltet og for fag- og kompetanseutvikling, for å skape felles forståelse for hva psykisk helsearbeid skal være, og ikke være, og for å holde ut!! Det understrekes samtidig at det er viktig hele tiden å utvikle samarbeidet med de øvrige enheter, og kommunens organisering og styring må ivareta og fremme slikt samarbeid.

En kommune har nylig delt enheten for psykisk helse i en enhet for arbeid i boliger og en for ambulant arbeid. Dette er de ansatte ikke fornøyd med. Oversikten i kommunen er blitt dårligere og fleksibiliteten i bruk av personalressurser mindre fordi folk som tidligere har vært mobile nå er fast knyttet til bolig. En kommune har tidligere hatt psykisk helsearbeid integrert i andre tjenester, og informanten fremhever at nåværende organisering fungerer bedre. To andre informanter har jobbet i andre kommuner, som da hadde integrerte tjenester, og mener også at organisering i en enhet er langt bedre. En kommune hadde tidligere enhet for psykisk helse organisert i PLO (Pleie og omsorg), og er godt fornøyd med at den ble skilt ut.

Også andre momenter ble trukket fram. En sier: "Det er en betingelse at vi er en egen enhet og kan foreta prioriteringen selv. Hvis vi var organisert under en tjeneste, ville denne slukt det meste av våre ressurser". Flere påpeker at uten å være organisert i en enhet får fagfolk ikke fagmiljøer som er store nok til at man kan stå i tøffe oppgaver over tid og føle at man blir tatt vare på. Flere er opptatt av at enhet for psykisk helsearbeid ikke må bli tillagt totalansvaret for mennesker med psykiske lidelser. En informant fra kommunen sier: "Det som er viktig hos oss nå, er å sikre at de andre tjenestene ikke definerer ut personer med psykiske lidelser, men holder dem innenfor sine prioriteringer".

En informant forteller om organisering etter to-nivå-modellen i sin kommune og mener at dette er meget uheldig for denne brukergruppen. Når hjemmesykepleien, sosialtjenesten, sykehjem osv. organiseres som selvstendige, sideordede enheter med eget budsjettansvar, er det de som trenger mest faglig tilnærming og mest samarbeid som lider mest under silotenkningen og løper størst risiko for svarteperspill. "Det er vår største utfordring nå, spesielt er dialogen med hjemmetjenesten dårlig".

### **Tildeling av tjenester**

Flere av de ti kommunene tildeler tjenester innen psykisk helse som enkeltvedtak etter Forvaltningsloven. Informantene i kommunene dette gjelder, beskriver alle en pragmatisk gjennomføring av ordningen i det tjenesteyterne har stor innflytelse på vedtakene som blir fattet, noen ganger har de selv utformet vedtaket. Det er også vanligvis rom for å sette i verk tiltak uten vedtak, for så å fatte vedtak i ettertid. En sier: "Teamet tar imot alle henvendelser og fordeler til enkeltpersoner avhengig av hvem som har anledning og hva som passer. Bruker søker og får vedtak. Noen søker ikke. Vi får lov å gjøre ting det ikke er vedtak på".

Flere opplever vedtak innen psykisk helsearbeid som meningsløse fordi poenget i dette arbeidet nettopp er fleksibiliteten og tilpasningen til brukerens ønsker og behov, som kan veksle mye. Noen informanter beskriver andre ordninger for tildeling av tjenester der tjenesten selv avgjør omfang og type tjenester. En sier: "Vi må ha retten til å prioritere, for det er jo vi som har et helhetlig bilde av situasjonen". En annen: "Det er viktig at enheten tildeler disse tjenestene fordi vi er de eneste i kommunen som har oversikt over brukerne og vet hva vi har av ressurser". En tredje sier: "Alle brukerne vår avdeling har kontakt med, har en kontaktperson. Vedkommende er fri til å gjøre det som er nødvendig. Hvis brukeren trenger mer en periode, må vedkommende avklare med kollegene slik at de kan frigjøre tid. Når brukeren trenger mindre, kan vedkommende ta flere oppgaver. Dette varierer, vi kobler på flere ved stort behov. Psykisk helsearbeid krever fleksibilitet og kreativitet, derfor går det ikke å tildele gjennom vedtak".

### **Bestiller-utførerorganisering**

To av de ti kommunene har bestiller-utførerorganisering. En informant fra den ene kommunen er sterkt kritisk til modellen og forteller at de bruker mye energi på å skjerme de tjenestene og de brukerne som dette vil ramme verst, de som ikke greier å opptre som ryddige kunder i markedet. Informanten sier: "Den dagen folk søker og oppfører seg som ryddige kunder og vet hvilken hjelp de vil ha, da har de kanskje behov for en tjeneste som ikke trenger å være fra psykisk helse". En leder i utøverenheten i den andre kommunen ser både fordeler og ulemper ved denne organiseringen. Vedkommende opplever å ha fått god hjelp til å systematisere forvaltningsarbeidet og slipper tidkrevende saksbehandling. Ulempen er opplevelsen av å være satt litt "på gangen" - utførerne mister oversikten over feltet, innflytelse på plan- og strategiarbeid og på fag- og kompetanseutvikling. En annen informant i den samme kommunen opplever det positivt at de ute i tjenestene skjermes fra trykket fra spesialisthelsetjenesten om å overta arbeidsoppgaver. Bestillerkontoret rydder bildet gjennom vedtakene, og utførerne får bare de oppgavene de skal håndtere. Utvelgelsen er gjort før, og de slipper å se brukerne som ikke får tjenester. Begge informantene fra denne kommunen påpeker at ordningen har økt byråkratiseringen betydelig. Flere informanter har meninger om bestiller-utførerorganisering. Det argumenteres med at når noen sitter på bestillerkontoret og bestemmer hvor mye ressurser man kan bruke, da har man tatt vekk enhver dynamikk, og fagutøvelsen blir nærmest robotvirksomhet. En rådmann er tydelig på at bestiller-utførerorganisering ikke passer på psykisk helsearbeid - de vurderte modellen for noen år siden, men valgte å ikke innføre den i sin kommune.

### **Ledelse**

Informanter fra de ti kommunene mener alle at en betingelse for å lykkes med det psykiske helsearbeidet, er at det er forankret i ledelsen. Videre må øverste leder enten ha forståelse for hva dette arbeidet innebærer og det særpregede ved arbeidet, eller han/hun må stole på og være åpen for dem som har slik kunnskap og forståelse. Uten en slik forståelse kan man risikere at det ikke sikres tilstrekkelige rammebetingelser til å kunne utføre et godt psykisk helsearbeid. En rådmann viser tydelig at ledelsen i vedkommendes kommune har denne forståelsen: "Her er det så flinke og pålitelige fagfolk - jeg har full tillit til deres vurdering. Vi er gode på forvaltning, har et bevisst forhold til prioritering, og i det psykiske helsearbeidet legger vi fagfolkenes vurdering til grunn". En annen rådmann vektlegger samarbeidet med politikerne: "Det er viktig å gi politikerne kunnskap om hva dette handler om, å informere dem og trekke dem med i planleggingen". Rådmennene påpeker at noen brukere kan være virkelig kostnadskrevende. Deres utfordring er uventede utgifter, og de uttrykker ønske om mer forutsigbarhet.

### **Rapportering**

Informantene etterlyser gode metoder for å dokumentere og synliggjøre det psykiske helsearbeidet. Så langt er det ikke utviklet gode registreringsverktøy, og det kan se ut som det er for lite kunnskap om arbeidsfeltet hos dem som utvikler kartleggings- og registreringsverktøy. For eksempel påpeker mange at kartleggingsverktøyet IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er totalt uegnet for psykisk helsearbeid. Her skårer brukere med betydelige funksjonsvansker svært lavt på behov for hjelp, fordi denne type funksjonsvansker ikke etterspørres i skjemaet.

Informantene er opptatt av at rapportering og dokumentasjon må være hensiktsmessig og rasjonell. Slik det er i dag opplever de ekstreme krav til rapportering og dokumentering, men de synes ofte at deres arbeid, i alle fall det spesifikke i deres arbeid, fanges dårlig opp. Mange sier at melding og rapportering nå tar så mye tid at det i stor grad går utover fagarbeidet. En sier: "Nå må vi jobbe med å minimalisere byråkratiet i kommunen, ellers blir det bare forvaltning, og vi får nesten ikke tid til å yte tjenester".

## **6.4 Samarbeid i kommunen - koordinerte tjenester?**

### **6.4.1 Godt samarbeid innen enhet for psykisk helsearbeid**

I alle de ti kommunene i intervjustudien beskrives godt samarbeid innen enheten for psykisk helse. Alle enhetene er tverrfaglig bemannet, og informanter fra alle kommuner forteller at det er lagt mye vekt på fagutvikling og tverrfaglig tenkning og tilnærming. Flere understreker at det har kostet mye å utvikle felles forståelse for hva dette skal være og å komme dit de er i dag. Ulike faggrupper er bærer av ulike kulturer med lite tradisjon på samarbeid i det tjenestene gjerne har vært rettet mot diagnosegrupper – dette utfordres i det tverrfaglig samarbeidet.

Det understrekes at for å få til et fungerende tverrfaglig samarbeid kreves respekt for at ulik kunnskap er likeverdig. I tverrfaglig arbeidet er enighet ikke nødvendigvis målet, men at man kan komme fram til en felles forståelse av hvordan den konkrete oppgaven skal løses. Når noe er vedtatt, må alle lojalt følge opp vedtaket selv om man i utgangspunktet ikke var enig i beslutningen. Utfordringen er å tåle forskjellighet og ulikhet. En informant understreker at det betinger et solid etisk grunnlag, respekt for andres meninger og faglige ståsted og solide kjøreregler for samarbeid og kommunikasjon.

### **6.4.2 Mer problematisk samarbeid med andre enheter i kommunen**

For voksne brukere er hjemmetjenesten er den mest aktuelle samarbeidspartneren utenfor enheten. Informanter i et to kommuner i intervjustudien beskriver samarbeidet med hjemmetjenesten som godt, de øvrige forteller om utfordringer i samarbeidet. I en kommune har samarbeidet tidligere vært vanskelig, men fungerer godt nå. Enhet for psykisk helse har tilbudt en del kurs samt fast veiledning, og dette angis å ha bedre samarbeidet.

Hovedsakelig angir informantene at samarbeidsvanskene har sammenheng med at ansatte i hjemmetjenesten føler seg utrygge på å gå i hjemmebesøk til brukere med alvorlige psykiske lidelser. Flere informanter fremhever også ulikhet i tilnæringsmetode, ikke minst i tempo, som viktige årsaksfaktorer. Noen mener at manglende forståelse for det fagspesifikke i psykisk helsearbeid er medvirkende faktorer. Andre trekker fram misunnelse for ulike arbeidsforhold. En informant sier: "Vi får ofte høre at dere har fått så mye penger, dere får ta dere av disse brukerne selv". Undervisning for å øke kunnskapen om psykiske lidelser og redusere frykt er et tiltak flere informanter nevner, og som de synes de ikke har vært flinke nok til. "Vi har ikke greid å bygge kompetanse i hjemmetjenesten". Relasjonskompetanse løftes også her frem. Det understrekes at dette først og fremst dreier seg om kompetanse på å møte mennesker i sårbare situasjoner, og at ansatte i hjemmesykepleien stort sett har tilstrekkelig kompetanse. En sier: "Poenget er å gjøre dem trygge på at det er den kompetansen de har, som kreves. Videre må ansatte i psykisk helsearbeid følge dem opp ved å være tilgjengelige for felles hjemmebesøk, råd og veiledning".

Grad av samarbeid med sosial/ rustjeneste angis å variere, men informantene mener dette samarbeidet er svært viktig. Noen kommuner har psykisk helsearbeid og rustjeneste samorganisert, informanter fra andre ønsker de hadde det.

Som andre viktige samarbeidspartnere for voksne brukere angis NAV og kulturavdelingen, og ytterligere samarbeid savnes med begge.

Flere informanter forteller om undervisning og veiledning av andre tjenesteytere i kommunene. I tillegg til hjemmetjenesten nevnes for eksempel sosialkontor, barnevern, helsesøstertjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten. Dette medfører kompetanseheving i andre tjenester og bedrer det tverrfaglige samarbeidet.

Det nevnes eksempler på måter å organisere arbeidet på som fremmer samarbeid og felles forståelse, for eksempel booppfølging gjennom tverrfaglige team eller utvikling av spesielle tilbud på tvers av tjenestene til brukere med spesielle problemer.

#### Fastlegene

En liten og en mellomstor kommune beskriver et utmerket samarbeid med alle fastlegene i kommunen. I den ene kommunen mener informanten at det har sammenheng med usedvanlig engasjert kommunelege. I den andre tror informanten det skyldes geografisk nærhet og derved mye kontakt. "Vi har godt samarbeid og samarbeidsavtale med alle legene. De har tillit til oss og de tar ansvar. Best er samarbeidet med legene på det senteret som ligger nærmest geografisk".

Ellers angis samarbeidet med fastlegene å variere. De fleste kommunene sier at noen fastleger er gode samarbeidspartnere, de er interesserte, flinke og følger opp brukeren på alle måter, også ved å delta i ansvarsgruppemøter. Andre leger er fraværende og har lite eller ingen kontakt med brukerne av psykisk helsetjeneste i kommunen. Dette stemmer godt med andre studier (Steihaug 2006).

En informant i en kommune forteller at enhet for psykisk helsearbeid mange ganger får henvist brukere fra fastlege der legens henvisning er blitt avvist fra DPS pga. for lite kapasitet. "Og vi må ta imot brukerne uansett kapasitet fordi vi yter en lovpålagt tjeneste", sier informanten. På spørsmål fra intervjuer om ikke legetjenesten også er lovpålagt, svarer informanten: "der sier du noe. Men legen har ikke tid. Legen blir veldig fokusert på en lidelse og på å skrive ut medisiner, og så blir det med det".

Av øvrige samarbeidspartnere nevnes, politi, prest, Kriminalomsorgen, frivillige organisasjoner, for eksempel Røde Kors besøkstjeneste, idrettslag og foreninger, som for eksempel Jeger og fiskerlaget.

## 6.5 Begrenset kapasitet betinger bevisst prioritering

Som i spørreskjemaundersøkelsen, er kapasitet et viktig tema også i intervjuundersøkelsen. I intervjuene blir temaet knyttet til prioritering, hva psykisk helsearbeid skal være og, ikke minst, hva det ikke skal være. Det fremkommer et tydelig ønske om å prioritere de dårligste brukerne.

En av de ti kommunene i intervjuundersøkelsen har ingen brukere med behov for døgnkontinuerlig tilbud. De to minste kommunene i intervjuundersøkelsen har begge rimelig god økonomi. De opplever å ha tilstrekkelige ressurser til å greie de daglige oppgavene og gi de sykeste brukerne et godt tilbud. En av kommunene er imidlertid nokså presset på tid, må nedprioritere en del oppgaver de mener er viktige og ønsker ressurser til å drive mer forebyggende arbeid. I de øvrige kommunene er brukernes behov for tilrettelagte boliger med oppfølging, ofte døgnkontinuerlig tilbud, stadige utfordringer i forhold til for få ressurser. I en kommune forteller informanten at de nå skal etablere botilbud til seks mennesker uten at de vet hvordan de skal skaffe nok midler og nok personell. Flere andre kommuner har også store utfordringer i å skaffe egnede botilbud til utskrivingsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Også til brukere som allerede bor i kommunen, strever flere med å gi et tilstrekkelig tilbud. I en kommune sier informantene at de for tiden har veldig stor pågang og at de strekker seg så langt de kan. Dette kan av og til bli litt for langt, slik at det går på bekostning av rom for refleksjon og muligheten til å ta vare på hverandre. "Vi er en gjeng med veldig plikttoppfyllende og ansvarsbevisste folk; vi godt voksne damer har en tendens til å si ja, ja, ja. Det blir i perioder mye sykmeldinger fordi folk forstrekker seg, rett og slett." I en annen kommune antyder informantene

at de per i dag har brukere i kommunen som balanserer helt på kanten av å klare seg med de tjenestene de har, og at de i tillegg har brukere i spesialisthelsetjenesten som venter på tilbud i kommunen. Det formidles stor bekymring for økonomien i psykisk helsearbeid etter Opptrappingsplanens slutt, og flere argumenterer for å forlenge øremerkingsperioden til feltet er bedre konsolidert.

## **6.6 Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten er en betingelse for godt psykiske helsearbeid i kommunen**

### **6.6.1 ”Vi har gode erfaringer med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten”**

Informanter i alle de ti kommunene i intervjustudien forteller om godt samarbeid med hele eller deler av spesialisthelsetjenesten.

De to minste kommunene forteller at de, tross stor avstand, har godt samarbeid med sykehuset, der det er lett å få hjelp og der de blir hørt og respektert. Begge har erfaring med godt samarbeid om utskrivelsesprosesser med brukere som hadde vært innlagt en årrekke i sykehuset. Begge kommunene er også godt fornøyd med samarbeidet med både DPS og BUP. Den minste kommunen har kort avstand til og hyppig samarbeid med DPS, og brukerne benytter jevnlig tilbud ved DPS sammen med brukere fra nabokommuner. Den andre kommunen har mye lengre avstand til DPS og BUP, men forteller om månedlige besøk fra begge og lett tilgang til hjelp ved behov.

De fleste større kommuner beskriver også godt samarbeid med DPS og flere både med DPS og sykehus. En mellomstor kommune forteller om utmerket samarbeid med flere avdelinger ved sykehuset, som de har kort avstand til, og at det er hit de henvender seg for råd og hjelp. Informanten fra samarbeidende sykehus beskriver mye utadrettet virksomhet og betydelig vilje til å bistå kommunene ved tegn til at brukerne blir verre, slik at innlegges kan unngås. Den samme kommunen beskriver manglende samarbeid med DPS som de opplever at bare tar folk med lettere psykisk lidelser. Informanten fra kommunen mener det har sammenheng med myndighetenes måling av effektivitet ved å telle konsultasjoner og ferdigbehandlede pasienter, "brukerne med alvorlige, langvarige lidelser er lite økonomisk lønnsomme, de møter ofte ikke opp til timen sin, og det er ikke lett å avslutte behandlingen".

En annen mellomstor kommune er i ferd med å utvikle samarbeid med nyopprettet DPS og beskriver også gode erfaringer med samarbeid med sykehuset.

En informant fra en mindre kommune forteller at de har godt samarbeid med rehabiliteringsteamet ved DPS, men lite med de andre avdelingene, og at de savner at spesialistene kommer ut. Samme kommune har et utmerket samarbeid med BUP med blant annet faste samarbeidsmøter.

Samarbeidet med sykehuset om voksne brukere beskrives i denne kommunen som problematisk fordi spesialistene fortsatt tenker veldig tradisjonelt, ikke vet hva som foregår i kommunen og tror at psykisk helsearbeid begrenser seg til hjemmesykepleiere som deler ut medisiner. Informanten beskriver et svært strevsomt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om utskrivning til døgnbemannet bolig av 6 pasienter som hadde vært innlagt en årrekke. Spesialistene ville skrive pasientene rett ut. Informanten måtte kjempe om forståelse for grundig forberedelse ved opplæring av personalet, gradvis overgang fra sykehus til kommune og innflytting av en og en i gruppeboligen. Informanten hadde vært med på en slik utskrivning i en annen kommune og var overbevist om at en slik grundig prosess var helt nødvendig. Informanten fikk etter hvert gehør for sitt syn, og det ble en god utskrivingsprosess.

En stor kommune har fremragende samarbeid med DPS, og en informant i kommunen fremhever spesielt at DPS følger opp de dårligste pasientene i mange år etter at de har flyttet ut i bolig i

kommunen. En informant fra samarbeidende DPS sier at de prioriterer det fordi dette er svært dårlige brukere: "Kommunalt ansatte som følger dem opp, har faglig krevende oppgaver og trenger samarbeidet med spesialisthelsetjenesten". I denne kommunen følger også kommunalt ansatte med inn i institusjon hvis brukeren blir lagt inn en periode. Samtidighet og felles ansvar fremholdes som en suksessfaktor.

I en kommune deltar representant for spesialisthelsetjenesten i kommunens inntaksteam og er derved med i beslutningsprosessen om tildeling av bolig i kommunen. Denne ordningen har vist seg særdeles gunstig.

## 6.6.2 Hva er viktig for å få til godt samarbeid?

### Tilgjengelighet, fleksibilitet og respekt

I spørreskjemaene etterlyser tjenesteyterne mer respekt blant spesialistene for psykisk helsearbeid som kunnskaps- og arbeidsfelt. I intervjuene understreker flere informanter at deres samarbeidspartnere har mye kunnskap om og stor respekt for kommunens arbeid, og at samarbeidet avgjort preges av likeverd. En informant fra en stor kommune sier:

"Spesialisthelsetjenesten på tilbudssiden og spør hva vi trenger for å bli gode og for å løse de oppgavene vi har - og får". En informant fra en annen kommune understreker at det er kommunenes ansvar å ha kunnskap om spesialisthelsetjenesten og henvise de riktige pasientene, slik at spesialisthelsetjenestens kapasitet utnyttes optimalt.

Også informantene fra kommunen snakker i intervjuene om at spesialisthelsetjenesten må være lydhør og ha respekt for deres behov, at de må være fleksible og noen ganger kunne ta imot pasienter uten de vanlige henvisningsprosedyrene: "Noen ganger trenges en innleggelse fort, og da må det ikke være tette skott", sier en. En annen understreker at det er viktig å få gehør for at innleggelse er viktig hvis det er prekært behov for avlastning - for forbrukeren, pårørende eller ansatte. Informantene synes samarbeidet stort sett fungerer godt i dag.

Enkelte beskriver samarbeidsproblemer, spesielt med sykehuset. En sier: "Et problem er manglende anerkjennelse av kommunens arbeid. Spesialistene bør være mer lydhøre for oss som arbeider i kommunen." En informant fra en annen kommune trekker dette enda lenger og mener at sykehuset må ta imot pasienter når kommunalt ansatte mener det er grunn for innleggelse.

Informant fra samarbeidende spesialisthelsetjeneste tilbyr i intervjuet at de fra sykehuset kan komme ut og bistå før krisen er blitt for alvorlig, slik at innleggelse kan unngås. Informanten fra kommunen avviser dette og mener at de har så høy kompetanse at slik bistand ikke vil være til hjelp.

Også andre beskriver uenighet. En informant fra kommunen sier: "Når folk i spesialisthelsetjenesten ikke kan gjøre brukerne noe bedre med medisinsk behandling, da er de utskrivingsklare, uavhengig av hva slags kompetanse de har til å leve utenfor institusjon! Disse legene tar seg ikke bryet med å sette seg inn i hva slags forutsetninger som ligger på kommunalt nivå for å kunne gi hjelp". En informant fra DPS beskriver hvordan også de kan bli presset - mellom kommunene og sykehuset: "Jeg vet ikke hvor grensen går for hva kommunen skal ta ansvaret for, og politikerne vil ikke svare på det. Det er vårt problem som DPS; sykehusene kan si at de er utskrivingsklare, men skal de da gå til DPS eller kommunen?"

Mange informanter, både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten, anfører myndighetenes krav til effektivitet i form av antall behandlede pasienter ved DPS som er problem i arbeidet med brukerne med mest alvorlige lidelser - disse vil måtte nedprioriteres.

En informant fra stor kommune opplever spesialisthelsetjenestens prioritering merkelig og beskriver situasjonen slik: "Jeg er stolt av å jobbe i kommunen. De som er for syke for DPS er det vi som skal ta oss av. DPS burde være flau over slik utvelgelse; de sykeste får vi. De er opptatt av å telle. Slike effektmål er kontraindisert! De dårligste er dårlige kunder".

## Samtidighet og felles ansvar

Informantene i intervjuundersøkelsen, både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten, synes samtidighet og felles ansvar griper kjernepoengene i godt samarbeid.

Alle informantene som hadde gjennomført gode prosesser når pasienter ble utskrevet fra sykehus, forteller om godt samarbeid over tid - de forteller om samtidighet og felles ansvar.

Det nevnes et eksempel der fylkeskommunen tok initiativ overfor en kommune til samarbeid om å bygge boliger, og siden har samarbeidet mellom helseforetaket og kommunen vært utmerket om flere prosjekter. Begge har bidratt med penger, kunnskap og ideer. "Vi tråkket mye i hverandres bed, ble kjent med hverandre og lærte mye av hverandre. Dette dannet grunnlaget for videre samarbeid", sier en informant fra spesialisthelsetjenesten. En annen, også fra spesialisthelsetjenesten, sier: Utflytting til bolig i kommunen må være et felles ansvar, det krever kompetanse fra begge tjenester. Det er vanskelig å flytte til egen leilighet etter mange år i en sykehusavdeling, med 2 eller 4 i personalfaktor"

Informanter fra en annen kommune og deres samarbeidspartner ved DPS forteller om sitt samarbeid om boligetablering i kommunen. Kommunen startet i 93-94 arbeidet med å etablere omsorgsboliger for noen brukere, og det fortelles om gjentatte møter mellom sykehus og kommune med forsøk på å skyve ansvaret over på hverandre. Det ble en lang historie med mange møter, mange innleggelse og mye frustrasjon. Så kom DPS inn i bildet med tilbud om samarbeid og samfinansiering. Da ble saken forankret på høyeste plan og politisk vedtatt, og dette ble ansett som avgjørende viktig. Siden har alt gått veldig fint. Informantene understreker at det å bli kjent med hverandre, opparbeide tillit og samarbeide over tid var avgjørende. Videre fremheves fleksibilitet fra begge sider, ikke minst å vite at pasienten har returrett og kan komme inn på DPS på timen.

En informant forteller om en pasient som spesialisthelsetjenesten ville skrive raskt ut, men som de i kommunen, ut fra erfaring med gjentatte akuttinnleggelse og raske utskrivinger, mente ikke umiddelbart kunne skrives ut. Psykiater fra sykehuset ble med på hjemmebesøk og opplevde helt andre sider ved pasienten enn vedkommende gjorde i sykehuset. De kunne så enes om å samarbeide om en utskrivingsprosess over tid, og denne ble vellykket.

Fra spesialisthelsetjenesten et annet sted påpekes at når pasienter har vært innlagt en årrekke med kompliserte psykiske lidelser, er begrepene "ferdigbehandlet" eller "utskrivingsklar" litt diffuse. Vedkommende understreker at partene da må bli enige om et opplegg som er tilstrekkelig til å ta imot en slik person og at kommunen må få tid til å bygge opp et tilbud.

Både folkene fra spesialisthelsetjenesten og kommunene tydeliggjør utfordringer i utskrivingsprosesser der brukerne har vært lenge innlagt i institusjon. En informant fra spesialisthelsetjenesten sier: "For en pasient som har vært lenge innlagt i sykehus er det en vanskelig prosess å lytte ut i egen bolig. Det er en utfordring å finne riktig nivå, riktig tjenestetilbud - det krever at kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider og fortsetter å samarbeide etter at brukeren har etablert seg i kommunen. Nesten alle som er skrevet ut til bolig fra vår DPS får oppfølging fra oss".

En informant fra en mellomstor kommune forteller at de i sitt samarbeid med DPS har jevnlig møter i tillegg til at de begge er inne hos brukerne enten de er innlagt eller ute i kommunen. Et samarbeidsteam møtes annenhver uke, og der diskuteres felles oppgaver.

Informanter fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten problematiserer DPSs muligheter for oppfølging etter utskrivning. Flere trekker fram effektivitetskravet i form av antall avsluttede pasienter som håpløst, det innebærer at det ikke er rom for å følge opp de sykeste pasientene over tid. Når presset blir for stort utenfra, er det de sykeste som blir skadelidende. Brukere med langevarige alvorlige psykiske lidelser hevdes å klare seg, men i følge informanter, både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det godt dokumentert at manglende oppfølging fører til



forverrelse og ny innleggelse. Flere forteller at rehabiliteringsavdelinger og rehabiliteringspoliklinikker ved DPS ofte er skjermet for telling og får fred til å tenke mer helhetlig. "Når man kan styre korttidsinnleggelse, utskrivninger og oppfølging i bolig, kan de fleste akuttinnleggelse unngås", sier en DPS-ansatt. Men ansatte må kjempe for retten til å jobbe på denne måten: "Det kan være vanskelig å få nye ledere til å akseptere at vi skal reise hjem til folk uten at vi har en ide om at de skal bli bedre". En annen DPS-ansatt sier: "Hadde det stått noe sted at ethvert DPS skal ha en rehabiliteringspoliklinikk som jobber med denne gruppa, da hadde vi vært sikre, og hadde sluppet å forsvare oss mot angrepene om at vi driver med førstelinjearbeid".

Informanter fra spesialisthelsetjenesten trekker også fram veiledning av personalet i bofellesskap som deres (med)ansvar. En sier: "Bemannede boliger fungerer jo som miljøterapeutiske enheter med til dels vanskelige brukere. Disse ansatte må få oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, hele tiden. Det burde være en egen utdanning for ansatte i boligene. Mange vil så mye på vegne av brukerne, de må lære seg å gå i takt med dem de skal bistå".

Også en rådmann understreker betydningen av at kommunalt ansatte og spesialister jobber parallelt og samtidig. "De må samarbeide tett mens pasienten er innlagt, og spesialistene må følge ut, og følge opp over lang tid. Spleiselag er en god løsning. Man kan spare på lang sikt ved at begge er på samme arena", sier en rådmann.

Informantene mener at samarbeidsavtaler er viktige, men ingen garanti for godt samarbeid. En informant fra kommunen sier: "Vi har konkrete samarbeidsavtaler, men det er det ikke mye hjelp i, for de følges ikke". Flere fremhever videre at i tillegg til generelle avtaler, trengs mer detaljerte rutiner for samhandling om brukerne med de mest alvorlige og kompliserte lidelsene. Det understrekes at en absolutt betingelse er at samarbeidet forankres i ledelsen.

### 6.6.3 Veiledning er helt nødvendig

Nødvendigheten av veiledning vektlegges sterkt av alle informantene. Flere påpeker at det er mye kompetanse i kommunene, og at veilederen enten må ha mer kunnskap enn dem slik at de har noe å lære bort eller at de har veiledningskompetanse slik at de kan hjelpe de kommunalt ansatte til å reflektere over eget arbeid. En informant fra en middels stor kommune sier: "Jeg har snart 30 års erfaring fra psykisk helsearbeid, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, jeg har tatt videre og etterutdanning og alltid hatt veiledning. Da oppleves det meningsløst når det kommer en nyutdannet, uerfaren psykiatrisk sykepleier fra DPS som skal veilede meg". En annen informant sier det slik: "Hvis jeg som psykiatrisk sykepleier jobber inne på institusjon så har jeg så mye mer kompetanse enn ute. Det er faktisk ikke sånn det er. I kommunen får vi tilbud om veiledning av psykiatriske sykepleiere. Hvis de har veiledningskompetanse, er det helt flott. Men ofte er det ment at det skal være en faglig veileder. Det var kanskje ikke det vi trengte mest. Så det behovet vi har, er å være mer i dialog med psykiatere og psykologer, som har en annen kompetanse enn vi har selv." Flere informanter har sørget for veiledning fra andre enn DPS og har valgt veiledere med omhu. En østlandskommune får for eksempel en veileder fra Bergen en gang per måned

Flere informanter fra kommunen påpeker at det er nødvendig med gjensidig kunnskapsutveksling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, ellers kan spesialistkunnskapen lett bli dominerende i kommunene. Flere understreker at målsetningen for psykisk helsearbeid i kommunen er "å leve et godt liv" og "å fungere i hverdagen", mens spesialistene vurderer symptomlette og bedret skåre på psykometriske tester.

I forbindelse med spesialistenes veiledning i kommunen, refererer en informant til Kierkegaard og påpeker at spesialistene først og fremst må vite det ansatte i kommunene vet, "ellers hjelper deres merviten dem ikke"

## 6.7 Brukerne som kommunen ikke greier å etablere et godt nok tilbud til

Med ett unntak mener alle informantene i intervjuundersøkelsen at det finnes grenser for kommunalt ansvar, og at for noen brukere vil det være umulig å etablere et tilstrekkelig tilbud på kommunalt nivå, selv i store kommuner. En informant fra en liten kommune mener at folk uten unntak har krav på en bolig i kommunen og at dette må etableres, eventuelt i interkommunalt samarbeid.

En informant fra en mellomstor kommune sier: "Jeg setter som kriterium at på at man kan bo i kommunen, det at man kan nyttiggjøre seg avtalte tjenester. Hvis man ikke kan det, går det ikke. Da må tjenestene være tilgjengelige når vedkommende trenger dem, og det krever en kontinuerlig bemanning på to personer - en ansatt kan ikke være sammen med en bruker hele tiden. Man får ikke kompetente folk til å jobbe slik, og det er ikke noe godt tilbud til en bruker kun å gå sammen med to ansatte". Flere andre fremmer liknende synspunkter og understreker at "enmannsinstitusjoner" i kommunene ikke er akseptable løsninger.

En informant fra en liten kommune sier: "Enkelte er for dårlige. Hvis de ikke kan greie å bo til tross for tilstrekkelig bemanning i boligen, fagfolk, veiledning, dagtilbud, transport til aktiviteter osv., da kan vi ikke greie å gi dem et tilstrekkelig tilbud i kommunen"

Informantene fra spesialisthelsetjenesten mener det samme, at enkelte er for dårlige til å bo i kommunen. Det skisseres to grupper: de brukerne som er blitt ødelagt av å bo i institusjon, og de yngre som er veldig syke. En spesialist sier at ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, det burde også innebære at vedkommende kan klare seg i kommunen. En annen fra spesialisthelsetjenesten sier at en betingelse er at folk skal få et bedre tilbud når de flytter ut. Vedkommende mener at noen ikke ville få det, fordi de ikke engang kan greie å bo i institusjonsliknende bofellesskap. Noen trenger institusjonsliknende botilbud lenge, eventuelt livet ut. En spesialist sier: "De trenger å få sin mat laget til og servert, styrt penger og strukturert hverdagen. Hvis de får en institusjonsramme og et stabilt personale som de føler seg trygge på og en verdig bosituasjon, så er det for så vidt det samme om det er helseforetaket eller kommunen som driver det. Hvis kommunen er liten, ville det bli enmannsinstitusjon. Da ville brukere få et dårligere tilbud ved å flytte ut".

Det påpekes at det er mulig å bygge opp institusjonsliknende tilbud i store kommuner, men at de da like godt kan drives av helseforetaket. En løsning som blir skissert, er å bygge opp bofellesskap i tilknytning til DPS, ved eller i nærheten av DPS, drevet av helseforetaket. Så kan kommunen kjøpe seg inn.

Mange påpeker at det er uinteressant om det er kommunen eller helseforetaket som driver slike bofellesskap, bare de fungerer godt. En informant fra kommunen understreket imidlertid at de må bemannes også med folk med kompetanse på kommunalt psykisk helsearbeid fordi "det er de som best kan hjelpe brukerne med å etablere et godt liv".

Enkelte informanter gjorde grove anslag over hvor mange brukere i deres kommune som de mener det ikke er mulig å etablere et tilfredsstillende tilbud til i kommunen. Ut fra disse anslagene kan dette kanskje dreie seg om mellom 200 og 1200 brukere til sammen på landsbasis. Disse tallene er fremkommet rent skjønnsmessig og derfor svært usikre.

## 7 Noen teoretiske perspektiver

I dette kapittelet sees resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen (kapittel 5) og intervjuundersøkelsen (kapittel 6) i sammenheng med noen teoretiske perspektiver. Det er valgt ut temaer som er særlig relevant for innspill til gode modeller for kommunenes arbeid med ressurskrevende brukere.

### 7.1 Hva skal psykisk helsearbeid i kommunen være? - kunnskapsgrunnlag

Sosial og helsedirektoratet påpeker at "det er viktig at kommunene framover vektlegger kvalitet, innhold og kompetanse i det psykiske helsearbeidet, og at tjenestene blir synlige og tydelige for brukerne, innbyggerne og samarbeidspartnere, herunder kommunenes øvrige tjenester" (IS-1/2007). Veileder i psykisk helsearbeid i kommunene tydeliggjør at psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og praksisfelt (SHDir, 2005). Det understrekes at ulike faggrupper deltar i det psykiske helsearbeidet i kommunen, og videre står: "Det er i denne sammenheng viktig at de ulike deltjenestene har nødvendig kompetanse innen psykisk helsefeltet slik at brukere med psykiske lidelser blir møtt på en god måte og får et individuelt tilpasset tilbud" (ibid). Det er imidlertid ikke nærmere definert hva slags kompetanse som anses nødvendig.

Informantene i spørreskjemaundersøkelsen beskriver kunnskap og kompetanse som avgjørende viktig for å kunne utvikle gode tjenester til mennesker med psykiske lidelser som de opplever ressurskrevende. I intervjuene snakker informantene om hvordan psykisk helsearbeid forholder seg til hele livet til folk og at målsetningen er at folk skal få et så godt liv som mulig. Hjelpen skal gis på brukerens premisser, ut fra vedkommendes ønsker og verdier. Sykdom og symptomer blir mindre viktig. Informantene kan en masse om dette arbeidet og kommer med konkrete beskrivelser av praksisfeltet.

#### 7.1.1 Teoretiske forankring

Informantene savner en teoretisk forankring av det psykiske helsearbeidet, både for å videreutvikle kunnskapsfeltet og for å legitimere kunnskapen slik at den anerkjennes som gyldig kunnskap. De etterlyser forskningsbasert kunnskap som identifiserer kjernen i det psykiske helsearbeidet og som samtidig rommer både mangfoldet i arbeidet slik det utspiller seg i praksis og det individuelle aspektet som gjenspeiler tilpasningen til den enkelte bruker. Utgangspunktet for kunnskapsutviklingen må være hva slags kunnskap som trengs for å hjelpe en bruker som vil styre over eget liv og ha hjelp på egne premisser. Ulike former for kunnskap og kompetanse trengs for å samarbeide med brukeren om å legge til rette for og bygge opp et godt liv. Sentralt i utviklingen av kunnskapsfeltet psykisk helsearbeid i kommunen står spørsmålet om hvordan psykiske lidelser skal forstås, hva de er uttrykk for og hvilke modeller man, både individuelt og sosialt, kan bruke for å begripe dem. Dette er viktige spørsmål for alle fagmiljøene som skal involveres og for hvordan det psykiske helsearbeidet skal utvikles. Psykiske lidelser kan forstås på høyst ulike måter, fra et medisinsk perspektiv med vekt på den psykiske lidelsen som en sykdom knyttet til nevrobiologisk feilfunksjon til et perspektiv som legger mer vekt på subjektive erfaringer med lidelse og lidelsenes kulturelle og sosiale avhengighet. Det siste perspektivet vektlegger sterkere menneskenes forhold til hverandre og til samfunnet.

Helsearbeid for mennesker med psykiske lidelser har tradisjonelt stort sett vært tuftet på teorier og forståelser fra den medisinske spesialiteten psykiatri og fra psykologi, og disse vil fortsatt være en viktig del av kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid. Men perspektivet og kunnskapsgrunnlaget må utvides. Kunnskap fra ulike kunnskapstradisjoner, basert på ulike kunnskapssyn må trekkes inn. Det vil derfor være viktig med en kunnskapsteoretisk debatt om hva kunnskap er og hvordan kunnskap kan forstås. Det er nødvendig med en forståelse av at kunnskap er situasjonsbetinget og avhengig av hvilket perspektiv man velger. 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 der det legges til grunn at mennesker, både bruker og hjelper, er fortolkende subjekter, mennesker 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 har en virkning, er det ikke gjennom kausale reaksjoner, men gjennom mening og meningsammenhenger. Hva som er meningsfullt er avhengig av personens subjektivitet. Dette er innsikter som må inkluderes når psykisk helsearbeid skal utforskes og valid kunnskap utvikles.

Når psykisk helsearbeid skal videreutvikles som kunnskapsfelt, bør feltet forankres forskningsmessig og kunnskapsteoretisk i allerede eksisterende kunnskap samtidig som ny teori trekkes inn og ny kunnskap utvikles. Sentrale aspekter ved praksis må studeres og begrepsfestes slik at kunnskapen kan få status som gyldig. Det psykiske helsearbeidet må dokumenteres på måter som ivaretar og synliggjør fagutøvelsens særpreg. Når praksisfeltet skal utforskes vitenskapelig, trengs andre tankemodeller og tilnæringsmetoder enn naturvitenskapens. Filosof Harald Grimen mener at de best tilgjengelige forklaringene på sentrale aspekter ved helsefagene finnes i humanvitenskapene (Grimen 2000). Her finnes begreper, teorier og modeller for å studere tre sentrale aspekter ved sykdom og helse: mening, sosiale relasjoner og historie; begreper som beskriver verden fra handlende personers perspektiv. Folk handler ut fra den betydningen og verdien ting har for dem, og denne forståelsen har stor forklaringskraft. Innsikter fra for eksempel fenomenologi og hermeneutikk kan gi verdifulle bidrag.

### **Fenomenologisk perspektiv i kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid**

Vi vil her kort nevne fenomenologi som ett eksempel på en måte å forstå helse og sykdom på som kan utvide forståelsen. En slik teoretisk forankring kan også være grunnlag for andre forskningsmetoder enn den naturvitenskapelige. Dette er tenkt som ett eksempel – en rekke andre innfallsvinkler og teorier kan være like aktuelle.

Fredrik Svenaeus er filosof og har arbeidet mye med samhandlingen mellom pasient og helsepersonell. Han gjør rede for tre betydninger av ordet fenomenologi slik det brukes i medisinsk sammenheng i dag (Svenaeus 2002). Den første er i den dagligdagse betydningen å gi detaljerte beskrivelser av opplevelser og situasjoner, i medisinsk sammenheng først og fremst av sykdomsopplevelser. Den andre betydningen er fenomenologi som en spesiell metode i empiriske studier, en slags kvalitativ forskningsmetode. Av avgjørende betydning er forsøket på å forstå det individuelle perspektivet, å nærme seg erfaringene og selvforståelsen til menneskene man studerer. Den tredje betydningen er en filosofisk teori, altså en teori om alle tings vesen og sammenheng. I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet, for bevisstheten. Bevisstheten er alltid bevisst om og rettet mot noe, og denne rettetheten er et poeng i fenomenologien. Fenomenologiens grunnlegger, Edmund Husserl, mente at gjennom utførlige beskrivelser av ulike opplevelser og erfaringer kan man finne generelle grunnstrukturer og meningsmønstre i måten vi som mennesker konstituerer verden på. Forskning med utgangspunkt i en slik tenkning vil naturlig nok skille seg mye fra en naturvitenskapelig forskning der idealet er distanse, objektivitet og å eliminere det subjektive. I kunnskapsutvikling

innen psykisk helsearbeid vil forskningsmetoder med teoretisk forankring i fenomenologien være velegnet nettopp fordi opplevelsesaspektet, mening og meningssammenhenger er sentralt.

Poenget er ikke å erstatte det biologiske sykdomsbegrepet, men å la ulike perspektiver på sykdom og lidelse supplere hverandre. Svenaeus skisserer tre dimensjoner av sykdommens mening: den biologiske, den opplevelsesbaserte og den språklig-kulturelle (Svenaeus 2003). Den biologiske retter seg mot årsaksforklaring, den opplevelsesbaserte mot å forstå opplevelse av sykdommen og den språklig-kulturelle knytter biologien og opplevelsen til den omkringliggende kulturen. Dette er tre aspekter som tenkes å utfylle hverandre. I utvikling av ny kunnskap om psykiske lidelser og psykisk helsearbeid er det spesielt det opplevelsesbaserte og språklig-kulturelle perspektivet som kan tenkes å tilføre nye dimensjoner i arbeidet.

### **7.1.2 Bruerkunnskap**

Brukerne og pårørende vet noe viktig om å ha psykiske vansker, og derfor er deres kunnskap nødvendig i psykisk helsearbeid. Det er brukeren og hans/hennes familie som kan fortelle hva de synes er viktig for ham/henne i hans/hennes situasjon.

Bruerkunnskap på individnivå omfatter det enkelte menneskets livserfaring, inkludert erfaring med å ha psykiske vansker eller å ha en pårørende som har psykiske vansker, det omfatter erfaring med konsekvenser av å ha psykiske vansker og eventuelt erfaringer fra møtet med hjelpeapparatet. Denne kunnskapen må hjelperen anerkjenne i møtet med brukeren, og den må, sammen med hjelperens kunnskap, danne utgangspunktet for hvordan de to skal samarbeide om brukerens bedringsprosess. Folk vet selv hva som er viktig for sin endring, og denne endringsteorien blir sann fordi det er brukerens. Det må fagfolk bøye seg for. De gode fagfolkene er de som har tatt inn over seg brukerens perspektiv.

Bruerkunnskap på gruppenivå omfatter akkumulert kunnskap om å være bruker eller pårørende; en rekke historier som samlet kan gi oss vesentlig kunnskap om hvordan det er å ha psykiske vansker, om hvordan det er å være pårørende til et menneske som har psykiske vansker og om konsekvenser av å ha psykiske vansker. Dette er generell kunnskap som gjelder mange og som må utgjøre en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget når fagfeltet psykisk helsearbeid skal utvikles. Fagfolk får brukerkunnskap av brukere og pårørende i individuelle møter. Denne kunnskapen er nødvendig for arbeidet i den aktuelle situasjonen, og den bidrar til å bygge opp den ansattes kunnskapsbase. Bruerkunnskap kan også utvikles gjennom forskning. To gode eksempler er en intervjustudie av hva som hjelper dem som er blitt hjulpet (Borg og Topor 2003) og en studie om vendepunktshistorier - historier om møter med hjelpere som hadde betydd et positivt vendepunkt (Kogstad 2004). Studiene er designet for å få fram brukernes erfaringer og den meningen de knytter til disse. Virkningen av en god samtale eller samhandlingsprosess kommer gjennom meningsskaping og ikke gjennom er årsak-virknings-reaksjon. Meningsdannelsen er selve "medisinen" og brukeren er den som har forutsetning for å vurdere kvaliteten.

### **7.1.3 Beskrivelse av praksis**

I videreutviklingen av psykisk helsearbeid som praksisfelt trengs gode beskrivelser av arbeidets natur, kunnskapsgrunnlag, verdigrunnlag og praksis. Slike beskrivelser finnes. Nedenfor nevnes to gode eksempler, begge av ny dato. Innen denne studiens begrensede rammer har det ikke vært mulig å trekke inn flere eksempler.

Almvik og Borge bok fra 2006 gir en god statusbeskrivelse av og oversikt over psykisk helsearbeid i kommunene i dag (Almvik 2006). Til sammen 19 forfattere gir bidrag til feltet fra sine ulike ståsteder, fra praksisfeltet, fra byråkratiet og fra brukernes perspektiv. Bidragene

omfatter beskrivelse av det psykiske helsearbeidet i kommunen, forutsetninger for å leve et godt liv, og hvordan arbeidet bør organiseres og tilrettelegges for å oppnå dette. Videre diskuteres verdigrunnlag i psykisk helsearbeid, og temaer som helsefremmende tenkning og mestring gis en teoretisk forankring. Brukermedvirkning, brukererfaringer og brukerrettigheter et tema i flere kapitler.

Lemviks bok, også fra 2006, gir en konkret og meget god beskrivelse av hvordan det psykiske helsearbeidet gjennomføres i praksis. Boka innledes med et Garborg-sitat: "Det eneste man kan gjøre er å skapa rimelege vilkår for liv. Livet sjøl må kvar for sin part skapa". Dette slår an tonen i boka. Et solid verdigrunnlag tydeliggjøres og beskrives på en klar og lettfattelig måte som gjør at leseren både engasjeres og forstår. Det psykiske helsearbeidet gis praksisnære beskrivelser som kan forstås uten spesiell kunnskap på feltet. Beskrivelser av møtet mellom enkelte brukere og hjelpere tydeliggjør hvordan arbeidet individualiseres i møtet med det enkelte mennesket.

## **7.2 Hva slags kompetanse trengs i psykisk helsearbeid?**

Et sentralt funn i denne studien er informantenes vektlegging av kompetanse. Av kommentarer og uttalelser ser det ut til at det kan være hensiktsmessig å dele kompetanse inn i tre kategorier (jf. tjenesteytneres uttalelser, pkt. 5.9): relasjonskompetanse, generell kompetanse og spesiell kompetanse. Relasjonskompetanse omtales flere ganger i spørreskjemaene, både at det er viktig å ha det, og at det til tider mangler.

### **7.2.1 Relasjonskompetanse – samarbeid med bruker**

Kjernen i psykisk helsearbeid er møtet mellom mennesker. Opptrappingsplanen og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten understreker begge at det er i møtet mellom brukere/pårørende og tjenesteyttere at kvaliteten av tjenestene oppleves og prøves. Veilederen i psykisk helsearbeid: "Kommunenes verdigrunnlag bør reflektere at psykisk helsearbeid innebærer at møtet mellom bruker og ansatt preges av respekt og anerkjennelse. Dette kan innebære andre handlingsmønstre enn dem man ville valgt i forhold til andre brukere".

Informantene i intervjuundersøkelsen snakker om brukermedvirkning, brukerperspektiv og om brukerens premisser. De snakker mye om hjelp til å hjelpe og å komme i posisjon til å hjelpe. Behovet for samhandlingskompetanse vektlegges. Også på dette feltet trengs teori og teoriutvikling. Nedenfor skisseres noen aktuelle teoretiske perspektiver som kan tenkes å være til hjelp i det praktiske arbeidet.

Geir Lorem er filosof og har arbeidet spesielt med samspill i psykisk helsearbeid (Lorem 2006). Han skriver at psykiske lidelser gir oss som hjelpere helt spesielle utfordringer med hensyn til kommunikasjon, samhandling og forståelse - utfordringer hvor selve kontakten med brukeren står i fare for å gå tapt. Lorem beskriver en mulig innfallsvinkel: å se bort fra det spesifikke eller spesielle ved lidelsen og heller rette oppmerksomheten mot det vi har felles med brukeren og som vi kan gjenkjenne i oss selv. Det kliniske blikket blir da synonymt med å nærme seg et innenfraperspektiv hvor vi forholder oss til den som forstås som syk med utgangspunkt i oss selv. Også Lorem diskuterer helse og psykisk lidelse i et fenomenologisk perspektiv. I den konkrete tilnærmingen til brukeren er han opptatt av språk og fortellinger. Lorem skriver: "Språk har grenser. Det er ikke alt vi kan uttrykke klart og entydig i ord. Psykoser er nok spesielle i den forstand at de representerer tanker, erfaringer, fornemmelser og inntrykk som utfordrer grensene for hva det er mulig å uttrykke i ord". Han beskriver videre hvordan det er mulig å forstå mennesker som har en erfaringshorisont vi ikke deler med dem. Fortellinger kan i slike situasjoner

være et meningsbærende element for å tøy språket. Tolkning og forståelse vil da bevege seg i en sirkelstruktur av nærhet og distanse. Nærhet representerer empatisk forståelse, det å leve seg inn i premissene for brukernes egne fortellinger. Distanse representerer et blikk fra en annen person som kan tilføre forståelsen et utenfraperspektiv. Vår utfordring som klinikere består i å etablere en treffende relasjon mellom og kombinasjonen av nærhet og distanse i møtet med enkeltmennesker som forteller. ”Om vi ikke kan kurere psykoser og andre psykiske lidelser på denne måten, kan vi anta at dersom brukerne får erfare at de kan uttrykke seg og bli forstått, kan dette i alle fall føre til at de føler seg bedre”, avslutter Lorem.

Schibbys er psykolog. Hennes utgangspunkt er at menneskets iboende verdighet innebærer likeverdig samhandling mellom den som trenger hjelp og den som yter hjelp. Brukeren må møtes med anerkjennelse, og det innebærer en grunnleggende respekt for hans/hennes opplevelsesmessige perspektiv – respekt for brukerperspektivet. Brukers og helpers perspektiv er like riktig og like viktig. Anerkjennelse betyr å forsøke å se saken fra den andre utkikkspunkt, hvordan ser problemet eller løsningsforslaget ut fra hennes posisjon? Hvordan kjennes det for henne å ha det slik? Dette er en krevende posisjon, spesielt hvis den andre er veldig forskjellig fra en selv, hvis hun for eksempel kommer fra en annen kultur, eller har veldig annerledes oppfatninger av virkeligheten, som man kan ha ved psykoser. For å forstå den andre må jeg interessere meg for og snakke med henne. Jeg må være åpen, varsom og spørrende. På den måten kan jeg få tak i de subjektive opplevelsene og meningene til den som har særegne tanker og følelser. Man kan ikke vite hvordan en annen føler, men man kan forsøke å fremkalle lignende følelser i seg selv, for eksempel tenke etter egne opplevelser der en har kjent noe som kan likne. Schibbye understreker at anerkjennelse er et relasjonelt begrep, og at en anerkjennende holdning ikke er noe som er inne i hjelperen, men som kommer til uttrykk i et forhold. Man beveger seg fra sitt ståsted til den andres. Ekte deling er mulig bare hvis man samtidig beholder sitt eget perspektiv. Hvis man mister sitt eget perspektiv av syne, kan man leve seg inn i den andres følelser og glemme at de er den andres. Da kan hjelperen ikke vært til hjelp. Anerkjennelse er ikke det samme som enighet, og man må ikke være enig i for eksempel den andres årsaksforklaring. Det går an å forstå brukerens redsel for forfølgere selv om man ikke tror forfølgerne virkelig er der.

### 7.2.2 Generell og spesiell kompetanse

Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunen slår fast at i dette arbeidet trengs "teoretisk kunnskap og generell basiskompetanse".

Men generell basis kompetanse mener vi kunnskap om hvordan det oppleves å ha psykiske lidelser, kjennetegn ved ulike typer lidelser, hva slags konsekvenser det kan ha å ha en alvorlig psykisk lidelse og hvordan man kan bistå brukere med psykiske vansker.

Med spesiell kompetanse tenker vi på mer omfattende teoretisk kunnskap om temaene ovenfor samt spesiell kunnskap om lidelser som er mer komplekse eller mer uvanlige og som krever spesielle tiltak eller tilnæringsformer. Hva som kan være aktuell kunnskap er drøftet kort tidligere i dette kapittelet. Oppdatert kunnskap er viktig, for eksempel kan gammeldags kunnskap om schizofreni innebære et alt for pessimistisk syn på brukerens fremtidsmuligheter.

Hjelperens fagkompetanse er viktig også når tjenesteyter skal hjelpe en bruker som skal styre over eget liv og ha hjelp på egne premisser. Brukerens stemme må kunne tolkes av en som har erfaring og kunnskap. Ansatte må respektere brukernes erfaring og kompetanse og anerkjenne deres perspektiv som likeverdig med eget. Brukerne og ansatte har likeverdig men ikke lik kompetanse, og det er på grunn av sin fagkompetanse at ansatte kan være til hjelp. Hjelperen må ha andre

innsikter og bidra med andre perspektiver enn den som søker hjelp, ellers er det ingen grunn til å søke hjelp hos denne hjelperen.

I psykisk helsearbeid foregår det stort sett en parallell utvikling mellom faglig innsikt og personlig utvikling. Alle aspektene ved hjelperens kompetanse må vedlikeholdes og eventuelt videreutvikles.

### **7.3 Verdigrunnlag**

Veilederen i psykisk helsearbeid for voksne angir: "Målsetningen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser" (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Vi tar her utgangspunkt i at mennesket er utadrettet, utforskende og tilknytningsorientert i sin natur, og at det har behov for å mestre og oppleve sammenheng, trygghet og mening i samhandling med andre (Hartmann og Axelsen 1999). Behovet for mellommenneskelig kontakt blir vurdert som en grunnleggende drivkraft som motiverer for handling. Det å være menneske handler om å være sårbar, avhengig av andre, av relasjoner og av samfunnets institusjoner hele livet. Å ha en alvorlig psykisk lidelse innebærer at det er strev med eller forstyrrelser i forhold til grunnleggende faktorer for samhandling, og mennesker med alvorlige psykiske vansker er derfor ekstra sårbare i mellommenneskelige relasjoner.

I vår tid er det et ideal å være uavhengig og selvhjulpne, og respekt knyttes til det å greie seg selv (Vetlesen 2004). Det kan synes som at mennesker som er avhengig av støtte fra andre, ikke innrømmes fullt verd. Imidlertid er avhengighet et grunnvilkår i et hvert menneskes tilværelse og derved noe som definerer hva slags vesener vi er: et kjennetegn ved det som gjør oss trengende og verdige samtidig. Mennesket har ukrenkelig egenverd rett og slett i kraft av å være menneske, slik at respekten som tilfaller en er uavhengig av ytre forhold, som selvhjulpnehet og hjelpebehov (ibid.).

Innen psykisk helsearbeid snakkes det mye om å bistå brukere i å bli selvstendige og selvhjulpne, men selvhjulpnehet og uavhengighet må ikke knyttes til vedkommendes verd og krav på respekt. I det psykiske helsearbeidet kan vi kanskje først og fremst være opptatt av å skape trygghet og utviklingsmuligheter.

## **7.4 Målsetningen er et godt liv i kommunen - eksempler på tilnæringsmetoder i psykisk helsearbeid**

### **7.4.1 Recovery - tilfriskning**

Recovery-begrepet handler om å komme seg helt eller delvis. Pat Deegan, som er professor i psykologi og som fikk en schizofrenidiagnose som 17-åring, skriver at en av de vanskeligste tingene å akseptere var at recovery ikke er det samme som å bli bra (Deegan 1996, 1997). Hun understreker at recovery er en innstilling, en måte å tilnærme seg dagen og utfordringene hun møter. At hun er i recovery betyr at hun har visse begrensninger og ting hun ikke kan gjøre, men hun forsøker å se muligheter for ting hun kan gjøre. Hun beskriver recovery som å sitte i førersetet i sitt eget liv.

Recovery er ikke en mirakelkur. Det betyr ikke at lidelsen er over. Deegan beskriver hvordan hun hver dag må stå opp og bekrefte sin intensjon om å forbli hel og arbeide med sin recoveryprosess. Poenget i recoveryprosessen er på en eller annen måte å lære å verdsette seg selv. Recovery



betraktes som en dypt personlig og unik prosess som omfatter endrede holdninger, verdier, følelser, ferdigheter og/ eller roller. Det er en måte å leve på som gir et tilfredsstillende og konstruktivt liv med håp innenfor rammen av de begrensninger sykdommen skaper. Et levende håp er avgjørende viktig!!

Verdigrunnlaget inkluderer en dyp respekt for andre menneskers subjektivitet, en tro på at de kan handle og endre sin situasjon, en forståelse av at makt ikke er endelig, men kan deles og skapes og en villighet til å være glad i og bli forandret av dem vi hjelper. Utgangspunktet for recoverytradisjonen er at det er mye å lære av dem som er blitt bedre; av folks egne beskrivelser av bedringsprosesser. Dette er viktig kunnskap for hjelperne slik at de kan skape endringsbetingelser ved å formidle optimisme og bidra til håp. Sentralt i historiene står meningsdimensjonen, dvs. at dagens problemer får mening fordi de settes i sammenheng med andre livshendelser, får en forklaring eller kan brukes til å forstå og hjelpe andre. Det krever at det er rom for den subjektive erfaring og de langsomme prosessene.

Pedersen gir gode beskrivelser av recovery i praksis (Pedersen 2004 A). Det beskrives et utviklingsarbeid fra å se en pasient og ha fokus på symptomer og problemer, til å se et menneske som prøver å skape sitt eget liv. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten fremheves som avgjørende.

#### **7.4.2 Mestring og selvstendighet**

Helsevesenet er fortsatt svikt-orientert og har tendens til å forstå sykdom som en enhet som rammer mennesket. Fokus blir sykdommen, mens det syke mennesket ofte mistes av syne. Helsearbeidet trenger oppmerksomhet mot og teorier om alternative forståelsesmåter og tilnæringsmetoder. Mestring kan være et slik perspektiv. Langeland ser mestring i sammenheng med Antonovskis teorier om salutogenese (Langeland 2006). En overordnet målsetning for Opptrappingsplanen er at den skal bidra til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Informantene i studien snakker mye om å bidra til at brukeren kan øke sin mestringsevne. Mestring er en sentral verdi i alt helsearbeid, inkludert psykisk helsearbeid. Samtidig kan mestring være et problematisk begrep når det assosieres med å vinne eller bli enda flinkere. Slik forstått kan mestring bidra til å legge stein til byrden for folk som strever med å håndtere problemene sine. Det er en tendens i våre dager til at verd settes i sammenheng med uavhengighet og selvrespekt med mestring. Et slik syn må utfordres av tjenesteyterne i psykisk helsearbeid, og en forståelse av menneskeverdet som uavhengig av prestasjon eller ytre forhold må ligge fast (Vetlesen 2004).

Hvis vi vektlegger mestring som mulighet, er mestringsperspektivet en fruktbar tilnærming (Sommerschild 1998). Å legge et mestringsfokus handler om å legge vekt på det som fungerer og bygge på det som virker i stedet for å reparere det syke. Det gjelder å se helheten framfor en problematisk del. Hjelper må legge opp til at brukeren får positive mestringserfaringer og forbygge opplevelse av avmakt og ikke-mestring. Det handler for eksempel om å verdsette og anerkjenne de små fremskritt.

#### **7.4.3 Makt og avmakt - empowerment**

Makt er ulikt fordelt i forholdet mellom bruker og tjenesteyter, og maktubalansen er spesielt stor innen psykisk helsearbeid. Under overskriften empowerment har sterke strømninger markert opposisjon mot den etablerte tenkningen innen rehabilitering, behandling og tjenestebasert omsorg som de hevder fører til umyndiggjøring og undertrykking av marginaliserte grupper fordi det er ekspertene som definerer forståelsen (Askheim 2003). Ordet empowerment viser at begrepet har med overføring av makt å gjøre. Til grunn for tilnærmingen ligger et syn på mennesket som et subjekt som er den fremste ekspert på sitt eget liv og som selv vet best hva

som er bra, nyttig og viktig for ham eller henne. Empowerment rommer en individuell og en strukturell dimensjon. Den individuelle er rettet mot prosesser og aktiviteter som har til hensikt å øke individets kontroll over eget liv ved å bidra til mer selvtillit, bedre selvbilde og økte kunnskaper og ferdigheter slik at vedkommende kan identifisere faktorer som begrenser muligheter for egenkontroll. Den strukturelle dimensjonen omfatter barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende muligheter til å ha kontroll over eget liv. Det sentrale er å se sammenhengen mellom livssituasjonen den enkelte er i, det personlige, og det samfunnsmessige eller politiske.

Brukerstyring baserer seg på en empowerment-tenkning. Tjenestebrukerne krever rett til selv å bestemme innholdet i sine hjelpetilbud og rett til å velge hvordan de vil leve. Empowerment handler om maktoverføring og er en ideologi som har som målsetning å gjøre maktubalansen mellom hjelper og bruker mindre. Profesjonelle som vil arbeide ut fra et empowerment-perspektiv må derfor ha en bevisst holdning til egen rolle og til hvordan de ser på og handler i forhold til dem de skal betjene. Et makt-avmakt-perspektiv innebærer at en ser på mennesker med alvorlige psykiske lidelser som en gruppe som er utsatt for undertrykking og diskriminering. Hjelperne må med andre ord være opptatt av de psykiske lidelsenes samfunnsskapt konsekvenser, ikke bare av den enkeltes psykiske vansker.

Spørsmålet innenfor et empowerment-perspektiv er om og hvordan en som profesjonell yrkesutøver kan legge forholdene til rette for at brukerne selv kan ta makt og gjenvinne styring over eget liv. Maktubalansen kan reduseres noe ved at fagfolk deler sin fagkunnskap og gir brukerne informasjon, for eksempel om noe så sentralt som juridiske rettigheter.

Problemstillingen berører selve hjelperrelasjonen, men også rammevilkårene som de profesjonelle arbeider innenfor, og den stiller spørsmål om profesjonenes vilje til å gi fra seg makt.

## 7.5 Stigmatisering og inkludering

I spørreskjemaundersøkelsen handler mange kommentarer om betydningen av meningsfull aktivitet og sosialt nettverk, og i intervjuundersøkelsen blir "deltakelse" vektlagt. Integrering er sterkt vektlagt i Opptrappingsplanen.

Brukere med psykiske lidelser har betydelige problemer med stigmatiserende holdninger i samfunnet. De føler seg ofte små i samtale med ansatte i hjelpeapparatet og opplever at de ikke ble tatt på alvor, ikke hørt og ikke trodd (Løken). Brukerne i en annen studie sa at det å vite at man har en psykisk lidelse kan gjøre at men endrer identitet fra "et menneske" til "et psykiatrisk tilfelle" (Hvas og Thesen 2001). Dette får konsekvenser for hele livet.

Integrering innebærer å fremstå som likeverdig med andre borgere i et lokalsamfunn, og det handler om å skape et samfunn der det er plass til menneskelig mangfold (Heskestad 2004). Inkludering må baseres på frivillighet, og en bør i hovedsak kunne inkluderes på egne premisser. Aktiv deltakelse er betinget av at det eksisterer institusjoner som gjør det mulig å delta eller etterspørre de tjenester som trengs. For å delta må en ha den nødvendige kulturelle, sosiale eller symbolske kapitalen. Det er heller ikke tilstrekkelig å ha ressurser; de må også bli anerkjent for at man skal bli inkludert. I forhold til inkludering hjelper det lite å se på seg selv som normal hvis ikke andre oppfatter en på samme måte. Inkludering av mennesker med psykiske lidelser avhenger i stor grad av hvordan vi som samfunn stiller oss til slike vansker. Ved å utvide rammen for "det normale" vil en øke sjansen for å inkludere flere i et samfunn som står for forskjellighet. En kan lempe på strenge vilkår for inkludering, slik at langt flere passer inn.

Grad av integrering vurderes gjerne ut fra deltakelse i sosiale nettverk, fritidsaktiviteter, arbeidsliv, lite behov for offentlige tjenester osv. Imidlertid følte folk som ut fra disse kriteriene så ut til å være lite integrert, tilhørighet; de syntes det var viktig å bo der de bodde, og de hadde

identitet knyttet til hjemstedet som for de fleste var der de vokste opp (Bergem og Ekeland 2004). Mange opplevde kontakt med hjelpeapparatet som stigmatiserende og valgte det bort. Det er viktig å huske at også mennesker med psykiske lidelser er forskjellige. Selv om noen ønsker arbeid eller støttekontakt, er det ikke gitt at alle gjør det. Å være knyttet til et dagsenter for mennesker med psykiske lidelser kan styrke opplevelsen av tilhørighet, og det kan samtidig øke stigmatisering. Selv om tilbud fra ansattes perspektiv er gode, er det ikke sikker alle vil ha dem. Individuell frihet innebærer også frihet til å velge vekk. Det kan være viktigere for mennesker å bli akseptert slik de er enn at samfunnet skal legge til rette for at de skal leve et normalt liv. Å være integrert er å føle seg akseptert som den en er. Forestillinger om likhet, likestilling, integrering og normalitet står sterkt i den norske samfunn. Det ligger noen underforståtte verdier om hva som er normalt og bra, og forsøk på integrering kan innebære press om å bli "normal". Det dreier seg som om tilpassning og opplæring til å "passere som andre" istedenfor å bli inkludert på egne premisser. Det er en fare for at integrering i enkelte tilfeller kan fungere som en forsterker av avviksstemplet. Hvis ansatte ikke har kompetanse på slike mekanismer og respekt for den type annerledeshet brukerne bringer med seg, kan brukernes følelse av underlegenhet øke.



## 8 Veien videre - innspill til de gode modellene

Denne studien omhandler brukere med psykiske lidelser som tjenesteytere i norske kommuner opplever som ressurskrevende. Resultatene viser at kommunene håndterer arbeidet med disse brukerne. Imidlertid må kommunene rustes opp både kompetanse- og kapasitetsmessig for å utvikle et tilfredsstillende tjenestetilbud til alle brukerne. Ikke minst må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten videreutvikles, først og fremst DPS og akuttavdelingene.

I dette kapitlet vil vi beskrive elementer som er viktige for å utvikle gode tjenester til brukere med psykiske lidelser som kommuneansatte opplever som ressurskrevende. Resultatene fra studien gir sterke indikasjoner på at en del faktorer er av avgjørende betydning for kommunen for å kunne utvikle gode tjenester. I spørreskjemaundersøkelsen ble det påpekt særlig viktige områder. I intervjustudien ble disse temaene ytterligere utdypet, og det ble gitt mange eksempler på gode arbeids- og samarbeidsmetoder.

### Viktige utfordringer som identifiseres, er først og fremst:

- brukernes funksjonsvansker i hverdagen med stort behov for strukturert hjelp i hjemmet
- kapasitet og kompetanse i kommunale tjenester
- samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Studien omfatter kun 67 kommuner, og det er ikke sikkert at resultatene umiddelbart er overførbare til alle kommuner eller at de ulike faktorene er like viktige i alle norske kommuner, som på mange måter er svært ulike. Det er imidlertid en del viktige faktorer i godt psykisk helsearbeid som går igjen gjennom hele studien, og etter vår vurdering utpeker disse seg som så viktige at de bør vurderes av alle kommuner. I det følgende vil vi drøfte disse elementene med utgangspunkt i resultatene fra studien. Vi vil først drøfte hva psykisk helsearbeid i kommune skal være, diskutere hva slags kunnskapsgrunnlag og verdigrunnlag det bør bygges på og hvordan kunnskap og kompetanse kan videreutvikles. Videre diskuteres kapasitet, brukermedvirkning og brukerperspektiv, rammebetingelser i kommunen og kommunenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

### 8.1 Hva skal psykisk helsearbeid i kommunen være?

Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunen slår fast at psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og praksisfelt (SHDir 2005). "Det er et utgangspunkt at tjenestetilbudet til enhver tid skal bygge på faglig anerkjente metoder. Videre at "Kompetansen i psykisk helsearbeid omfatter kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier", og det slås fast at det trengs "teoretisk kunnskap og generell basiskompetanse".

#### 8.1.1 Kunnskapsgrunnlag i det psykiske helsearbeidet

Mange, både i kommentarene i spørreskjemaene og i intervjuene, gjør eksplisitt at kunnskapen og kompetansen i psykisk helsearbeid må være en annen og bredere enn den medisinske spesialiteten psykiatri. Alle informantene i intervjustudien formidler mange tanker om hva psykiske

helsearbeid i kommunen skal være, og ut fra betydelig erfaring vet de godt hva praksis handler om. De beskriver en bevisst tenkning om verdigrunnlag, innhold og tilnæringsmetoder. Informantene understreker at psykiske helsearbeid forholder seg til alle områder av livet til folk, og at det handler mer om hvordan livet leves enn om symptomer og diagnoser. Oppmerksomhet rettes mot om brukeren lykkes med å realisere sine egne mål og ideer ut fra egne verdier. Mange påpeker "hjelp til å hjelpe" eller "å komme i posisjon til å hjelpe" som spesifikt ved psykisk helsearbeid.

### **Å tydeliggjøre det psykiske helsearbeidet**

Informantene etterlyser en systematisk jobbing mot en bedre beskrivelse av psykisk helsearbeid som kunnskapsfelt og en teoretisk forankring av fenomener de opplever som viktige i det daglige arbeidet. Den medisinske spesialiteten psykiatri har inntil nylig vært nokså enerådende som kunnskapsgrunnlag for arbeid i psykisk helsefeltet. Mange informanter savner teoriutvikling som kan forankre det psykiske helsearbeidet også i annen teori og gi det særegne ved arbeidet legitimitet og status som valid kunnskap. Når psykisk helsearbeid skal forankres teoretisk, mener vi det må innebære at kunnskap fra ulike fag- og kunnskapstradisjoner trekkes inn. I tillegg til psykiatrisk og psykologisk kunnskap bør teori hentes fra for eksempel samfunnsfag, humanistiske fag, filosofi og pedagogikk. Det er nødvendig med en grunnleggende kunnskapsteoretisk debatt om hvordan kunnskap skal forstås. Når ny kunnskap skal utvikles på dette feltet, må det være et viktig perspektiv at mennesket som opplever de psykiske vanskene, må ses i sin sammenheng og at menneskets livssituasjon inkluderes som forskningsfelt. Det finnes mye kunnskap som er relevant for videre kunnskapsutvikling på dette feltet. Noen få eksempler er gitt i kapittel 7.

Vi finner grunn til å understreke at utfordringen ved å integrere kunnskapen fra ulike fagfelt og ulike kunnskapstradisjoner ikke bør undervurderes. For eksempel kan folk med utgangspunkt i ulike kunnskapstradisjoner ha ulikt syn på hva sykdom er, hvordan psykisk lidelser skal forstås og hva som vil være en god håndtering av psykiske vansker. Det kan til og med dreie seg om kunnskap og perspektiver som kan stå i motsetning til hverandre. For å kunne samhandle og eventuelt integrere ulike typer kunnskap i en felles kunnskapsbase, er det nødvendig med gjensidig respekt for hverandres perspektiver og å huske på at all vår kunnskap bare er modeller av virkeligheten - mer og mindre gode og hensiktsmessige modeller.

Veilederen tydeliggjør at kompetanse i psykisk helsearbeid også omfatter holdninger og verdier, og det slås innledningsvis fast at arbeidet skal skje med basis i et felles verdigrunnlag. Informantene understreker nødvendigheten av etisk bevissthet og etisk refleksjon. Det nevnes mange eksempler på situasjoner som kan utgjøre etiske dilemmaer. Ett eksempel er i hvilken grad det er riktig å gripe inn mot brukerens vilje når brukeren ellers vil forkomme. Dette synliggjør viktigheten av å vurdere verdier og etikk oppmerksomhet og gjøre det til et viktig område for kunnskaps- og fagutvikling.

De ti kommunene er valgt ut fordi de gjør et godt arbeid i forhold til brukere som opplever ressurskrevende. Godt utviklet tverrfaglig tenkning kan tenkes å være en suksessfaktor.

Bruerkunnskap må også utgjøre en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet.

#### Oppsummering:

- psykiske helsearbeid forholder seg til alle områder av livet til folk, og at det handler mer om hvordan livet leves enn om symptomer og diagnoser
- det trengs bedre beskrivelse av psykisk helsearbeid som kunnskapsfelt og en teoretisk forankring av fenomener oppleves viktige i det daglige arbeidet
- det trengs en kunnskapsteoretisk debatt om hva kunnskap er og om hva som er relevant og gyldig kunnskap i psykisk helsearbeid
- i kunnskapsutviklingen av psykisk helsearbeid bør ulike kunnskapstradisjoner inngå, kunnskap fra for eksempel samfunnsfag, humanistiske fag, filosofi og pedagogikk
- brukerkunnskap må utgjøre en viktig del av kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid
- det ligger en betydelig utfordring i å integrere ulike typer kunnskap i en felles kunnskapsbase
- etisk refleksjon må gis plass og oppmerksomhet i det psykiske helsearbeidet

### 8.1.2 Psykisk helsearbeid som praksisfelt

Det finnes mye kunnskap om helsearbeid og sosialt arbeid i kommunen, og denne kunnskapen inngår i kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet. Det foregår mye godt psykisk helsearbeid i norske kommuner i dag, og det er vesentlig å lære av praksis. "De daglige gullkornene må synliggjøres og verdsettes". Det har skjedd en betydelig fagutvikling innen psykisk helsearbeid, og det finnes flere gode beskrivelser av feltet (for eksempel Almvik 2006, Lenvik, 2006, se kapittel 7). Nye teoretiske perspektiver inkluderes som tankegods og handlingsgrunnlag, for eksempel teorier om recovery, mestring og salutogenese, jf kapittel 7. Brukerkunnskap er vesentlig. Tjenesteyterne er i ferd med å utvikle nye arbeidsmetoder og en ny hjelperrolle der brukeren bestemmer over eget liv, og der det er plass til brukerens og pårørendes kunnskap og kompetanse.

#### **Psykisk helsearbeid som praksisfelt må videreutvikles**

Informantene etterlyser mer forskningsbasert kunnskapsutvikling som kan gi kunnskapen en status som er likeverdig med spesialistkunnskapen. Det er snakk om å ha legitimitet i spesialisthelsetjenesten. "Fremdeles vet ikke spesialisthelsetjenesten hva som har skjedd i kommunene og aksepterer ikke psykisk helsearbeid som eget fagfelt".

Det er fortsatt spesialisthelsetjenesten som har definisjonsmakten på dette feltet. For å styrke kommunenes makt og autoritet trengs at de beskriver og dokumenterer det omfattende fagarbeidet som foregår, gjennom god forskning. Det understrekes at begrepet forskningsbasert kunnskap må utfordres og utvides til å innbefatte kunnskap utviklet gjennom andre forskningsmetoder enn den naturvitenskapelige. Siden det er fenomener som "folks liv", "et levende håp", "å nå sine mål" og "hjelp til å ta imot hjelp" som er forskningstemaer i dette feltet, trengs forskningsmetoder som er egnet til å utforske opplevelse og mening (se kapittel 7).

Målsetningen må være å identifisere og beskrive det psykiske helsearbeidet og å systematisere, gyldiggjøre og spre kunnskapen. Det understrekes at man må kunne utkrystallisere en samlende kjerne for feltet og samtidig beskrive nyanser og mangfold. "Vi trenger et nytt språk som gir mer makt og autoritet til kommunen. Det må også omfatte mangfoldighet i vårt arbeid". Trolig finnes noen fellesnevnerer for alle kommuner, slik at praksisfeltet kan beskrives og utvikles på en måte som passer for alle kommuner uavhengig av ulike lokale forhold.

#### Oppsummering:

- det finnes mye kunnskap om praksis og en del gode beskrivelser av det psykiske helsearbeidet
- det trengs videre forskningsbasert kunnskapsutvikling innen praksisfeltet

### 8.1.3 Kunnskaps- og kompetanseutvikling

Behovet for økt kunnskap og kompetanse fremkommer tydelig i spørreskjemaundersøkelsen, både i tallskåre og i en rekke fritekstkommentarer. Tjenesteyterne beskriver behov for og mangel på ulike kompetanser, og det kan være hensiktsmessig å beskrive kompetansen i tre hovedkategorier: generell basiskompetanse, spesiell kompetanse og relasjonskompetanse. Kommentarer i fritekstfeltene tyder på at kompetansen er noe ulik i de ulike kommuner, og at behovene for mer kunnskap og kompetanse derfor varierer. Noen kommuner beskriver at de mangler generell kompetanse for arbeidet med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, mens andre tydeliggjør at de har slik kompetanse. Mange flere savner mer spesiell kompetanse, for eksempel når de skal etablere tjenester til brukere med sjeldnere lidelser eller kombinasjoner av lidelser. Også informantene i intervjustudien understreket sterkt betydningen av kunnskap og kompetanse for å utføre godt psykisk helsearbeid. Informantene i begge delstudier fremhever relasjonskompetanse som spesielt viktig.

Fagutvikling vektlegges sterkt i spørreskjemaene og av informantene i intervjuundersøkelsen. I Veilederen for psykisk helsearbeid pålegges arbeidsgiver å legge til rette for videreutvikling av eksisterende kompetanse, samtidig som ny kunnskap sikres.

Kunnskaps- og kompetanseutvikling må etter vår vurdering være både et lokalt og et overordnet ansvar. Det bør legges til rette for kompetanseøkning på alle de tre kompetanseområdene som er nevnt ovenfor.

#### Lokal kompetanseutvikling

Lokal kunnskaps- og kompetanseutvikling bør foregå innen kommunen eller eventuelt i et interkommunalt samarbeid. Det betinger at dette behovet anerkjennes, og at det skapes tilstrekkelige rammebetingelser i den kommunale hverdag. Først bør kompetanse og kompetansebehov lokalt kartlegges for deretter å målrette arbeidet med å øke kompetansen. Evaluering og læring av egen praksis er viktige elementer. Veiledning er nødvendig. Betingelsen for at kommunalt ansatte vil ha veiledning fra spesialisthelsetjenesten, er at folk fra spesialisthelsetjenesten har kunnskap om og anerkjenner kommunens psykiske helsearbeid, ellers vil veiledningen være unyttig. Både generell basiskompetanse og spesiell kompetanse vil kunne økes gjennom slik lokal kunnskaps- og kompetanseutvikling.

#### Relasjonskompetanse er kjernekompetanse i psykisk helsearbeid

Behovet for relasjonskompetanse hos ansatte tydeliggjøres i studien. Tjenesteyterne beskriver vansker i samhandling med bruker som et hinder for å gi gode tjenester. For eksempel at "bruker ikke har innsikt i egen sykdom" eller "ikke er motivert". Noen knytter dette til ressurser: Tjenestene mangler ressurser til å opparbeide en samarbeidsallianse med bruker. Noen snakker om "å komme i posisjon til å hjelpe" og "hjelp til å ta imot hjelp". Hjelperens samhandlingskompetanse er ett element i dette. Slik kompetanse er avhengig både av personlig egenskaper og læring. Å øke relasjonskompetansen og bedre evnen til samhandling krever at temaet settes på dagsorden og prioriteres så høyt at det avsettes nok tid og ressurser. Å utvikle sine relasjonsferdigheter betinger at man er villig til å gå inn i endringsarbeid, det betinger refleksjonsrom og noen å reflektere sammen med, dvs. kompetente veiledere.

#### Kompetanseutvikling på overordnet nivå

Kunnskaps- og kompetanseutvikling på et overordnet nivå må være et overordnet ansvar. I Nasjonal helseplan (2007 - 2010) omtales oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og herunder skisseres kompetanseutvikling (St.prp. nr. 1 (2006 - 2007)). Ett av områdene som vil ha særlig fokus framover er å bygge kompetente fagmiljø innen psykisk helsearbeid i kommunene. Å utvikle fagmiljø og fagnettverk på tvers av kommunegrensene og i fellesskap med distriktpspsykiatriske sentre er nevnt som et tiltak. Ett annet er å "styrke kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid i kommunene gjennom etablering av et kompetansesenter i psykisk



helsearbeid" (ibid.). Resultater fra denne studien indikerer at kunnskaps- og kompetansenivåene er noe ulike i norske kommuner, og å utvikle fagmiljø og fagnettverk kan se ut til å være en god strategi for å heve nivået i kommunene som har minst kompetanse.

For å sikre at dette arbeidet forankres i den kommunale virkelighet, er det etter vår vurdering svært viktig at kommunalt ansatte er sentrale aktører i arbeidet.

Oppsummering:

- kunnskaps- og kompetanseutvikling bør være både et lokalt og et overordnet ansvar
- evaluering og læring av praksis er viktige elementer i lokal kunnskapsutvikling
- oppmerksomhet må rettes mot utvikling av relasjonskompetanse
- kunnskapsutvikling på overordnet nivå må også ivareta kunnskapsspredning kommuner imellom – kompetansenettverk kan være en god løsning

#### **8.1.4 Hvem trenger hva slags kompetanse?**

Ansatte som arbeider spesielt med psykisk helsearbeid trenger en høy generell kompetanse som skissert ovenfor. Videre trenger andre ansatte som også yter tjenester til denne brukergruppen en generell kompetanse på et lavere nivå. Alle trenger samhandlingskompetanse, men det kreves langt mer av dem som har psykisk helse som arbeidsfelt. Blant dem bør det også være veiledningskompetanse slik at de kan bidra til å øke den generelle samhandlingskompetansen i de øvrige tjenester og slik at de kan bidra med råd og veiledning ved behov.

Behovet for spesiell kompetanse vil variere betydelig avhengig av hvem brukerne er. Likeledes vil mulighetene for å utvikle slik kompetanse være avhengig bl.a. av kommunestørrelse, ressurstilgang, aktuell bemanning, samarbeid med og veiledning fra spesialisthelsetjenesten osv.

## **8.2 Brukermedvirkning og brukerperspektiv**

Brukermedvirkning i helsetjenesten er en grunnleggende verdi og også en rettighet nedfelt i lovverket. Møtet mellom bruker og hjelper er kjernen i psykisk helsearbeid. Hjelp skal gis på brukerens premisser, og brukerens verdier og ønsker skal være utgangspunktet for all bistand. "Å integrere mestrings- og brukerperspektivet i den faglige tenkningen representerer en særskilt faglig utfordring for tjenesteapparatet" (St.prp. nr. 1 (2006-2007)).

I spørreskjemaundersøkelsen kommer det tydelig fram at ansatte legger stor vekt på brukermedvirkning og samarbeid med brukeren; for eksempel er samarbeid med bruker den enkeltfaktoren som får høyest skåre i spørsmålet om hva som har vært viktig for å få til et godt tilbud til denne brukeren. De ansatte beskriver i kommentarer betydelige utfordringer i dette arbeidet. Informantene i intervjustudien utdyper temaet, de snakker om respekt, å se saken fra brukerens perspektiv og om å komme i posisjon til å hjelpe.

Å innta den andres perspektiv er en utfordrende posisjon, spesielt hvis den andre er veldig forskjellig fra en selv. Det kan være tilfelle ved alvorlige psykiske lidelser hvor bruker og hjelper kan ha ulik virkelighetsoppfatning. I kapittel 7 beskrives ulike teoretiske perspektiver som kan være til hjelp i praktisk arbeid. I og med at møte mellom bruker og hjelper er kjernen i psykisk helsearbeid og det som er vanskeligst å få til i praksis, bør dette feltet vies mye oppmerksomhet.

Oppsummering:

- brukermedvirkning er avgjørende viktig for godt psykisk helsearbeid
- å innta brukerens perspektiv kan være krevende
- Lorems og Schibbys modeller for samhandling kan være til god hjelp i praktisk arbeid

### 8.2.1 Kvalitet

I St. prp nr. 1 (2006-2007) påpekes at det fortsatt knytter seg betydelige utfordringer til det kvalitative innholdet i tjenestene innen psykisk helsefeltet. I denne studien identifiseres noen områder som informantene vurderer som viktige for god kvalitet i psykisk helsearbeid. Kvalitet knyttes blant annet til kunnskap og kompetanse, ressurser, organisering og samarbeid. Mange snakker om tilstrekkelig tid; om at relasjonsbygging tar tid og at det er en annen "puls" i dette arbeidet enn for eksempel ordinær hjemmesykepleie. Det handler om å kunne fremstå overfor brukeren som en som har tid og ro i seg, slik at man er i stand til å ta imot det brukeren kommer med. Ellers vil ikke brukeren komme med sitt. En beskriver tid som en kvalitetsindikator. Mange snakker om handlingsrom. Alle snakker i denne forbindelse om det personlige møtet mellom bruker og hjelper. Kvalitetsvurdering og -utvikling på feltet bør gjenspeile de viktige faktorene som er identifisert her. Etter vår vurdering bør kunnskapsutvikling på feltet psykisk helsearbeid omfatte arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer som fanger opp disse kjerneelementene i arbeidet.

Oppsummering:

- kvalitetsvurdering og -utvikling innen psykisk helsearbeid må først og fremst rette oppmerksomheten mot møtet mellom bruker og hjelper, som er kjernen i psykisk helsearbeid

### 8.3 Kapasitet

Ressurser er et meget sentralt tema i helsedebatten. I spørreskjemaundersøkelsen vektlegger tjenesteutøverne kapasitet og kompetanse som vesentlig faktorer for å kunne få til tilfredsstillende tjenestetilbud. Informantene i delstudie II beskriver mangel på ressurser som viktig og tydeliggjør konsekvenser av for lite ressurser.

#### **Hovedutfordringen er å yte tilstrekkelig hjelp i hverdagen**

I denne studien inngår brukere som ansatte opplever som ressurskrevende. Funksjonsvansker i dagliglivet er den faktoren som er av størst betydning for om tjenesteyter opplever brukeren som ressurskrevende. Det dreier seg om å strukturere dagen, ordne hus og mat, handle, økonomi, og det handler om å kunne nyttiggjøre seg veiledning og trening. Disse resultatene tydeliggjør at tjenestenes hovedutfordring ligger i å yte tilstrekkelig hjelp i hverdagen.

I forbindelse med "ressurskrevende brukere" trekkes i den offentlige debatten gjerne frem faktorer som rusmiddelmisbruk, "dobbeldiagnose", utagering og vold. Medicoppslagene om psykiatriske pasienter som voldelige og farlige skaper lett et bilde av dette som utbredte fenomen. Disse faktorene skårer relativt lavt blant faktorer som har betydning for om tjenesteyterne opplever brukerne som ressurskrevende. Dette er et interessant funn i forbindelse med arbeidet for å redusere stigmatisering av brukere med alvorlige psykiske vansker.

### **Får brukerne nok tjenester?**

28 prosent av brukerne har døgntilbud. Brukere uten døgntilbud får i gjennomsnitt hjelp mellom 9,6 og 15 timer per uke av fra hjemmehjelp, hjemmesykepleie og ansatte psykisk helsearbeid, mellom 7 og 10 timer aktivitetstilbud, hjelp fra støttekontakt osv. og gjennomsnittlig mellom 2 og 3,4 timer bistand fra spesialisthelsetjenesten, stort sett i form dagtilbud eller innleggelse ved DPS. Tatt i betraktning at dette er brukere med alvorlige psykiske lidelser som kommunalt ansatte opplever som ressurskrevende, kan det stilles spørsmål om dette er tilstrekkelig tilbud.

### **Mangel på bolig og oppfølging i bolig**

Tjenesteutøverne angir i spørreskjemaene at brukerne mangler ulike tilbud. Sekstifem brukere (16 prosent) oppgis å mangle egnet bolig. Til behovet for egnet bolig knyttes det som regel behov for døgntilbud. Også flere av informantene i delstudie II forteller om brukere som, pga ressursmangel, venter på bolig i deres kommune.

I og med at egnet bolig er betingelse for å kunne etablere gode rammer om et verdig liv, er mangel på bolig en vesentlig mangel. Videre mangler mange oppfølging og veiledning i bolig. Det ser således ut til at disse brukerne ikke får tilstrekkelig hjelp til å strukturere hverdagen. Det kan skyldes at det er for lite ressurser, enten til å hjelpe eller til både å hjelpe og til å komme i posisjon til å hjelpe. Inger Lise Skog Hansen intervjuet brukere med psykiske vansker som tidligere hadde hatt et utdekket boligbehov og som nå hadde fått hjelp av kommunen til å få et sted å bo. De oppgav manglende oppfølging som hovedårsak til tidligere ustabil boposisjon (Hansen 2006). Mange brukere i denne studien angis å mangle miljøterapeut eller hjemmehjelp. Studien kan ikke si noe om hva som er avgjørende for om det velges/mangler miljøterapeut eller hjemmehjelp. Det kan tenkes å ha sammenheng med målsetning for arbeidet. Kanskje vil en rehabiliteringsmålsetning der bruker og hjelper samarbeider mot at brukeren skal bedre sitt funksjonsnivå medføre at miljøarbeider bistår, og målsetningen vil være at brukeren etter hvert skal overta (noen av) arbeidsoppgavene. Andre brukere som ikke ønsker/ makter å lære husarbeid får kanskje praktisk bistand av hjemmehjelper til å utføre dette arbeidet. Det trengs mer kunnskap for å kunne si noe om hvordan det er hensiktsmessig å organisere slikt arbeid og hvordan ulik kompetanse bør videreutvikles og samordnes.

### **Mangel på arbeids- og aktivitetstilbud**

I spørreskjemaene angis ofte mangel på egnet arbeidstilbud, skoletilbud, aktivitetstilbud og for lite tid til å bistå brukeren i å utvikle sosiale nettverk, for eksempel manglende kapasitet til å følge til ordinære tilbud i kommunen. 31 prosent angis å mangle støttekontakt og 23 prosent mangler kommunal aktivitet på dagtid. Brukerne i Skog Hansens studie oppgir mangel på "innhold i livet" og mangel på arbeid og aktivitet som vesentlige mangler (Hansen 2006). Støttekontakt og kommunal aktivitet på dagtid er viktige tiltak både for "et godt liv" og for å fremme inkludering. Det synes også å være relativt lite ressurskrevende tilbud. Når slike ikke er etablert i tilstrekkelig grad, kan det tyde på at mange kommuner så langt har hatt såpass mange utfordringer knyttet til å dekke brukernes grunnleggende behov og ikke er kommet lenger.

### **Å komme i posisjon til å hjelpe**

Grunnleggende behov for pleie og omsorg, ernæring og hygiene ser det ut til at tjenesteyterne mener de greier å dekke rimelig godt, med unntak av der de har vansker med å komme i posisjon til å hjelpe. Tjenesteyterne skriver at mange av brukerne ikke vil ha hjelp, selv om hun/han trenger det, at vedkommende ikke kan nyttiggjøre seg kommunens tilbud eller at ansatte ikke greier å komme i posisjon til å hjelpe. Mange brukere har alvorlige psykiske lidelser med tilbaketrekking som typisk trekk, mange har angst som medfører problemer med sosial deltakelse. Mer samhandlingskompetanse og mer tid til å bistå ville trolig bidra godt til "å komme i posisjon til å hjelpe" flere brukere. Det understrekes at motivasjonsarbeid tar tid, og det er rimelig å tenke seg at noen av disse situasjonene kunne vært håndtert bedre med litt mer tid til rådighet. Flere

informanter påpeker også at det må være tilstrekkelig ressurser til å kunne tilpasse tjenestene individuelt og til å være fleksibel nok til å tilpasse tjenestene etter vekslende behov.

### **Mangel på kommunale tilbud er viktigst**

Et viktig funn i spørreskjemaundersøkelsen er at langt flere av brukerne som inngår i studien, angis å mangle tilbud fra kommunale tjenester enn fra spesialisthelsetjenesten. Med unntak av tilbud fra DPS ser det også ut til at mangelen på mange av de kommunale tilbudene vurderes som viktigere enn mangelen på tilbud fra spesialisthelsetjenesten. En informant fra DPS og flere fra kommunen argumenterer i intervjuet for å ruste opp kommunene framfor å øke kapasiteten ved DPS. Kanskje en slik tanke bør vurderes nærmere?

### **Prioritering**

Prioritering er helt sentralt, spesielt når ressursene er knappe. I spørreskjemaene stilte vi ingen spørsmål om prioritering. Informantene i intervjuundersøkelsen snakker mye om prioritering. Flere beskriver hard prioritering og alt for lite ressurser til oppfølging i tilknytning til aktivitet, arbeid, kultur- og fritidstilbud. En informant mener at enkelte av deres brukere balanserer helt på kanten av hva som er forsvarlig uten døgnbemannet bolig, men at det har kommunen ikke økonomi til. Alle mener at de dårligste skal prioriteres. Noen tar til orde for å forbeholde det psykiske helsearbeidet for den gruppen som ikke kan nyttiggjøre seg de ordinære tjenestene, og at innsatsen rettes mot "hjelp til å ta imot hjelp".

Funnene i denne undersøkelsen viser tydelig at ansatte som i dag arbeider med psykisk helsearbeid ikke har rom for å utvide målgruppen for arbeidet, for eksempel til også å omfatte mennesker med moderate eller lettere psykiske lidelser.

Oppsummering:

- brukerens funksjonsvansker i dagliglivet er den viktigste faktoren for om tjenesteyter opplever brukeren som ressurskrevende
- rus, utagering og vold har relativt liten betydning for opplevelse av brukerne som ressurskrevende
- tjenestenes hovedutfordring ligger i å yte tilstrekkelig hjelp i hverdagen
- oppfølging er vesentlig for å kunne bo i egen bolig
- meningsfull aktivitet er vesentlig for et godt liv og for deltakelse i samfunnet
- kapasitet og kompetanse angis som vesentlige begrensninger for å kunne gi godt tjenestetilbud til alle

## **8.4 Inkludering**

Et av de overordnede mål for Opptappingsplanen er å bidra til reduksjon av de negative konsekvensene av psykisk lidelse, styrke mulighetene for integrering og dermed redusere farene for utstøting. En rekke studier viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplever seg stigmatisert. Stigmatisering som følge av en psykisk lidelse har alvorlige konsekvenser og kan skape større problemer enn selve lidelsen. I St. prp. nr. 1 (2006-2007) vurderes kampen mot stigmatisering som sentral for å lykkes med å etablere et verdig liv for mennesker med psykiske lidelser.

Både spørreskjemaundersøkelsen og intervjuundersøkelsen tydeliggjør at ansatte ser "deltakelse" som en overordnet verdi. Informantene mener bistand til arbeid, sosialt samvær, meningsfull aktivitet, nettverk, deltakelse i kulturtilbud og fritidsaktiviteter er tiltak som er av stor betydning

for brukenes muligheter for å bli inkludert i lokalsamfunnet og derved viktige tiltak innen psykisk helsearbeid.

Imidlertid avhenger inkludering av mennesker med psykiske lidelser i stor grad av hvordan vi som samfunn stiller oss til slike vansker. Ved å utvide rammen for "det normale" vil en øke sjansen for å inkludere flere i et samfunn som står for forskjellighet. Om den nye integreringspolitikken skal bli vellykket, må vi samtidig reforhandle vår historisk skapte forestilling om galskap og normalitet (se kapittel 7). Her ligger store oppgaver for langt flere aktører enn ansatte i psykisk helsearbeid i kommunene.

Oppsummering:

- deltakelse er en overordnet verdi i psykisk helsearbeid
- arbeid med å motvirke stigmatisering og fremme inkludering er oppgaver for langt flere aktører enn ansatte i psykisk helsearbeid

## 8.5 Rammebetingelser for godt psykisk helsearbeid

### 8.5.1 Organisering

Organisering av psykisk helsearbeid i en enhet får høyere skåre enn de andre organisasjonsmodellene i spørreskjemaundersøkelsen, og flere fritekstkommentarer understreker viktigheten av slik organisering. Med erfaringer fra Bergen kommune argumenterer Pedersen for en slik organisering (Pedersen 2004 B). At alle de ti kommunene som inngår i intervjuundersøkelsen har psykisk helsearbeid organisering i en enhet, kan være tilfeldig, men det kan også ha sammenheng med at slik organisering er hensiktsmessig for å arbeide godt på feltet. Både Almvik og Lemvik åpner imidlertid for at ulike måter å organisere det psykiske helsearbeidet kan fungere godt (Almvik 2006, Lemvik 2006).

Informantene fremhever organisering i en enhet som helt nødvendig for å utvikle og synliggjøre det psykiske helsearbeidet og skape gode muligheter for kunnskapsutvikling på feltet. Som uheldig konsekvenser av organisering i en enhet påpekes at det kunstige skillet mellom somatiske og psykiske lidelser skjerpes, og at det vanskeliggjør alminneliggjøring av psykiske lidelser. Myrvolds undersøkelse viser at en litt høyere andel av kommunen har egen enhet for psykisk helsearbeid i 2005 enn i 2002 (Myrvold 2006). Samorganisering av psykisk helsearbeid og rusarbeid anbefales av mange informanter, og flere understreker at ansatte som arbeider i ambulante tjenester, i boliger og i dag- eller aktivitetssentre bør organiseres i samme enhet.

### Tildeling av tjenester

I spørreskjemaundersøkelsen angir de fleste kommuner at de tildeler tjenester innen psykisk helsearbeid gjennom enkeltvedtak, og de fleste av dem er fornøyd med denne ordningen. Blant de ti kommunene i intervjuundersøkelsen er det flere der enhet for psykisk helse selv prioriterer og tildeler tjenester. Noen informanter fremhever dette som en betingelse for god ressursutnyttelse og understreker at juridiske krav til saksbehandling og dokumentasjon ivaretas. En påpeker at det er lettere å tilpasse tjenestene til varierende behov og uforutsette hendelser når enheten prioriterer selv. I flere kommuner der tjenester tildeles gjennom enkeltvedtak, forteller informantene at vedtakene utformes i tett samarbeid mellom den som fatter vedtaket og den som utfører tjenesten, og at tjenesteutøvers vurdering tillegges stor vekt. Det kan se ut til at den utbredte pragmatismen i gjennomføringen av ordningen får den til å fungere rimelig bra i praksis.

### **Bestiller - utfører - organisering**

To kommuner har bestiller - utførerorganisering. En informant fra den ene er svært kritisk og jobber med å skjerme psykisk helse fra å innlemmes i ordningen. Informanter fra den andre kommunen ser både fordeler og ulemper. Fordelen er først og fremst at utfører slipper presset fra spesialisthelsetjenesten om å overta oppgaver, ulempen er de mister oversikten over og innflytelsen på utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunen, for eksempel prioritering, fagutvikling, plan- og utviklingsarbeid. Det gjør det for eksempel vanskelig å evaluere og lære av praksis. Informantene er enige om at ordningen har økt byråkratiseringen betydelig. Flere er kritiske til bestiller-utførerorganisering (Vabø 2002, Hammerstad 2006). Vabøs studier viser at ansatte som er i nær kontakt med brukere opplever at en slik tenkning ikke harmonerer med deres opplevelse av arbeidet i praksis.

### **Moderne styringsmetoder er uegnet for psykisk helsearbeid**

Det fremgår av både spørreskjemastudien og intervjustudien at informanter i denne undersøkelsen ser innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten som et direkte hinder for godt samarbeid fordi det påvirker spesialistenes prioritering. Innsatsstyrt finansiering av psykisk helsearbeid i kommunen var lite aktuelt i praksis, men for enkelte var det et skrekksenario fordi det betinger at arbeidet stykkes opp i biter som defineres ut fra tidsramme og pris. Dette er vanskelig kombinerbart med det spesifikke i psykisk helsearbeid, nemlig helhet, samordning, samarbeid, fleksibilitet og kontinuitet.

Mange var inne på at moderne styringsmetoder er spesielt uegnet for psykisk helsearbeid. Helse- og omsorgsdepartementet er oppmerksom på dette og skriver i Nasjonal helseplan: "Ansattes organisasjoner melder om en opplevelse av fremmedgjøring når språk fra næringslivet i økende grad benyttes i sektoren."

Oppsummering:

- organisering av psykisk helsearbeid i en enhet synliggjør det psykiske helsearbeidet og skaper gode betingelser for fag- og kompetanseutvikling
- moderne styringssystemer som bestiller-utførerorganisering og innsatsstyrt finansiering harmonerer dårlig med det spesifikke ved psykisk helsearbeid – helhet, samordning, samarbeid, fleksibilitet og kontinuitet

## **8.5.2 Ledelse og styring**

I spørreskjema peker flere på at god ledelse er viktig for det psykiske helsearbeidet. Forutsetningen for å sikre arbeidet tilstrekkelige rammebetingelser, er at lederen forstår for hva arbeidet innebærer og det særegne ved psykisk helsearbeid som virksomhet. Det trengs forståelse for at tjenesten må ha tid og rom til fagutvikling, til utvikling av relasjonskompetanse og til refleksjon og ettertanke. Psykisk helsearbeid er et ensomt arbeid, det kan være et svært belastende, og det må finnes noen å dele med og stå sammen med i tøffe situasjoner eller når man blir avvist gang på gang. Det vektlegges at arbeidet også må forankres i øverste ledelse i kommunen.

Studien indikerer at forankring i ledelsen og en organisering som understøtter det særegne ved dette arbeidet, er viktige elementer. Det mangler imidlertid kunnskap om hva som er optimal organisering og ledelse for å ivareta kvaliteten på tjenesteutøvingen. Ramsdal påpeker utfordringer i organisering og samordning av psykisk helsearbeid i kommunen og påpeker bl.a. "at kjennetegn ved psykisk helsearbeid ikke er "kompatible" med de prinsippene modernisering av offentlig virksomhet innebærer" (Ramsdal 2004).

### **Rapportering**

I studien etterlyser ansatte gode metoder for å dokumentere og synliggjøre det psykiske helsearbeidet. Så langt er det ikke utviklet gode registreringsverktøy, og informantene er opptatt av at rapportering og dokumentasjon må være hensiktsmessig og rasjonell. Slik det er i dag opplever de ekstreme krav til rapportering og dokumentering, men de synes ofte at deres arbeid, i alle fall det spesifikke i deres arbeid, fanges dårlig opp. Mange sier at melding og rapportering nå tar så mye tid at det i stor grad går utover fagarbeidet.

#### Oppsummering:

- psykiske helsearbeid må forankres i ledelsen
- kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid må fange det vesentlig i arbeidet og ikke være for omfattende

### **8.5.3 Samarbeid og samordning i kommunen**

#### **Tverrfaglig samarbeid en forutsetning**

Av spørreskjemaundersøkelsen fremgår at brukerne i denne studien har mange ulike tjenester, og det betyr at det må foregå et utstrakt samarbeid innen kommunen. Resultatene tyder på at samarbeidet kan oppleves som uproblematisk, men flere kommentarer handler om utfordringer i "på jobbe likt", koordinere tilbudene, utvikle det tverrfaglige samarbeidet og skape trygghet i tjenestene. Viktigheten av tverrfaglig tenkning og - arbeid understrekes, og tverrfaglig bemanning i enhet for psykisk helsearbeid angis som en forutsetning for å få dette til på en god måte. Alle de ti kommunene i delstudie II har tverrfaglig bemanning i sin enhet for psykisk helsearbeid. Mange sier at utviklingen av det tverrfaglige arbeidet til tider har vært utfordrende, men at det per i dag fungerer godt.

#### **Utfordringer i samhandling med andre tjenester**

Informanter fra alle kommunene i delstudie II forteller om utfordringer i samarbeidet med andre tjenester. For voksne brukere, som er hovedgruppen i denne studien, er samarbeidet med hjemmetjenesten sentralt. Mange informanter forteller om samhandlingsvansker med hjemmetjenesten. En viktig årsaksfaktor angis å være utrygghet i hjemmetjenesten. Utrygghet i forhold til brukere med alvorlige psykiske vansker finnes også i andre kommunale tjenester. Informantene forteller at veiledning og undervisning for å øke kompetansen i personellgruppen har vist seg nyttig, men at de har gjort det for lite. Mer kunnskap vil generelt gi økt trygghet i møte med annerledeshet, uro, eller aggresjon/vold. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten (DPS eller akuttpost) om slik undervisning og veiledning vil bidra til å sikre tilstrekkelig kompetanse i de kommunale tjenestene.

Ett annet viktig hinder for godt samarbeid med hjemmetjenesten ser ut til å være ulik forståelse av hva det psykiske helsearbeidet skal være, hvordan det skal jobbes og hvem som skal være målgruppen. Det handler om ulike tidsperspektiver og ulikt tempo i arbeidet. "De måler arbeidet i minutter, vi i måneder", sier en informant fra kommunen. Slike ulikheter må tematiseres før samarbeidet kan lykkes.

I intervjuundersøkelsen trekkes organiseringen i egne resultatenheter med eget budsjettansvar fram som utfordrende for samarbeid mellom ulike enheter. Slikt samarbeid koster penger. Det ser ut til at samlokalisering og geografisk nærhet er faktorer som fremmer samarbeidet.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at de aller fleste brukerne har kontakt med fastlegen. I intervjuene forteller informantene om svært ulike erfaringer med dette samarbeidet. Noen leger er aktive samarbeidspartnere, andre har de kommunalt ansatte ikke kontakt med. Dette samsvarer med andre studier.

Oppsummering:

- tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid sikres ved tverrfaglig bemanning i enhet for psykisk helse
- i små kommuner er samarbeidsteam en alternativ mulighet
- samarbeid med andre enheter er en utfordring. Kommunal organisering og styring må fremme slik samarbeid, også samarbeidet med fastlegene

## **8.6 Samtidighet og felles ansvar i samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten**

### **Mye er bra og noe mangler i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten**

Informantene i denne studien slår fast at godt psykisk helsearbeid er avhengig av godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. I spørreskjemaundersøkelsen angir tjenesteutøverne at de har opplevd samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om disse konkrete brukerne som over middels godt, og det er noen flere som er godt fornøyd enn som er dårlig fornøyd.

Likevel har mange i spørreskjemaundersøkelsen påpekt mangler i samarbeidet. De savner mer kompetanse i spesialisthelsetjenesten, først og fremst ved DPS, mer kapasitet og bedre tilgjengelighet. De synes det er for lite samarbeid om utskriving og videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, og de er noen ganger uenige når DPS nedprioriterer de dårligste brukerne. Mange etterlyser bedre samarbeid om de mest ressurskrevende brukerne, særlig der ansatte har samhandlingsvansker med brukeren og med hverandre. Det savnes utadrettet virksomhet som ambulerende team, og det etterlyses veiledning. I en studie av kommunenes vurdering av DPS-tilbud er kommunalt ansatte minst fornøyd med viljen til å ta vanskelige saker (Ruud 2006).

### **Samtidighet og felles ansvar**

I intervjustudien kan alle informantene fra kommunen fortelle om godt samarbeid med hele eller deler av spesialisthelsetjenesten. For tre kommuner suppleres informasjonen fra samarbeidende aktører, tre ved DPS og en ved sykehus. De karakteriserer også samarbeidet med vedkommende kommune som godt. Alle informantene, både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, løfter fram samtidighet og felles ansvar som nøkkelbetingelse for samarbeidet. Brukerne trenger tjenester fra begge nivåer samtidig og over tid. Dette er helt i tråd med offentlig tenkning på området: "Tidligere definerte "gråsoner" i tjenesteapparatet må i framtiden i større grad være områder for fellesløsninger mellom kommuner og helseforetak" (St.prp. nr 1 (2006-2007)).

### **Likeverd og respekt**

Andre nøkkelord er likeverd og respekt. Tjenesteyterne i kommunen etterlyser i spørreskjemaene mer respekt for kommunalt psykisk helsearbeid fra spesialisthelsetjenesten. De savner et nytt språk i den gode dialogen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, der psykisk helsearbeid anerkjennes som gyldig kunnskap. Andre studier beskriver liknende erfaringer (Steihaug 2006, Grut 2007). Informantene i delstudie II beskriver nettopp samtidighet og felles ansvar som metode for å utvikle likeverd og respekt. Når fagfolk fra de to tjenestene jobber sammen i praksis over tid,



blir de kjent med hverandre, lærer om hverandres arbeid og utvikler gjensidig respekt. Informanter fra spesialisthelsetjenesten sier at de har lært mye om kompleksiteten og mangfoldet i den kommunale virkeligheten. Slikt samarbeid medfører en felles fagutvikling med kunnskapsflyt begge veier. Det setter også veiledning i et nytt lys - kanskje kan det være hensiktsmessig å tenke gjensidighet i veiledning med et veiledningsansvar begge veier?

De ti kommunene i delstudie II er valgt ut fra at de gjør et godt arbeid for brukere med alvorlige psykiske lidelser. Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan være en nøkkelfaktor.

### **Utfordringer i samarbeidet**

Det ser ikke ut til at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten generelt bedres. I følge Myrvold rapporterer norske kommuner ikke om mer formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten i 2005 enn i 2002, og flere kommuner trekker fram samarbeidsproblemer med spesialisthelsetjenesten som en viktig hindring for arbeidet med å implementere

Opptrappingsplanen for psykisk helse (Myrvold 2006). En samarbeidsutfordring som ofte trekkes fram i denne studien, er ulike prioriteringer i de to tjenestene. Kommunalt ansatte opplever noen ganger å bli sittende med eneansvaret for de aller dårligste brukerne fordi DPS mener brukerne ikke kan nyttiggjøre seg behandlingen de kan tilby, og fordi sykehuset mener at brukerne ikke er syke nok til å bli innlagt eller at de ikke vil ha noen nytte av et sykehusopphold.

Flere informanter påpeker at myndighetenes krav til DPS om økt effektivitet i form av antall avsluttede behandlinger også bidrar til en slik prioritering. Spesialisthelsetjenestens representanter beskriver hvordan de må kjempe mot disse kravene for å kunne følge opp de dårligste brukerne i kommunene etter utskrivning; både kontakt med brukerne og veiledning av personalet.

### **Samarbeidsavtaler**

Informantene mener det er viktig med samarbeidsavtaler, men at slike ikke en noen garanti for godt samarbeid. "Helse- og omsorgsdepartementet har meddelt helseforetakene om at det i 2005 skal foreligge avtaler mellom det lokale DPS og kommunene i opptaksområdet. Det understrekes at det lokale DPS og kommunene skal være likeverdige parter i denne avtaleinngåelsen" (IS-1/2007). Flere fremhever at det bør være en overordnet samarbeidsavtale på ledernivå og at denne bør utdypes med mer detaljerte beskrivelser, spesielt for samarbeidet om brukerne som oppleves særlig ressurskrevende.

Viktige faktorer for godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten:

- samtidighet og felles ansvar
- likeverd og respekt
- strukturerte og gode organisatoriske rammebetingelser, inkludert samarbeidsavtaler

## **8.7 Ildsjeler**

I intervjuene formidles mye engasjement, entusiasme og idealisme, både hos ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Folk er svært opptatt av brukerne, de tror på det de driver med og opplever åpenbart arbeidet som meningsfullt. Mange har arbeidet svært lenge i feltet, i kommunen, i spesialisthelsetjenesten og i psykisk helsefeltet. Mange har kjempet mange kamper for brukerne og for det psykiske helsearbeidet. De beskriver utfordringer i forhold til økonomi, forståelse for fagfeltet, organisering osv. De beskriver det psykiske helsearbeidet som belastende, men ingen fremstår som utslitt eller oppgitt. De kommuneansatte i denne undersøkelsen representerer kommuner som arbeider godt på feltet; kommuner som har greid å etablere et godt psykisk helsearbeid tross utfordringer. Disse ansatte er folk som har overlevd godt i et krevende

arbeid. Det betyr at det er god grunn til å ta deres erfaringer og vurderinger alvorlig og lære av dem i videreutvikling av feltet.

- det er viktig å identifisere, ta vare på og lære av ildsjeler

## **8.8 Store og små kommuner**

Små kommuner er underrepresentert i studien, og man kan tenke seg at deres særtrekk ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet. Flere kommentarer i spørreskjemaundersøkelsen handler om vansker med å rekruttere og beholde fagfolk i små kommuner, at fagmiljøene blir for små og fagutøverne ensomme. Dette er i tråd med Myrvolds undersøkelse (Myrvold 2006). En liten kommune i delstudie II kompenseres med interkommunalt faglig samarbeid i regi av DPS. En annen finner interkommunalt samarbeid vanskelig pga store avstander og har utviklet et sterkt tverrfaglig nettverk på tvers av tjenestene innen kommunen. Dette gir faglig støtte og fleksibilitet i tjenesteutøvingen. I små kommuner ser ansatte i psykisk helse stort sett ut til å ha bedre samarbeid med andre tjenester enn i større kommuner og angir små forhold, kjennskap og geografisk nærhet som forklaring. Myrvold konkluderer i sin undersøkelse med at samarbeidsrelasjonene vurderes bedre i små enn større kommuner, men at forskjellene er mindre i 2005 enn i 2002 (Myrvold 2006).

## **8.9 De særlig ressurskrevende brukerne - en oppgave for kommunen?**

### **8.9.1 Kommunene har tatt ansvar**

Ut fra tjenesteutøvernes vurdering får 49 prosent av brukerne et tilfredsstillende tilbud i dag, mens 47 prosent ikke får det. Det ser ut til at kommunene greier å gi de fleste brukerne et rimelig tilfredsstillende basistilbud, men de vurderer tilbudet til kun halvparten av gruppen som tilfredsstillende eller svært tilfredsstillende.

Resultatene indikerer at kommunene har tatt ansvar for de brukerne som per i dag bosatt i kommunen. Ansatte ser det tydeligvis som sin oppgave å utvikle tjenestetilbud til gruppen, men de påpeker at det betinger samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Av kommentarer i spørreskjemaundersøkelsen ser det ut til at tjenesteutøverne mener de kunne gi de aller fleste brukerne et tilfredsstillende tilbud hvis de hadde nok ressurser, tilstrekkelig kompetanse og optimalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. At langt flere brukere angis å mangle tjenester fra kommunen enn fra spesialisthelsetjenesten, tyder på at det er kommunale tjenester brukerne først og fremst trenger. Med unntak av tilbud fra DPS vurderes også mangelen på kommunale tjenester som viktigere enn mangelen på tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Tjenesteutøverne vurderer kun et fåtall brukere til å ha behov for et tilbud i spesialisthelsetjenesten over lang tid, eventuelt livet ut. Det dreier seg om kanskje 2 - 3, maksimalt 4 brukere til sammen i de 67 kommunene som inngår i studien.

Studien omfatter kun 29 eldre brukere, og resultatene for denne gruppen er derfor beheftet med stor usikkerhet. Imidlertid er forskjellene mellom tjenestetilbudet til voksne og eldre svært store til tross for at eldre også oppleves temmelig ressurskrevende. Dette fremstår som uforklarlig og bør studeres nærmere.

## 8.9.2 Skal alle ha et tilbud i kommunen?

I intervjuundersøkelsen forteller informantene om brukere som venter på et tilbud i kommunen. Ofte dreier tilbudene seg om døgnbemannede boliger, og flere forteller at slike er under bygging og utflytting planlagt. Andre brukere ser kommunen seg ikke i stand til å etablere et tilstrekkelig tilbud til; noen er inneliggende i spesialisthelsetjenesten, andre kjøpes det tilbud til, privat eller ved helseforetaket.

De fleste informantene mener at det alltid vil finnes noen brukere som kommunen av ulike grunner ikke kan etablere et godt nok tilbud til, og informanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten gjør temmelig like vurderinger. En fra spesialisthelsetjenesten understreker at betingelsen for at folk skal flytte ut i kommunen, må være et de vil få et bedre tilbud der enn de allerede har.

Informanter fra fire kommuner gir et anslag over hvor mange brukere i deres kommune de mener kommunen ikke kan greie å gi et tilstrekkelig tjenestetilbud. Ut fra disse tallene anslås dette til å gjelde et sted mellom 200 og 1200 brukere på landsbasis. Anslagene er meget usikre.

### Mulige løsninger

Informantene i delstudie II mener at en mulighet for noen brukere kan være at det opprettes bofellesskap med kompetent personale og høy bemanningsfaktor - institusjonsliknende enheter. De fleste mener at disse bør ligge ved eller i tilslutning til DPS og bemannes med fagfolk fra begge nivåer. Flere informanter understreker at den kommunale kompetansen er avgjørende fordi brukeren skal leve sitt liv her i lengre tid, kanskje hele livet, og at oppmerksomheten i arbeidet da må rettes mot "et godt liv" - kjernekompetanse i kommunalt psykisk helsearbeid.

Det bør foregå en kontinuerlig vurdering av brukenes muligheter for å flytte ut i kommunene. Opprettelsen av bofellesskapene foreslås gjennomført i et praktisk og økonomisk samarbeid mellom kommunen, gjerne flere, og helseforetaket. Flere understreker at det er uinteressant hvem som driver bofellesskapene bare de er gode.

På Sosial- og helsedirektoratets nettside er lagt ut en lenke til Bergen kommunes nettside der det finnes informasjon om gode erfaringer med samarbeid mellom helseforetak og kommunen om boligtilbud til brukere som oppleves særlig ressurskrevende:

[http://www.shdir.no/psykisk/for\\_kommunen/samhandling/eksempler/](http://www.shdir.no/psykisk/for_kommunen/samhandling/eksempler/)

### Oppsummering:

- det er neppe mulig å etablere tilstrekkelig gode tilbud til alle brukere i kommunen
- bofellesskap som drives i samarbeid mellom kommunen(e) og helseforetaket kan være gode løsninger
- bofellesskapene kan ligge nær eller i tilslutning til DPS
- kompetanse fra psykisk helsearbeid i kommunen er nødvendig
- det finnes erfaringer fra samarbeid mellom kommuner og mellom kommune(r) og helseforetak om slike prosjekter.



## 9 Referanser

### Offentlige dokumenter

Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene; tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003

Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenester på strekk - sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005

NOU 2005:3, Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.

Sosial- og helsedepartementet. St.prp.nr. 63 (1997-1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

Sosial- og helsedepartementet. St.prp.nr.1 (2005-2006). For budsjetterterminen 2006.

Sosial- og helsedepartementet St.prp.nr 1 (2006-2007). For budsjetterterminen 2007.

Sosial- og helsedirektoratet. Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332, 2005

Sosial- og helsedirektoratet. IS-1/2007 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2007.

### Litteratur

Almvik A, Borge L (red). Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.

Astvik W. Svåra möten i omsorgsarbete. Arbetslivsinstitutet 2002:17.

Bergem R, Ekeland T-J. Menneske med psykiske lidinger i små samfunn. Tidsskrift for Velferdsforskning 2004; 7: (2): 64-77.

Borg M, Topor A. Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget, 2003.

Deegan P. Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal 1996; 19 (3): 91-97.

Deegan PE. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. Social Work in Health Care 1997; 25 (3): 11-24.

Ekeland T-J. Den terapeutiske samtalen. Om vitenskapsteoretiske dilemma i behandlingsforskning. Foredrag på Skjervheimseminaret, 14. – 16. september 2001.

- Grimen H. Dei beste tilgjengelege forklåringane. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3741-2.
- Grut L. Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid. Rapport STF A 1207, SINTEF Helse, mars 2007.
- Hammerstad PE. Psykisk helsearbeid i en ny tid. Opptrappingen av psykisk helse faller samtidig med moderniseringen av offentlig sektor. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2006, nr. 4: 320-9.
- Hansen ILS. Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. En brukerstudie. Fafo-rapport 519, 2006.
- Hansen ILS, Ytrehus S. Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser. Fafo-rapport 494, 2005.
- Hartmann E, Axelsen ED, Virksomme faktorer i psykoterapi. I: Axelsen ED, Hartmann E (red). Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo: Cappelen Akademisk forlag, 1999.
- Heskestad S. Å være rose blant prestekragar. Oppfatning om integrering av menneske med psykiske lidinger. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Master of public health Uppsats MPH 2004:2.
- Hofset C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Rapport STF 78 A033501. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2003.
- Holm A. Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte. En studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse. SINTEF Byggforsk. Prosjektrapport 398, 2006.
- Hvas AC, Thesen J. At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv. Ugeskr Læger 2002; 164/46: 5361-5.
- Kalseth B, Midttun L, Paulsen B, Nygård L. Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
- Kogstad R. Vendepunkthistorier – Byggesteiner i bedringsprosessen. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (4): 41-48.
- Langørgen, A., Galloway, T. A. og Aaberge, R. (2006): Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2003.
- Lemvik B. Å skape gode livsvilkår. Psykisk helsearbeid i kommunen. Oslo: Kommuneforlaget, 2006.
- Lorem G. 2006. Samspill i psykisk helsearbeid. Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Løken KH. Sterk som en bjønn og lita som en teskje. Ergoterapeuten 2004, nr. 4: 22-9.
- Miller WL, Crabtree BF. Clinical research. A multimethod typology and qualitative roadmap. I Crabtree BF, Miller WL (ed.) Doing Qualitative Research. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999: 20-4.

Myrvold TM. Tilbudet til mennesker med psykiske problemer: kommunens arbeid med integrering og koordinering. Oslo: NIBR-rapport 2004: 12.

Myrvold TM. Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005. NIBR-rapport 2006: 11, 2006

Norvoll R. Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. Doktoravhandling. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, 2007.

Pedersen A. Mot "recovery" i praksis? Erfaringer fra Bergen. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004, nr. 4: 50-63. A.

Pedersen A. Et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer - Kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004, nr. 2: 73-6. B.

Ramsdal H. Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet - noen organisasjonsteoretiske perspektiver. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004, nr. 2: 5-15.

Romøren TI. Del II - NOVAs rapport i Helsetilsynet 2003. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene; tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn.

Ruud T. Kommunenes vurdering av distriktpsykiatriske tilbud. Rapport SINTEF A259, SINTEF Helse, september 2006.

Schibbye A-LL. En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familier. Oslo: Universitetsforlaget 2002. S. 233-264.

Sommerschild H. Mestring som styrende begrep. I : Gjærum B, Grøholt B, Sommerschild H (red.) Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.

Steihaug S, Almklov A, Hatling H, Fossan B, Kalseth J. Etterprøving av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. Rapport A 196, SINTEF Helse og NORAUDIT, juni 2006.

Svenaesus F. Fenomenologiska perspektiv på hälsa och sjukdom. Läkartidningen 2002: 99: 540 – 4.

Svenaesus F. Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutikk. Stockholm: Natur och Kultur, 2003.

Vetlsen AJ. Det frie mennesket? Et sosialfilosofisk blikk på patologiene i opsjonssamfunnet. I: Nafstad HE (red.), Bastiansen A, Blakar RM, Huneide K, Klemsdal L, Vetlesen JA. Det omsorgsfulle mennesket. Et psykologisk alternativ. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2004.

Ådnanes M, Hatling T Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse. Rapportnr. STF78 A055023, 2005.





## **10 Vedlegg**

- Vedlegg 1: Skjema 1: Ressurskrevende brukere med psykiske lidelser i kommunen
- Vedlegg 2: Skjema 2. Kartlegging av ressurskrevende bruker
- Vedlegg 3: Til ansvarlig for det psykiske helsearbeidet i kommunen



## Skjema 1: Ressurskrevende brukere med psykiske lidelser i kommunen

Fylles ut av leder eller annen fagperson.

### OM KOMMUNEN

#### 1. Helseregion

Nord       Midt       Vest       Øst       Sør

#### 2. Kommunestørrelse (1000 innbyggere)

under 2       2-5       5- 10       10-20       20-50       over 50

#### 3. Organisering av psykisk helsearbeid i kommunen (sett kryss)

Egen enhet psykisk helsearbeid barn, unge og voksne

Egen enhet psykisk helsearbeid barn og unge

Egen enhet psykisk helsearbeid voksne

Psykisk helsearbeid *helt* integrert i andre tjenester  
I tilfelle integrert i hvilke(n) tjeneste(r)?

.....

.....

Psykisk helsearbeid integrert i andre tjenester, men med en fagenhet eller koordinerende enhet  
I tilfelle integrert i hvilke(n) tjeneste(r)?

.....

.....

Annen organisering: spesifiser: .....

#### 4. Er denne organiseringen hensiktsmessig for ressurskrevende brukere med psykiske lidelser?

<i>ikke hensikts- messig</i>					<i>svært hensikts- messig</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

#### 5. Er kommunen organisert etter en bestiller-utfører-modell?

*delvis*    *ja*    *nei*

      

#### 6. Tildeles psykisk helsearbeid gjennom enkeltvedtak etter forvaltningsloven?

	<i>ja</i>	<i>nei</i>
For barn (under 18 år):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For voksne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 7. Er det hensiktsmessig å tildele tjenester innen psykisk helse gjennom enkeltvedtak for ressurskrevende brukere med psykiske lidelser?

<i>ikke hensikts- messig</i>					<i>svært hensikts- messig</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

**RESSURSKREVENDE BRUKERE MED PSYKISKE LIDELSER I KOMMUNEN**

**8. Omtrent hvor mange mennesker mottar per i dag kommunale pleie- og omsorgstjenester på grunn av sin psykiske lidelse, inkludert tjenester fra eventuelle egne enheter for psykisk helsearbeid?**

Antall: .....

**9. Hvor mange av disse brukerne oppleves av tjenestene som ressurskrevende?**

(Legg vekt på tjenestenes opplevelse av at de er ressurskrevende, ikke en bestemt definisjon)

Antall: .....

**10. Ressurskrevende brukere fordelt på aldersgrupper (*antall*)**

.....0-18 år      .....18-30 år      ..... 30-50 år      ..... 50-67 år      ..... over 67 år

**I hvilken grad er ressurskrevende brukere med psykiske lidelser et problem for kommunen?**

	<i>ikke noe problem</i>				<i>stort problem</i>
<b>11. Barn (under 18 år)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
	<i>ikke noe problem</i>				<i>stort problem</i>
<b>12. Voksne</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**HVILKE FAKTORER BIDRAR TIL AT BRUKERE OPPLEVES RESSURSKREVENDE?**

I det følgende er vi ikke opptatt av enkeltbrukere, men ønsker en samlet vurdering av gruppen ressurskrevende brukere.

**Hvilke kjennetegn ved brukerne bidrar til at de oppleveres som ressurskrevende?**

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
<b>13. Funksjonsproblemer i daglige gjøremål</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>14. Personlige vansker som angst, depresjon, tristhet, "stemmer", osv</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>15. Samhandlingsvansker med tilbaketrekning, avvisning, mistenksomhet og lignende?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>16. Samhandlingsvansker med sinne, uro, trusler, eventuelt vold og lignende?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>17. Problemer i brukernes familie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>18. Rusmiddelmisbruk</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>19. Psykisk utviklingshemming</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>20. Boligproblem</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>21. Økonomiske problemer</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
<b>22. Annet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Spesifiser: .....

Hvilke kjennetegn ved tjenestebehovet bidrar til at brukere oppleves som ressurskrevende?

23. Brukerens behov for mye tjenester (volum) *ikke viktig*  1    2    3    4    5 *svært viktig*

Hvis mye tjenester anses som viktig (4 eller 5 på spm. 23), hvor viktige er da de ulike faktorene:

24. Behov for flere ulike tjenester *ikke viktig*  1    2    3    4    5 *svært viktig*

25. Behov for hjelp ofte  1    2    3    4    5

26. Flere hjelpere må bistå samtidig  1    2    3    4    5

27. Behov for bistand kveld/ natt/ helg  1    2    3    4    5

28. Brukerens behov for spesiell kompetanse  1    2    3    4    5

I tilfelle hva slags kompetanse: .....

29. Brukerens behov for samordning av tjenester (koordinering, organisering) *ikke viktig*  1    2    3    4    5 *svært viktig*

30. Brukerens behov for spesialistkompetanse (samarbeid med spesialisthelsetjenesten)  1    2    3    4    5

31. Annet  1    2    3    4    5

Spesifiser:

## DAGENS TJENESTETILBUD TIL DE RESSURSKREVENDE BRUKERNE

Hvor mange av deres opplevd ressurskrevende brukere (spørsmål 9 og 10) mener dere får et tilfredsstillende tjenestetilbud per i dag?

32. Barn (under 18 år): *ingen*    *en god del*    *halv parten*    *mange*    *alle*

Angi evt. antall isteden: .....

33. Voksne: *ingen*    *en god del*    *halv parten*    *mange*    *alle*

Angi evt. antall isteden: .....

**HVOR VIKTIG ER FØLGENDE FAKTORER FOR Å GI ET GODT TILBUD TIL DISSE BRUKERNE?**
**Kapasitet og organisering**

- |  |                               |                               |                               |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|  | <i>ikke viktig</i>            |                               |                               |                               | <i>svært viktig</i>           |
| <b>34. Kapasitet i kommunale tjenester</b>   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>35. Hensiktsmessig organisering (plassering) av det psykiske helsearbeidet i kommunen</b> | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |

Hvis viktig (4 eller 5 på spm. 35), spesifiser: .....

- |   |                               |                               |                               |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>36. Hensiktsmessig organisering innen psykisk helsearbeid/ helsetjeneste</b> | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

Hvis viktig (4 eller 5 på spm. 36), spesifiser: .....

**Kunnskap og kompetanse**

- |  |                               |                               |                               |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>37. Fagkunnskap i personellgruppen</b>                    | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>38. Ansattes relasjonskompetanse i forhold til bruker</b> | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>39. Trygghet i personellgruppen</b>                       | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>40. Oppfølging av og forståelse hos ledere</b>            | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>41. Emosjonell støtte for hjelperne i daglig arbeid</b>   | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>42. Fast avtalt veiledning</b>                            | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>43. Fast internundervisning</b>                           | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |

**Brukermedvirkning**

- |   |                               |                               |                               |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>44. Brukermedvirkning på individnivå</b>           | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>45. Brukermedvirkning på tjenestenivå</b>          | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |
| <b>46. Brukermedvirkning på system/ politisk nivå</b> | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2 | <input type="checkbox"/><br>3 | <input type="checkbox"/><br>4 | <input type="checkbox"/><br>5 |

**Samarbeid**



47. Godt tverrfaglig samarbeid intern i kommunen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

48. Godt samarbeid med fastlegen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

*ikke viktig* *svært viktig*

49. Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

**Spesialisthelsetjenesten**

50. Kapasitet i spesialisthelsetjenesten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

51. Kompetanse i spesialisthelsetjenesten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

52. Veiledning/ undervisning fra spesialisthelsetjenesten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

**Ressursutnyttelse**

53. Riktig bruk av ressursene som finnes i kommunen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

54. Riktig bruk av ressursene som finnes i spesialisthelsetjenesten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

**Omsorgsnivå**

55. Hvor mange av deres ressurskrevende brukere (spørsmål 9) får tilbud i spesialisthelsetjenesten, men burde hatt tilbud i kommunen?

Antall: .....

56. Hvor mange av deres ressurskrevende brukere (spørsmål 9) får tilbud i kommunen, men burde hatt tilbud i spesialisthelsetjenesten?

Antall: .....

57. Her ønsker vi utfyllende kommentarer om hva dere mener er viktig for å få til et godt tilbud til ressurskrevende brukere med psykiske lidelser (barn, unge og voksne):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Takk for at du fylte ut skjemaet!***

***Dette skjemaet returneres sammen med skjema 2 til SINTEF Helse i  
vedlagte svarkonvolutt så snart som mulig og senest  
17. november 2006.***



## Skjema 2

### Kartlegging av ressurskrevende brukere

På vegne av Kommunenes Sentralforbund (KS) gjennomfører SINTEF Helse denne høsten en kartleggingsundersøkelse av brukere med psykiske lidelser som oppleves som særlig ressurskrevende. Undersøkelsen gjennomføres i 130 tilfeldig utvalgte norske kommuner. Bakgrunnen for undersøkelsen er det økte ansvaret som kommunene de senere år har fått for mennesker med psykiske lidelser. KS ønsker kunnskap om brukere som kommunene opplever som ressurskrevende, hvem og hvor mange disse brukerne er og kompleksiteten i tjenestebehovet. Videre ønsker de kunnskap om gode modeller for organisering av arbeidet med ressurskrevende brukere slik at kommunene kan ivareta dem på en god måte.

Utgangspunktet for denne studien er at mennesket har ukrenkelig egenverd og at alle har krav på respekt uavhengig av ytre forhold som selvhjulpenhet eller hjelpebehov. Ressurskrevende er et vanskelig begrep. Med ressurskrevende mener vi her brukere som har det til felles at de trenger noe ekstra ut over den vanlige oppfølgingen. Det legges vekt på tjenestenes opplevelse av brukeren som ressurskrevende, ikke en bestemt definisjon.

Undersøkelsen er tredelt:

- 1) En generell beskrivelse av kommunens psykiske helsearbeid for ressurskrevende brukere (skjema 1). Fylles ut av en leder eller annen fagperson.
- 2) Kartlegging av inntil 10 ressurskrevende brukere i hver kommune (skjema 2). Skjemat fylles ut av tjenesteutøvere i kommunen som kjenner brukerne godt.
- 3) Fokusgruppeintervju med tjenesteutøvere i utvalgte kommuner. Resultatene av spørreskjemaundersøkelsene vil danne utgangspunkt for fokusgruppeintervjuene, og målsetningen er å utvikle de gode modellene.

### Kartleggingsundersøkelsen (skjema 2)

*Vi ber dere fylle ut dette spørreskjemaet for inntil 10 brukere med psykiske lidelser (alle aldersgrupper) som de kommunale tjenestene opplever som de mest ressurskrevende. Det skal fylles ut ett skjema for hver bruker. I skjemaet etterspør vi opplysninger om kommunens psykiske helsearbeid for denne konkrete brukeren, og det bør derfor fylles ut av tjenesteutøvere som kjenner brukerne godt. I kommuner der færre enn 10 brukere oppleves ressurskrevende, registreres alle disse. Hvis ingen bruker oppleves som ressurskrevende, angis det på skjema 1.*

Kunnskapsmangelen er stor på dette området, og vi håper dere vil ta dere tid til å fylle ut spørreskjemaene. Resultatene av undersøkelsen sammenfattes i en rapport som gjøres tilgjengelig for kommunene ved at den kan lastes ned fra SINTEFs og KSs hjemmeside fra slutten av mars 07.

**Alle skjemaer returneres til leder som sender dem samlet til SINTEF Helse innen 17. nov.**

På forhånd tusen takk for hjelpen! Ta gjerne kontakt hvis noe er uklart.

Vennlig hilsen

Sissel Steihaug, prosjektleder .

Telefon: 95 24 89 09

E-post: [sissel.steihaug@sintef.no](mailto:sissel.steihaug@sintef.no)

## Skjema 2: Kartlegging av ressurskrevende bruker.

1. Brukerens alder: .....år

2. Brukerens kjønn  Kvinne  Mann

3. Diagnose og eller problemstilling:

Alvorlig psykisk lidelse  Ja  Nei

Annen psykisk lidelse  Ja  Nei

Spesifiser: .....

4. I hvilken grad oppleves denne brukeren som ressurskrevende?

*i liten grad*      *i stor grad*

1            2            3            4            5

**HVILKE FORHOLD BIDRAR TIL AT BRUKEREN OPPLEVES SOM RESSURSKREVENDE?**

**Brukerens funksjonsproblem:**

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
5. Problemer med å strukturere dagen (komme seg opp om morgenen, komme seg til jobb/ skole, huske avtaler osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemer med personlig hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemer med å ordne (hus, mat, handling, økonomi osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problemer med sosial kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problemer med å nyttiggjøre seg informasjon/ veiledning/ trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemer med rusmiddelmisbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesifiser:.....	1	2	3	4	5

**Brukerens personlig vansker**

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
12. Plaget med angst/ engstelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

13. Plaget med depresjon/ tungsinn/ tristhet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

14. Plaget med "stemmer"

	<i>ikke viktig</i>			<i>svært viktig</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

15. Plaget med manglende tillit eller mistillit til andre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

16. Problemer med/ i familien, konflikter med andre personer

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

17. Mangler pårørende/ lite sosialt nettverk

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

18. Mangler meningsfull aktivitet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

19. Uakseptable boforhold

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

20. Økonomiske vansker

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

21. Annet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Spesifiser:.....

**Brukerens atferd**

22. Isolerer seg

	<i>ikke viktig</i>			<i>svært viktig</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

23. Avviser hjelp(ere)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

24. Oppførsel som oppleves truende

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

25. Selvskading

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

26. Sinne uttrykt verbalt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

27. Slag, spark eller liknende mot personalet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

28. Problematisk ruspåvirket

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

29. Annet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Spesifiser:.....

Hvilke kjennetegn ved de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (inkludert tjenester fra eventuell egen enhet for psykisk helsearbeid) påvirker opplevelsen av denne brukeren som ressurskrevende?

	<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
30. For lite kapasitet i tjenestene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. For lite kompetanse i tjenestene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. For dårlig ledelse av tjenestene?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. U hensiktsmessig organisering av tjenestene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. For dårlig koordinering av tjenestene på grunn av lite/dårlig samarbeid internt i kommunen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. For dårlig koordinering av tjenestene på grunn av lite/dårlig samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. For lite kapasitet i spesialisthelsetjenesten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. For lite kompetanse i spesialisthelsetjenesten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38. Uenighet med spesialisthelsetjenesten om grenseoppgang mellom ansvarsområder?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39. Annet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Spesifiser: .....

## OMFANGET AV TJENESTER

Dagens kommunale tjenestetilbud til brukeren omregnet til timer (omtrent) per uke fra:

*Antall timer*

40. Hjemmehjelp .....

41. Ordinær hjemmesykepleietjeneste (sykepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider osv.) .....

42. Psykiatrisk sykepleier .....

43. Annet personell med høyskoleutdanning og med videreutdanning i psykisk helsearbeid.....

Spesifiser: .....

44. Støttekontakt .....

45. Avlastning .....

46. Kommunale aktivitetstilbud på dagtid .....

(dagsenter, aktivitetssenter, arbeidstrening, undervisning og lignende)

47. Andre kommunale tilbud (kulturtilbud og lignende) .....

Tilbud fra spesialisthelsetjenesten omregnet til timer (omtrent) per uke

Antall timer

48. DPS .....

49. Privat praktiserende psykiater/psykolog .....

50. Andre .....

Spesifiser: .....

Har brukeren kontakt med følgende kommunale instanser?

	uaktuelt	ja	nei	vet ikke
51. Helsesøster	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
52. Barnevern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
53. PPT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
54. Utekontakt, oppsøkende virksomhet osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
55. Rustjeneste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
56. Annen sosialtjeneste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
57. Annet personell med høyskoleutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Spesifiser: .....

58. Psykolog  1  2  3  4

59. Fastlege  1  2  3  4

60. Andre  1  2  3  4

Spesifiser: .....

61. LAR (Legemiddelassistert rehabilitering)  1  2  3  4

62. Har brukeren egen bolig:  
- alene eller sammen med andre?  1  2  3  4

63. - med dagtilsyn?

	1	2	3	4
	uaktuelt	ja	nei	vet ikke
64. - med døgntilsyn?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Har brukeren kontakt med følgende instanser i spesialisthelsetjenesten?</b>				
65. Ambulant team	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
66. BUP	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
67. PUT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
68. Rustjeneste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
69. Habiliteringstjeneste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
70. Annet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Spesifiser: .....				

	ikke tilfredsstillende		svært tilfredsstillende	
71. Har brukeren et tilfredsstillende tilbud i dag?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Hvis brukeren **ikke har** et tilfredsstillende tilbud (svart 1 eller 2 på spørsmål 71), skal du svare på spørsmål nr. 72 til nr. 106 nedenfor.

Hvis brukeren **har** et tilfredsstillende tilbud (svart 3 eller 4 på spørsmål 71), skal du svare på spørsmål nr. 106 til nr. 115. nedenfor.

**Alle** svarer på spørsmålene fra nr. 116 til 119.

### HVA MANGLER FOR Å GI DENNE BRUKEREN ET TILFREDSSTILLENDTILBUD?

Manglende tilbud fra kommunale tjenester:

	Mangler:		Hvis ja, hvor viktig er mangelen?		
	ja	nei	litt viktig	svært viktig	
72. Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
73. Ordinær hjemmesykepleietjeneste (sykepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
74. Psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
75. Annet personell med høyskoleutdanning og med videreutdanning i psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Spesifiser: .....

	Mangler:		Hvis ja, hvor viktig er mangelen?		
	ja	nei	litt viktig		svært viktig
<b>76. Støttekontakt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>77. Avlastning</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>78. Kommunale aktivitetstilbud på dagtid</b> (dagsenter, aktivitetssenter, arbeidstrening, skole og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>79. Andre kommunale tilbud</b> (kulturtilbud og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>Mangler kontakt med:</b>					
<b>80. Helsesøster</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>81. Barnevern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>82. PPT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>83. Utekontakt, oppsøkende virksomhet osv.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>84. Rustjeneste</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>85. Annen sosialtjeneste</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>86. Annet personell med høyskoleutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Spesifiser: .....

<b>87. Psykolog</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>88. Fastlege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>89. Andre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Spesifiser: .....

90. Ansvarsgruppe    1  2  3

**Mangler:****Hvis ja, hvor viktig er mangelen?**

	<b>Mangler:</b>		<b>Hvis ja, hvor viktig er mangelen?</b>		
	ja	nei	litt viktig		svært viktig
91. Individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1	2	3

92. Egnet bolig    1  2  3

93. Dagtilsyn i bolig?    1  2  3

94. Døgnkontinuerlig tilsyn i bolig    1  2  3

95. LAR (Legemiddelassistert rehabilitering)    1  2  3

**Manglende tilbud fra spesialisthelsetjenesten:**

96. DPS    1  2  3

97. Privat praktiserende psykiater/psykolog    1  2  3

98. Andre    1  2  3

Spesifiser: .....

**Mangler kontakt med:**

99. Ambulant team    1  2  3

100. BUP    1  2  3

101. PUT    1  2  3

102. Rustjeneste    1  2  3

103. Habiliteringstjeneste    1  2  3

104. Andre spesialisttilbud    1  2  3

Spesifiser:.....



105. Hva har vært hovedproblemet i forhold til å gi brukeren et godt tjenestetilbud?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

106. Hvordan har, samlet sett, samarbeidet med spesialisthelsetjenesten vært om denne brukeren?

	<i>svært lite</i>					<i>svært</i>
	<i>ikke</i>	<i>tilfreds-</i>				<i>tilfreds-</i>
	<i>aktuelt</i>	<i>stillende</i>				<i>stillende</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3	4	5

Hva har eventuelt vært lite tilfredsstillende?

.....

.....

.....

HVA HAR VÆRT VIKTIG FOR Å FÅ TIL ET TILFREDSTILLENDTILBUD TIL DENNE BRUKEREN?

	<i>ikke</i>					<i>svært</i>
	<i>viktig</i>					<i>viktig</i>
107. Kompetanse i kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	
108. Kapasitet i kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	
109. God ledelse av de kommunale tjenestene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	
110. Hensiktsmessig organisering av de kommunale tjenestene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	
111. Samarbeidet med brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	
112. Samarbeidet med brukerens familie/ nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	

113. Samarbeidet innad i kommunen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

114. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

115. Annet

<i>ikke viktig</i>				<i>svært viktig</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Spesifiser: .....

### SAMLET VURDERING

116. Hvordan er brukerens samlede tilbud tilpasset hans/hennes behov?

<i>ikke i det hele tatt</i>				<i>svært godt</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

117. Hva er det eventuelt som mangler?

.....

.....

.....

.....

.....

Befinner brukeren seg på riktig omsorgsnivå?

118. Får brukeren tilbud i spesialisthelsetjenesten, men burde hatt tilbud i kommunen?

<i>ja</i>	<i>nei</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

119. Får brukeren tilbud i kommunen, men burde hatt tilbud i spesialisthelsetjenesten?

<i>ja</i>	<i>nei</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

120. Her ønsker vi utfyllende kommentarer om hva som er viktig for å få til et godt tilbud til denne brukerguppen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing space for handwritten input.

*Takk for at du fylte ut skjemaet.*



## Til ansvarlig for det psykiske helsearbeidet i kommunen

På vegne av Kommunenes Sentralforbund (KS) gjennomfører SINTEF Helse denne høsten en kartleggingsundersøkelse av brukere med psykiske lidelser som oppleves som særlig ressurskrevende. Undersøkelsen gjennomføres i 130 tilfeldig utvalgte norske kommuner. Bakgrunnen for undersøkelsen er det økte ansvaret som kommunene de senere år har fått for mennesker med psykiske lidelser. KS ønsker kunnskap om brukere som kommunene opplever som ressurskrevende, hvem og hvor mange disse brukerne er og kompleksiteten i tjenestebehovet. Videre ønsker de kunnskap om gode modeller for organisering av arbeidet med ressurskrevende brukere slik at kommunene kan ivareta dem på en god måte.

Utgangspunktet for denne undersøkelsen er at mennesket har ukrenkelig egenverd og at alle har krav på respekt uavhengig av ytre forhold som selvhjulpenhet eller hjelpebehov. Ressurskrevende er et vanskelig begrep. Med ressurskrevende mener vi her brukere som har det til felles at de trenger noe ekstra ut over den vanlige oppfølgingen. Det legges vekt på tjenestenes opplevelse av brukeren som ressurskrevende, ikke en bestemt definisjon.

Undersøkelsen er tredelt:

- 4) En generell beskrivelse av kommunens psykiske helsearbeid for ressurskrevende brukere (skjema 1). Fylles ut av en leder eller annen fagperson.
- 5) Kartlegging av inntil 10 ressurskrevende brukere i hver kommune (skjema 2). Skjemaet fylles ut av tjenesteutøvere i kommunen som kjenner brukerne godt.
- 6) Fokusgruppeintervju med tjenesteutøvere i utvalgte kommuner. Resultatene av spørreskjemaundersøkelsene vil danne utgangspunkt for fokusgruppeintervjuene, og målsetningen er å utvikle de gode modellene.

Vi håper dere vil hjelpe oss i undersøkelsen og bidra med følgende:

### **1. Generell beskrivelse av kommunens psykiske helsearbeid for ressurskrevende brukere.**

Skjema 1 fylles ut av en tjenesteleder eller annen fagperson som har oversikt over det psykisk helsearbeidet i kommunen. I tillegg til opplysninger om kommunen ber vi her om generelle opplysninger om gruppen ressurskrevende brukere som har kontakt med tjenestene.

### **2. Kartlegging av inntil 10 brukere som de kommunale tjenestene opplever som de mest ressurskrevende.**

Ta utgangspunkt i mennesker som på grunn av sin psykiske lidelse mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester, inkludert tjenester fra eventuelle egne enheter for psykisk helsearbeid. Velg ut de ti brukerne som tjenestene opplever som de mest ressurskrevende. Vi ber dere så fylle ut ett skjema (skjema 2, vedlagt) for hver bruker. I skjemaet etterspør vi opplysninger om kommunens psykiske helsearbeid for denne konkrete brukeren, og skjemaene bør fylles ut av tjenesteutøvere som kjenner brukerne godt. Vi ber om at leder distribuerer skjemaene til aktuelle fagpersoner.

I kommuner der færre enn 10 brukere oppleves ressurskrevende, registreres alle disse. Hvis ingen bruker oppleves som ressurskrevende, angis det på skjema 1.

**Alle skjemaer returneres samlet i vedlagte svarkonvolutt så snart som mulig og senest 17. november.**

**OBS:** Undersøkelsen skal være anonym, og det innebærer at ingen navn skal skrives på skjemaene, heller ikke kommunens navn. For å kunne purre er vi imidlertid avhengig av å vite hvem som svarer. Vi ber dere derfor om å skrive kommunes navn på vedlagte ark og sende dette til oss i separat liten svarkonvolutt (vedlagt) samtidig med at dere sender inn de utfylte spørreskjemaene.

Kunnskapsmangelen er stor på dette området, og vi håper dere vil ta dere tid til å fylle ut spørreskjemaene. Resultatene av undersøkelsen sammenfattes i en rapport som gjøres tilgjengelig for kommunene ved at den kan lastes ned fra SINTEFs hjemmeside ([www.sintef.no](http://www.sintef.no)) og KSs hjemmeside ([www.ks.no/fou](http://www.ks.no/fou)) fra slutten av mars 07.

SINTEF Helse gjennomfører også en annen spørreundersøkelse om kommunenes psykiske helsearbeid i høst. Vi håper dere vil bidra i begge!

På forhånd tusen takk for hjelpen!

*Vennlig hilsen*

*Sissel Steihaug, prosjektleder  
Telefon: 95 24 89 09  
E-post: [sissel.steihaug@sintef.no](mailto:sissel.steihaug@sintef.no)*

Ta gjerne kontakt hvis noe er uklart.