



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

"Tjenester i kommunale boenheter etter opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008".

"Services in municipal housing facilities after the National Reform plan for mental health care, 1999 - 2008".

Hilde Torsetnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 29.5.2019



Høgskolen i Molde

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: "Tjenester i kommunale boenheter etter opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008".**

**Tittel på engelsk: "Services in municipal housing facilities after the National Reform plan for mental health care, 1999 - 2008".**

**Forfatter(e): Hilde Torsetnes**

**Fagkode: VPL05**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Ragnhild Sættem**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 28.5.2009**

**Antall ord: 11031**

**Forord / Sammendrag**

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Egen forforståelse og begrunnelse for valg av tema .....	2
1.2	Presentasjon av problemstilling: .....	3
<b>2.0</b>	<b>Metode:</b> .....	<b>4</b>
2.1	Teoretisk perspektiv: .....	4
2.2	Avgrensing og teoretisk referanseramme .....	6
2.3	Presentasjon av teori og drøftingsdel. ....	7
<b>3.0</b>	<b>Teoridel:</b> .....	<b>9</b>
3.1	Tilbakeblikk på psykiatriens historie og vedtaksgrunnlag for opptrappingsplanen for psykisk helse.....	9
3.2	Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.....	10
3.3	Politiske strømninger .....	11
3.4	Brukermedvirkning og livskvalitet. ....	12
3.5	Bofellesskap og omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser.....	15
3.6	Integrering og deltakelse: .....	16
3.7	Om kompetanse.....	17
3.7.1	Utvikling av fagkompetanse: .....	18
3.8	Bemanning i omsorgsboliger og kompetanse. ....	19
3.8	Kompetanseutvikling i kommunene etter opptrappingsplanen.....	19
3.10	Kommunenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser.....	21
3.10.1	Overordnet om rapporten .....	21
3.10.2	Organisering .....	21
3.10.2	Samarbeidsrelasjoner internt i kommunene.....	22
3.10.3	Tjenestetilbud til brukere. ....	22
3.10.4	Samarbeid med brukerorganisasjonene.....	23
3.11	Brukerorganisasjonenes synspunkter .....	24
3.11.1	Høringsuttalelse fra Mental Helse til Nasjonal Helseplan 2007-2010.....	24
3.11.2	Udekte hjelpebehov.....	24
3.11.3	En arena for beboere og ansatte. ....	25
<b>4.0</b>	<b>Drøftingsdel.</b> .....	<b>26</b>
4.1	Tilstrekkelig bistand fra tjenesteytere med tilstrekkelig kompetanse. ....	26

4.1.1	Presentasjon av kommunale tilbud i noen av Møre og Romsdals kommuner. .....	29
4.2	Åpenhet rundt psykiske lidelser, integrering og sosialisering. ....	31
4.3	Brukermedvirkning og myndighet over eget liv. ....	31
<b>5.0</b>	<b>Oppsummering.....</b>	<b>35</b>
	<b>Litteraturliste: .....</b>	<b>37</b>

## 1.0 Innledning

Jeg ønsker i denne oppgaven å se nærmere på hva som har skjedd i utviklingen av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser etter opptrappingsplanen (1998 -2008).

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble vedtatt etter behandling av stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998), som et resultat av at rapporteringen viste at tjenestene innenfor dette området ikke var tilstrekkelig gode.

Mitt utgangspunkt har vært å skaffe meg kunnskap om bakgrunnen for denne reformen, hvordan gjennomføringen har fungert og om det faglige tilbudet til det enkelte individ er bedre ivaretatt slik intensjonen var.

Jeg har forsøkt å finne ut av hvordan man definerer rollene for personalet og innholdet i denne tjenesten. Hvilken kompetanse er ønskelig for å utføre tjenesten på en tilfredsstillende måte og hvordan jobber man tverrfaglig/etatlig?

Sentralt i målene for opptrappingsplanen for psykisk helse og kommunale oppgaver står:

- Tilstrekkelig bistand av personal med tilstrekkelig kompetanse
- Åpenhet som psykiske lidelser og sosial integrering
- Høy grad av brukermedvirkning og myndighet over eget liv (Helse og omsorgsdepartementet, 1999).

Et annet sentralt spørsmål er hvordan mottakerne av tjenesten oppfatter at tilbudet har utviklet seg i løpet av planperioden. Opplever man at tilbudet har blitt bedre og dermed ført til økt livskvalitet, brukermedvirkning og myndighet over eget liv?

## 1.1 Egen forforståelse og begrunnelse for valg av tema

Det kan trekkes mange paralleller til utviklingen av helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) som ble gjennomført tidlig på nittitallet. Kommunene har fått ansvar for å yte hjemmebasert omsorg til mennesker med psykiske lidelser, og brukervedvirkning og tilbakeføring til samfunnet for pasientgruppen oppfatter jeg ligger til grunn for endringer av tjenestetilbudet.

Med disse endringene har pasienter med psykiske lidelser, som har behov for hjemmebaserte tjenester, gått fra å være samlet i store sentralinstitusjoner til å flytte tilbake til sin hjemkommune. Slik er likheten med HVPU reformen stor. Hva skjer så med kompetansen på tjenesteytingen, når mange tjenestemottakere skal ha et faglig godt tilbud i sin hjemkommune hvor det kanskje ikke har vært utført lignende tjenester i særlig stor grad tidligere?

I opptrappingsplanen presiseres det at tjenester innen psykisk helse skal inngå i kommunenes totale tjenestetilbud, og således ikke defineres spesielt innenfor de helsetjenestene som ytes. Tjenester ytt i omsorgsbolig til personer med psykiske lidelser kan derfor ut i fra de kvantitative målingene være vanskelig å skille ut i det mange kommuner ikke har definert klart hvor mange som har tjenester i omsorgsbolig basert på dette grunnlaget (Helse og omsorgsdepartementet 1999).

Jeg ønsker i oppgaven å finne ut mer av hvordan kommunen løser sine oppgaver som følge av opptrappingsplanen for psykisk helse i omsorgsboliger/bofellesskap, for mennesker med psykiske lidelser. For å finne ut det ønsker jeg å se på hvilke yrkesgrupper som jobber innenfor tjenesten og hvordan kommunene definerer faglig forsvarlig i forhold til tjenesten. Jeg tenker her at i de store sentralinstitusjonene har det vært tradisjon for å bruke mye ufaglært arbeidskraft, i et miljø hvor det også var mulighet for å kvalitetssikre ved at det var ansatte med spesialkompetanse på området.

Hva skjer så når enhetene blir veldig små, fra egen leilighet til små bofellesskap? Hvor attraktivt er det for sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykiatri å arbeide i disse enhetene? Jobber man mye alene og hvor lett er det å holde seg faglig oppdatert? Greier kommunene å skaffe nok personal med treårig helse- og sosialfaglig bakgrunn? Og hvordan vurderer man i kommunene faglig forsvarlig? Er det nok at man har en avdelingsleder med utdanning som kan ta veiledningsansvar for ufaglærte og faglærte med utdanning på videregående nivå? Jeg har før jeg begynte å undersøke måltall fra

evalueringen av opptrappingsplanen hatt en formening om at det finnes for få personer med utdanning på høgskolenivå og med spesialutdanning i psykisk helsearbeid for å ivareta behovene rundt i kommunene.

Brukermedvirkning er sentralt i opptrappingsplanen for psykisk helsevern. I hvor stor grad opplever brukerne at de styrer sitt eget liv og at hjelpebehovet er riktig tilpasset med balanse mellom motivasjon, utfordringer og støtte. Helse og omsorgsdepartementet (1999) sier at tiltakene skal være brukerrettede og at brukermedvirkning skal bidra til å gjøre tjenestemottakere minst mulig avhengig av offentlige tilbud og ha myndighet over eget liv. På bakgrunn av dette ønsker jeg å drøfte hva god brukermedvirkning er i et rehabiliteringsperspektiv, og hvilken rolle faglig kompetanse spiller i forhold til tilrettelegging for myndiggjøring.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling:**

Ut i fra disse tankene har jeg kommet fram til følgende problemstilling

*”Hvordan har opptrappingsplanen for psykisk helse påvirket tjenester til personer som har tilbud i kommunale boenheter?”*



## **2.0 Metode:**

Dalland (2007) sier om metode at det er framgangsmåten vi velger for å skaffe til veie den informasjonen vi har behov for, eller etterprøve kunnskap. Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke annenhånds data i form av statistikker og annen litteratur som er utgitt rundt temaet som omfatter problemstillingen. Med annenhånds informasjon forstår jeg kunnskap som er samlet inn av andre og offentliggjort.

Dalland (2007) betegner førstehåndskilder som den opprinnelige utgaven av en tekst, altså ikke sitater eller forståelse av en teoretiker skrevet av en annen forfatter. Jeg tenker likevel at mye av den informasjonen jeg har samlet inn i oppgaven er sekundærkilder, fordi den baserer seg mest på informasjon gitt av en kilde og behandlet av forfattere.

For å skaffe meg grunnlag for å skrive denne oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur, jeg har også gjort søk i Bibsys som er høgskolenes bibliotekdatabase, samt at jeg har aktivt ledd i bibliotekets hyller. Jeg har i stor grad brukt internett til å skaffe meg litteratur og søkt etter rapporter, veiledninger og vedtaksinnstillinger spesielt på Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementets nettsider. For å få med informasjon om hvordan lokale myndigheter løser og oppfatter sin rolle, har jeg også søkt i kommunenes nettsider. Jeg har begrenset meg til å lete etter informasjon i kommuner i Møre og Romsdal.

Sentralt i opptrappingsplanen for psykisk helse er brukerperspektivet og den enkeltes rett til å ha myndighet over eget liv. Jeg har derfor søkt informasjon gjennom brukerorganisasjoner for pasienter og pårørende for å få med deres oppfatninger om hvordan opptrappingsplanen har fungert.

## **2.1 Teoretisk perspektiv:**

Hvordan påvirker vitenskapsteoretiske ståsteder valgene av forskningsmetoder?

Tradisjonelt har man innenfor medisin og helse hatt forskere som har hatt et vitenskapelig ståsted som har sine røtter i positivisme, og i utstrakt grad brukt kvantitative metoder for sin forskning. Med kvantitative metoder forstår jeg forskningsresultater som kan telles, veies og måles. Forskningen er ofte basert på en hypotetisk deduktiv metode, hvor forskeren i utgangspunktet har hatt en formening om hva som er årsaken til et fenomen, for deretter å utføre tester for å kontrollere om hypotesen er sann (Aadland 2006).

I en stor del av materialet jeg har benyttet til å skaffe meg informasjon om temaet, er kunnskapen som kommer fram basert på kvantitative metoder. Dette har sine fordeler i at

man får tilgang til hvor mange som har fått tilbud gjennom kommunene og hvor mye penger som er brukt til ulike prosjekter. Disse rapportene gir også kunnskap om hvor mange årsverk som benyttes og hvor mange omsorgsboliger som er opprettet i løpet av perioden.

Ulempen er at metodene sier lite om kvaliteten på de tjenester som ytes til gruppen og den enkelte. Selv om det kan finnes kvantitative undersøkelser som beskriver nivå av tilfredshet, vil man likevel mangle mange perspektiver på hvordan tjenestemottaker og tjenesteyter opplever sin hverdag.

I følge Aadland(2006), er hermeneutikk fortolkningsvitenskap som baserer seg på å studere samfunn, menneskers sosiale liv og handlinger, kultur på en annen måte enn å kartlegge og målfeste. Han beskriver den hermeneutiske sirkel som å tolke deler av et fenomen for å forstå helheten. Deretter kan man få en dypere forståelse for delene, for deretter å få ny kunnskap om helheten.

I et hermeneutisk perspektiv, må man finne andre metoder enn bruk av tall for å fortolke kunnskap. Kvalitative metoder er å ta i bruk ord og beskrivelser for å fortolke kunnskap. Ved bruk av slike forskningsmetoder må forskeren være oppmerksom på sin egen forforståelse, selv om man ikke bruker hypotetisk deduktive metoder. Feltarbeid, hvor forskeren forsøker å studere et miljø fra innsiden. Ulike typer observasjoner og registreringer, samt halv- og helstrukturerte intervjuer er eksempler på kvalitative metoder (Aadland 2006).

Fordelen med kvalitative undersøkelser, er at de gir dypere forståelse for hvordan en situasjon subjektivt oppleves. Aadland beskriver kvalitative metoder med blant annet stikkord som: nærhet, mykhet, dybde, innlevelse, følsomhet, intensitet og forståelse.

Jeg har tatt utgangspunkt i litteratur som har gjort samfunnsundersøkelser med kvalitative metoder innenfor samme felt som jeg har innhentet kvantitative data. Jeg opplever derfor at jeg har mulighet for å få belyst problemstillingen ut i fra flere perspektiv. Aadland (2006) kaller denne kombinasjonen metoder innenfor samme felt, metodetriangulering. Ved å bruke flere metoder kan man få et mer nyansert bilde og jeg tenker at jeg kan få et mer balansert inntrykk av virkeligheten ved å forholde meg til ulike typer informasjon. Mitt syn på hvordan man har valgt å drive fram opptrappingsplanen for psykisk helse og evaluere denne i form av rapporter, påvirker nok hvordan jeg har søkt informasjon og drøfter problemstillingen. Jeg har hatt en forståelse av at man har bygget opp kommunale tjenester i høyt tempo, og hatt en formening om at det ikke har vært nok personell med spesialkompetanse til å ivareta tjenestene. Spesielt i forhold til små kommuner har jeg

tenkt at det ville være vanskelig å rekruttere nok og tverrfaglig kompetanse. Med en annen forforståelse vill jeg muligens søkt andre kilder. Forforståelsen kan derfor være en feilkilde i forhold til hvordan jeg fortolker den informasjonen jeg har funnet fram til.

## **2.2 Avgrensning og teoretisk referanseramme**

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle tjenester som ytes av kommunene, i form av omsorgsboliger/bofellesskap til mennesker med psykiske lidelser. Hvilke tjenester ytes innenfor en omsorgsbolig/bofellesskap, og hvordan definerer kommunene hva som er gode nok tjenester jfr. Lov om helsetjenester i kommunen? I kommunehelsetjenestelovens §1-3 beskrives det som kommunens oppgave omfattes av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Videre sier loven at kommunen kan ansette personell eller inngå avtaler om privat helsevirksomhet. Kommunen kan også inngå avtaler med andre kommuner eller fylkeskommuner for å oppfylle lovpålagte tjenester (Medlex 2007).

Jeg velger videre i oppgaven å se på de kvantitative målingene som er gjort i forhold til målformuleringer i opptrappingsplanen for psykisk helse i forhold til kommunale bofellesskap og omsorgsboliger, med personalbase og bemanning knyttet til boligen. Jeg har derfor valgt å ikke drøfte kvaliteten på tjenester til mennesker med psykiske lidelser, som har tjenester fra hjemmesykepleien og ambulante team. Mange av beboerne i omsorgsboliger med høy bemanningsfaktor, har tidligere hatt mange og lange opphold i psykiatriske sykehus. Jeg har også etter å ha studert uttalelser på nettsidene til Mental Helse et inntrykk av at mange har levd isolerte liv i egne leiligheter før de fikk tilbud om kommunal omsorgsbolig. Dette inntrykket baserer jeg på at brukere uttaler at å bo i omsorgsbolig gir dem sosial kontakt.

Videre tenker jeg å definere og drøfte brukermedvirkning og livskvalitet for mennesker som mottar denne tjenesten. Hvilke føringer er lagt fra myndighetenes side i forhold til kompetanse og innhold i tjenesten? Mye av drøftingen retter seg mot evalueringer av opptrappingsplanen og hvordan planen har påvirket tjenestene til personer med tjenester i kommunale bofellesskap og omsorgsboliger. Jeg bruker den opprinnelige opptrappingsplanen for psykisk helse som ble publisert i 1999 og hadde en varighetsperiode først fram til 2006, og deretter forlenget fram til 2008 (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Deretter velger jeg å bruke en del av pensumlitteraturen og

annen relevant litteratur rundt temaet. Jeg velger å bruke både ny og litt eldre litteratur i oppgaven, fordi jeg i problemstillingen ønsker å ha fokus på endringer i tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

Jeg har også valgt å bruke litteratur som omhandler kompetanseutvikling i kommunene, som baserer seg på data fra rapporteringer fra kommunene i opptrappingsperioden. For at mitt inntrykk av situasjonen i tjenesteytingen skal kunne bli mest mulig balansert, velger jeg også å bruke informasjon fra selvhjelpsgrupper for både tjenestemottakere og pårørende.

Jeg vurderte å gjøre en spørreundersøkelse i kommunene i Møre og Romsdal, hvor jeg søkte informasjon om hvordan man organiserte tjenester i omsorgsboliger og hvilke mål man hadde for kvaliteten på tjenestene. Jeg skrinla imidlertid dette fordi, jeg vurderte tiden for knapp til å få inn nok informasjon. Jeg har imidlertid gjort noen søk via kommunenes nettsider som kan antyde noe om hvordan man organiserer tjenestene sine.

Jeg oppfatter at mine valg av kilder har validitet fordi det er basert på planer fra landets myndigheter, forskningsrapporter og uttalelser fra brukere av tjenesten som er bakgrunn for problemstillingen. Jeg har også tatt i bruk kilder som bygger på undersøkelser både av kvantitativ og kvalitativ art, som etter min oppfatning vil gi en dypere kunnskap om utviklingen av tjenesten jeg skriver om i oppgaven. Jeg tenker at informasjon basert på metodetriangulering øker validiteten.

### **2.3 Presentasjon av teori og drøftingsdel.**

Jeg har valgt å først presentere teori som presenterer bakgrunnen for igangsettelse av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999- 2008) og selve planen med fokus på de punktene av planen som er relevant for min problemstilling. Som jeg poengterer i innledningen, har regjeringen som mål at planen skulle føre til åpenhet og sosial integrering, ivareta behovet for faglig kompetanse i tjenestetilbudet til brukergruppa og ikke minst brukermedvirkning, livskvalitet og myndighet over eget liv.

Jeg har deretter valgt å presentere teori om temaene brukermedvirkning, livskvalitet, integrering, kompetanse og politikk. Deretter tar jeg for meg og presenterer funn som er

gjort i forhold til underveisevaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette er rapporter utgitt av Norsk Institutt for by- og regionsforskning. Disse rapportene er i hovedsak basert på kvantitative undersøkelser (Helgesen m.fl 2005). I den ene rapporten, ”Kompetanseutvikling i kommunene”, har man i tillegg benyttet seg av case kommuner som representerer den kvalitative forskningsmetoden (Myrvold, 2004)

I drøftingsdelen ønsker jeg i all hovedsak å drøfte måloppnåelse i forhold til de hovedmålene jeg har trukket ut i fra Opptrappingsplanen for Psykisk helse (Helse og omsorgsdepartementet, 1999) og hvordan jeg tenker at ulike teoretiske perspektiver kan ha påvirket utviklingen og opplevelsen av tjenestetilbudet. Her tenker jeg at det vil dukke opp mange spørsmål, som det ikke umiddelbart vil være lett å finne gode svar på.

### **3.0 Teoridel:**

#### **3.1 Tilbakeblikk på psykiatriens historie og vedtaksgrunnlag for opptrappingsplanen for psykisk helse.**

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) er grunnlagsdokumentet for stortingsproposisjon nr. 63 (jfr. Sosialkomiteens innstilling i S. 222), opptrappingsplanen for psykisk helse som ble vedtatt 17.6.1998 av Helse og omsorgsdepartementet. Jeg presenterer her noen av punktene jeg oppfatter som viktige innenfor tjenester innenfor bofellesskap i kommunal regi.

I riktig gamle tider (før 1800) ble psykiske lidelser knyttet opp mot overnaturlige krefter, guds straff, demoner og i Europa ble flere millioner rett og slett henrettet (Helse og omsorgsdepartementet, St. ml. Nr. 25 1997 ). Stortingsmeldingen tar et tilbakeblikk på den moderne psykiatriens historie, som er relativt kort, fra midten av 1800 tallet.

Departementet understreker at man må bedømme dagens situasjon ut i fra en historie som avdekker store lidelser og mange overgrep sett i lys av dagens kunnskap og menneskesyn.

Psykiatriens historie kan grovt deles inn i epoker hvor tre hovedretninger har vært rådende; den psykodynamiske, den biologiske og den sosialpsykiatriske. Fra 1940-50 hadde den organiske tankegangen stort gjennomslag og man behandlet pasientene med overdreven bruk av tvang, elektroshokk og hjerneoperasjoner med intensjon om å rette opp feil i hjernen. På 50 og 60-tallet gikk man i stor grad bort fra disse metodene og brukte nervemedisiner som kom på markedet i den tiden. Historien forteller om noe ukritisk tro på medikamenter som løsninger på psykiske lideleser og resultatet ble overmedisinerte pasienter med store plager av bivirkninger som følge av dette. På 70-tallet fikk den sosialpsykiatriske tankegangen fotfeste og et syn hvor tvang var bannlyst og man var kritiske til medikamentbruk. Innenfor sosialpsykiatrien var man også svært kritisk til diagnostisering og ønsket at fokuset skulle rettes mot individet og beskrivelser av pasientens personlighet (Helse og omsorgsdepartementet, St. ml. Nr. 25 1997).

Stortingsmelding nr. 25 beskriver behandlingsperspektivene innenfor psykiatrien som ytterliggående innenfor hver sine områder, og at man må søke å finne løsninger som kan kombinere ulike syn og perspektiver. Meldingen understreker at psykiske lidelser ikke har en enkelt årsak, de er ikke statiske og må behandles i takt med utviklingen og den kulturen den enkelte er del av.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) konkluderer med at situasjonen innenfor psykiatrien ikke er tilfredsstillende og at det trengs forbedringer innenfor kunnskap om lidelsene, holdningsforbedringer både blant befolkningen og fagmiljøene og styrking av behandlingstilbudene.

Videre sier meldingen at:

- Det skal øremerkes midler til kommunene for å bygge opp sine tjenester.
- Ingen skal ha spesialinstitusjon, som sitt varige bosted.
- Kommunene skal ta ansvar for å yte tjenester som f.eks skaffe bolig, arbeid, støttekontakt og fritidstilbud.
- Ingen tilbud og tjenester skal bygges ned før bedre tilbud er etablert (Helse og omsorgsdepartementet, 1997).

### **3.2 Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.**

Regjeringens forslag til opptappingsplan for psykisk helse ble igangsatt i 1999, etter at Stortinget hadde vedtatt den i 1998. Vedtatte planperiode gikk fra 1999 til 2006, og var et resultat av at man så at mennesker med psykiske lidelser ikke hadde et godt nok helhetlig tilbud. Undersøkelser viste at mennesker med psykiske lidelser gjennomsnittlig hadde vesentlige færre velferdsgoder og de dårligste levekårene (Helse og omsorgsdepartementet, R. S 1-4, 1999).

Planen innebar at kommunene fikk ansvar for å sette i gang ulike tilbud ved hjelp av øremerkede midler. Planen ble lagt ut i fra et helhetlig menneskesyn hvor brukermedvirkning og myndighet over eget liv har vært sentrale elementer i tillegg til at myndighetene har ønsket åpenhet rundt psykiske lidelser og integrering. Man har sett det

som vesentlig å desentralisere tjenestene med tanke på at dette vil gi pasientene et bedre tilbud i sitt nærmiljø.

Opptrappingsplanen innebar at kommunene fikk ansvar for å kartlegge behov for boliger med bistand, hvor det kunne ytes tilskudd på inntil 750 000,- pr bolig. Kommunene fikk også i følge planen ansvar for å drifte bistandstilbudet som en del av dens ordinære tjenestetilbud, men i første omgang med øremerkede midler. Dette resulterte i et måltall som sier at det skal bygges 3 400 nye boliger og ansettes 3 400 flere årsverk i kommunene. Tjenesten er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven (Medlex 2007).

### **3.3 Politiske strømninger**

For å få en dypere forståelse for hvordan politikken i Norge har påvirket helsevesenet vil jeg her presentere retninger innenfor offentlig forvaltning som har vært gjeldene.

Helsetjenester er i de fleste land et offentlig anliggende, men politiske retninger påvirker hvilke modeller man velger for oppbygging. Rønning (2006), beskriver privatisering av tjenester som et typisk høyrepolitisk fenomen. Store nasjoner som USA og Storbritannia arbeidet på slutten av åttitallet med nedbygging av offentlig sektor, for å overlate mest mulig av offentlig forvaltning til privat sektor.

I Norge startet regjeringen Stoltenberg i 2000, det de kalte opprydding og fornying av offentlig sektor. Dette ble fulgt opp av regjeringen Bondevik fra 2001-2005. Regjeringene har også brukt internasjonalt samarbeid som begrunnelse hvor moderniseringen og omleggingen til en mer individ og markedsrettet modell. Organiseringen av byråkratiet og offentlig sektor ble på mange områder inspirert av New Public Management modellen (NPM). Med NPM forstår jeg en modell for organisering av tjenester som i stor grad fokuserer på kostnadseffektivitet og profesjonell ledelse som hovedelement. Denne modellen legger til grunn at etterspørsel skal regulere tilgang og pris. Modellen er også svært brukerorientert og legger stor vekt på at individet selv skal ha mulighet til å velge tjenester og bestemme hva som er det riktige tilbudet. I NPM er man opptatt av at ressursene skal følge brukeren (Rønning 2006).

Innenfor norsk helsepolitikk kan man se organiseringen av sykehusene i regionale helseforetak, som et resultat av en politikk hvor man har vært inspirert av NPM. Pasienter



har fått rettigheter i form av fritt sykehusvalg, og anledning til å ta med seg midler fra det offentlige for å la seg behandle i private sykehus. Mens det tidligere var profesjonene som også var ledere i sykehusene, har det nå blitt satset på profesjonelle ledere som i utgangspunktet ikke har faglig kompetanse innenfor helse og medisin (Rønning 2006).

### **3.4 Brukermedvirkning og livskvalitet.**

Brukermedvirkning og brukerstyring er begreper som sammen med helhetlig omsorgstilbud, har fått stadig sterkere fokus i myndighetenes planer for tjenestetilbud. Hva legger man så i disse begrepene?

Med brukermedvirkning kan man forstå at tjenestemottakeres erfaringer og perspektiver påvirker utformingen av tjenester på individ, organisasjons og politisk nivå. For å ivareta intensjonene om reell brukermedvirkning er det viktig at representanter for brukerne gis plass i fora hvor beslutninger tas. Bakgrunnen for å ha fokus på brukermedvirkning er tanken om at brukere har kompetanse til å ta egne valg og selv være med å ta avgjørelser på hva som er til sitt eget beste. På den måten har man i stor grad lagt til rette for å ivareta det enkelte individs autonomi og selvstendighet (Storm og Rennesund 2009). Storm og Rennestad påpeker også at brukermedvirkning kan knyttes tett opp mot konsumentperspektivet og gir pasientene en kunderolle i møtet med offentlig helsevesen. I et slikt perspektiv kan man tydelig se tilknytningen til politiske strømninger med inspirasjon fra NPM i offentlig organisering og tjenester som er bruker og individrettede.

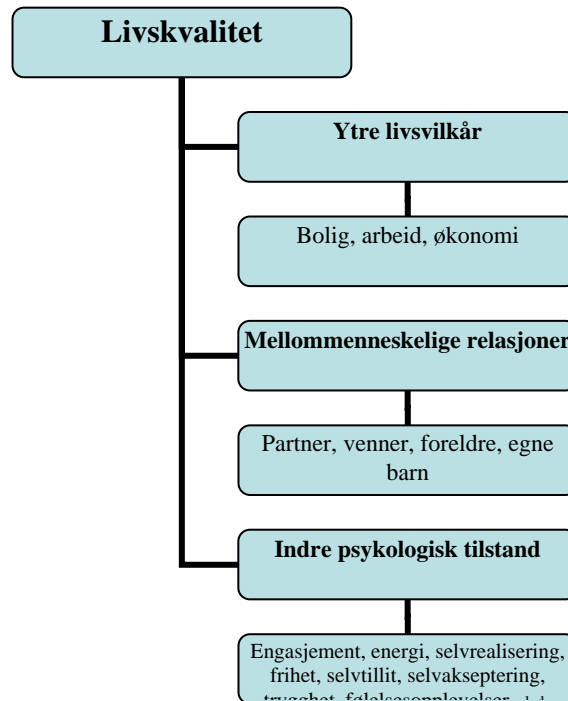
Brukermedvirkning er også et element som er framtrædende i politiske strategier og kan defineres på flere plan enn det individuelle. Tone Alm Andreassens artikkel i Markussen(2003), diskuterer brukermedvirkning fra ulike perspektiv. Her defineres gruppeperspektivet, hvor hun sier at brukermedvirkning kan knyttes til interessegruppers muligheter til å påvirke politiske avgjørelser for å ivareta egne særinteresser (Markussen 2003). På den måten kan en forstå brukermedvirkning som ivaretagelse av utsatte gruppers behov for å bli hørt.

Brukermedvirkning kan også forstås som påvirkning og høring av faglig og profesjonelle aktører, basert på deres kunnskap og erfaring som grunnlag for å fatte politiske beslutninger. I kombinasjon med høringer av selvhjelpsgrupper/brukerorganisasjoner kan dette gi et utvidet perspektiv på hvordan virkeligheten oppleves av både brukere og tjenesteytere (Markussen 2003).

Brukermedvirkning som begrep omfatter mye alt fra juss til mellommenneskelig samhandling og kan organiseres på ulike måter. En vanlig måte å innhente informasjon om brukeres tilfredshet på innenfor helsevesenet er brukerundersøkelser. Det er heller ikke uvanlig å ha brukerrepresentasjon i organer som utformer og planlegger tjenester, eller som brukerrepresentanter i styreverv som vedtar ulike tiltak. Et annet eksempel på brukermedvirkning på gruppe/samfunnsnivå er opprettelse av brukerråd med uttalerett i forhold til planlegging av tiltak/tjenester i følge Markussen. Et eksempel på dette kan være råd for funksjonshemmede som er opprettet som rådgivende organ i de fleste kommuner. Kommunene er ikke pålagt å ha slike råd, men blir oppfordret til å gjøre fra sentrale myndigheter (Markussen 2003).

Det er vanskelig å definere brukermedvirkning uten samtidig å si noe om livskvalitet. Disse begrepene er tett forbundet med hverandre, og brukermedvirkning som begrep har lite verdi hvis det ikke knyttes opp mot økt livskvalitet. Selve begrepet livskvalitet ble innført hyppigere i sosial og samfunnsmessige studier på 1970-tallet. I følge Askheim (2003), ble fokuset rundt livskvalitet mer aktuelt som et resultat av samfunnets utvikling hvor menneskene fikk det stadig bedre materielt og selvrealisering ble et mål på et kvalitativt godt liv. Å definere livskvalitet er ikke en lett oppgave, siden dette er tett knyttet til personers individuelle behov og ønsker. Det som kan være nødvendig for at en person opplever at livet har kvalitet, trenger overhodet ikke være viktig for en annen.

Askheim(2003), presenterer Holm m.fl sin modell for livskvalitetsbegrepet som jeg her skisserer i en egenprodusert framstilling.



Selve modellen er ganske generell og hva den enkelte ønsker å putte inn i boksene er individuelt. Det har vært mange og lange debatter rundt målekriterier for livskvalitet, man har forsøkt å undersøke dette via kvantitative metoder og kritikerne har påpekt at man har forlatt forestillingen om at livskvalitet handler om subjektiv velvære (Askheim 2003).

Askheim(2003) presenterer Stangvik og Solum's(2003) modell hvor de har satt fokus på vekselvirkninger mellom individ og samfunn i forhold til livskvalitet for personer med utviklingshemming. Her gir man ingen entydig definisjon på livskvalitet, men tre oppfatninger som legges til grunn:

1. *Livskvalitet forstått som tilpassing til sosialt verdsatte livsformer.*

Kriteriet for individuell livskvalitet blir oppnåelse av verdsatte samfunngoder.

2. *Livskvalitet forstått som subjektivt verdsatt livsform.*

Kriteriet for individuell livskvalitet blir personlig opplevelse av tilfredshet og lykke.

3. *Livskvalitet forstått som helse i vid forstand.*

Kriteriet her er fravær av mentale og somatiske sykdommer.

(Askheim 2003)

### **3.5 Bofellesskap og omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser.**

For å kunne diskutere hvorvidt bofellesskap og omsorgsboliger har økt kvaliteten på tjenester til mennesker med psykiske lidelser i henhold til opptrappingsplanen, har jeg funnet det nødvendig å definere hva tjenestetilbudet er ment å være.

I opptrappingsplanen definerer regjeringen at mange mennesker med psykiske lidelser har en svært dårlig bostandard, sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen. Det påpekes også at bostandard har betydning for sosial integrasjon og en nødvendighet for å fungere i hverdagen. I planen legges det vekt på å styrke de hjemmebaserte tjenestene, med mål for øyet at dette kan føre til at den enkelte mestrer sitt dagligliv på en bedre måte, øke livskvaliteten og redusere behovet for institusjonsbehandling (Helse og omsorgsdepartementet, R.S. 1-4 1999).

Regjeringen har formulert planen for tjenesten på en måte som gir kommunene rom for å kunne organisere tjenesten på ulike måter og selv definere mye av innholdet. Bergen Kommune har laget en veileder for etablering av bofellesskap for personer med psykiske lidelser, som har vært brukt og anbefalt av andre kommuner. Veilederen er laget av kommunen i samarbeid med Høgskolen i Bergen og Århus Kommune i Danmark som har ca 20 års erfaring med drift av slike bofellesskap (Bergen Kommune, 2007).

Hva er så et bofellesskap? I veilederen fra Bergen Kommune har de definert tjenesten på en grundig måte. Her presenteres noen punkter fra dokumentet, som kan sammenfatte store deler av hva tjenesten inneholder.

- Et hus med flere selvstendige boenheter for personer, valgt ut etter spesielle kriterier. I huset finne et fellesareal som kan benyttes av alle som er tilknyttet bofellesskapet.

- Det er personal tilgjengelig enten et visst antall timer pr. uke, eller i enkelte bofellesskap på døgnbasis.
- Personalet skal ikke drive behandling, men yte ulike tjenester i form av bistand og kontakt. Graden av tjenester avtales mellom personal og beboer og er forpliktende for begge parter etter at avtalen er inngått.
- Personalets oppgave er å legge til rette for mestring av eget liv ved kontakt og aktivitet.
- Beboerne ses på som voksne ansvarlige mennesker, som fullt ut har ansvar for eget liv.
- Hver enkelt beboer har alltid fullverdige leiligheter hvor alle nødvendige funksjoner finnes innenfor den enkeltes privatareal.
- Beboerne har rettigheter og plikter etter husleieloven.

### **3.6 Integrering og deltakelse:**

Et av opptrappingsplanens mål for mennesker med psykiske lidelser er integrering i samfunnet og sosial deltakelse. Jeg ønsker derfor å ta med teori rundt disse begrepene for å forsøke å belyse hva som kan påvirke nettopp dette.

I følge Brodtkorb m fl.(2001), defineres integrasjon som å skape balanse mellom verdier som er felles mellom majoriteten og minoriteten i et samfunn. Minoriteten skal kunne holde på og få respekt for sine særtrekk, så lenge det ikke statens lover overtres.

For å kunne drøfte integrasjon har jeg valgt å også definere begrepene segresjon og assimilasjon. Med segresjon menes å holde ulike grupper i samfunnet atskilt både i forhold til boligstrøk, skole, sosiale systemer og rettighetsmessig. Med assimilasjon menes en politikk som har som mål å gjøre minoritetene mest mulig lik majoriteten for å bedre passe inn i det samfunnet som styres av majoriteten (Brodtkorb m. fl 2001).

Når en snakker om integrering er det viktig å være klar over at det er en assymetri i maktfordelingen. De som skal integreres (minoriteten) har mindre makt enn de som skal sørge for integrasjon (majoriteten). Forfatterne understreker også at integrasjon er avhengig av at begge parter aksepterer og tilpasser seg forandringer til det beste for begge parter. Det kan likevel være slik at det er til det beste at man må behandle folk ulikt, for at de skal kunne få en likeverdig behandling.

Sosial kontroll utøves i alle samfunn og påvirker en persons rolle som integrert eller ikke integrert. Brodtkorb m. fl, beskriver symbolsk interaksjonisme som teori hvor et menneskes syn på seg selv skapes gjennom sosial interaksjon med andre. Med andre ord, dannes et menneskes selvbilde ut i fra hvordan den enkelte oppfatter at andre ser på seg selv i tillegg til egenoppfatningen. Sosiale omgivelser tar gjerne i bruk reaksjoner som stempeling når en opplever sosiale avvik, noe som igjen kan føre til et ytterligere problematisert sykdomsforløp. Stigmatisering som kommer fra grekerne som brukte å merke personer fysisk hvis de var fysisk syke eller ble sett på som moralsk lavtstående. I dagens samfunn bruker vi stigma og stigmatisering om sykdommer og atferd som får konsekvenser for en persons syn på seg selv og sosiale reaksjoner fra samfunnet (Brodtkorb m. fl 2001).

### **3.7 Om kompetanse.**

Greta Marie Skau (2005) beskriver kompetansetrekanten med teoretisk, praktisk og personlig kompetanse på hver sin side. Hun påpeker også at modellen kan ha form som et hus, hvor personlig kompetanse danner grunnmuren og teoretiske og yrkesspesifikke kunnskaper reisverket på toppen. Modellen kan også presenteres som sirkler som går inn i hverandre og danner felles rom.

Skau definerer teoretisk kunnskap til å være faktakunnskaper og allmenn forskningsbasert viten. Det er denne kunnskapen som er spesiell for det enkelte fag og profesjon. Videre sier hun at yrkesspesifikke ferdigheter er teknikker og metoder som tilhører bestemte yrker. Dette kan dreie seg om at man kan gjennomføre ulike prosedyrer innenfor sitt fag. Personer med høye yrkesspesifikke ferdigheter omtales ofte som praktikere.

Den tredje siden av kompetansetrekanten, personlig kompetanse, definerer Skau som hvem vi er som person i samspill med andre, i tillegg til hvem vi lar andre få være i den samme interaksjonen. Skau sier at denne kompetansen er den som man har minst dokumentasjon og bedømmelse av og som det er minst fokus på i utdanningsinstitusjonene. Hun sier også i tillegg at det er den kompetansen det tar lengst tid og utvikle.

I følge Lauvås & Lauvås (2004) er hverdagskunnskap en kunnskap som er vanskelig å redegjøre for, fordi den er basert på personlige erfaringer. Vi gjør mot andre det vi har opplevd selv. Lauvås og Lauvås presiserer at denne kunnskapen baseres på at vi vet hva vi vil gjøre, men ikke hvorfor. Videre presiserer Lauvås og Lauvås (2004:134), basert på Wackerhausens (1999) differensieringen mellom hverdagskunnskap og vitenskapelig kunnskap:

- For at vi skal kunne kalle noe viten må vi oppfylle fire krav: eksplisitt formulering, språklig form, det må være sant og det må gis begrunnelser for hvorfor det er sant.
- Endringer lar seg regelfeste
- Kompetanse er konstituert av spesifikk viten som gjør at man kan bruke regelbaserte ferdigheter innenfor eget kompetansefelt i gitte situasjoner.
- Faglig viten og person som bærer denne holdes atskilt. Fagutøvers personlige erfaringer og preferanser skal ikke påvirke handlinger. Det vil gjøre ham til en uprofesjonell (Lauvås og Lauvås 2004).

### **3.7.1 Utvikling av fagkompetanse:**

Kari Killen (2007) beskriver Reynolds fire faser i faglig utvikling slik:

1. Selvsentrertthetsfasen
2. Briste eller bære fasen
3. Forståelse for situasjonen uten evne til å handle ut fra forståelsen
4. Evne til både å forstå og handle ut fra forforståelsen
5. Evne til å formidle sitt eget fag.

Fase 1, hvor man er opptatt av å være god nok og preget av en følelse av utilstrekkelighet. Fase 2, hvor man begynner å bli mer opptatt av den/de andre (klient eller kollegaer). Man er ennå usikker, men i større grad i stand til å søke læring. Fase 3 hvor man forstår hva som kan være grunnlaget for en problemstilling, men framdeles er veldig usikker på hva man skal gjøre for å hjelpe. Fase 4, hvor man har integrert teori og praksis så godt at man evner å handle ut i fra erfaringer og forforståelse. Fase 5 krever stor trygghet og erfaring i forhold til eget fag. Killen sier at de fleste bruker flere år i praksis før de når fase 5.

### **3.8 Bemanning i omsorgsboliger og kompetanse.**

I opptrappingsplanen presiseres det at man for å kunne styrke de kommunale tjenestene i forhold til mennesker med psykiske lidelser må man sikre seg mer og bedre utdannet personell. Det konstateres at de fleste kommuner har personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid, men at det er behov for ytterligere kompetanseheving (Helse og omsorgsdepartementet, R.S. 1-4, 1999).

Om kompetanseheving og rekruttering sier opptrappingsplanen at det er behov for generell heving av kompetanse for alt personell som kommer i kontakt med mennesker med psykiske lidelser (Helse og omsorgsdepartementet, R.S. 1-4, 1999). Videre sier man at ufaglærte skal kurses med et visst minimum, med grunnopplæring i form av korte kurs. For personell med kompetanse fra videregående nivå, skal det legges til rette for etterutdanning i psykisk helse. For personell med høyskoleutdanning gis det tilskudd til kommunene for tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse (Helse og omsorgsdepartementet, R.S. 1-4, 1999).

### **3.8 Kompetanseutvikling i kommunene etter opptrappingsplanen.**

Utgangspunktet for dette kapittelet er Norsk institutt for by- og regionsforskings rapport fra Marit K. Helgesen m. fl (2005), om kompetanseutvikling i psykisk helsearbeid i kommunene. Rapporten er basert på mål satt av myndighetene i opptrappingsplanen for psykisk helse.



Det foreligger ikke spørreskjema, intervjuguide eller lignende i rapporten som kan si noe om hvordan undersøkelsen er foretatt. Det er imidlertid opplyst at den bygger på både kvantitative og kvalitative data. Hovedhypotesen for den kvantitative undersøkelsen er at kommunes profil legger viktige betingelser for hvilken kompetanse det satses på (Helgesen m. fl. 2005).

Yrkesgrupper som omfattes av undersøkelsen er sosionomer, barnevernspedagoger, leger, fysioterapeuter, helsesøstre, jordmødre, sykepleiere, hjelpepleiere, psykiatriske sykepleiere og vernepleiere. Tallene viser at det fra 1999 – 2004 har vært en økning innenfor alle yrkesgruppene med unntak av psykiatriske sykepleiere. I følge forskerne antar man at dette skyldes at denne yrkesgruppen har vært en stor overgang til spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viser også at det er størst økning i antall årsverk innefor boligrettede tiltak innenfor arbeidet med psykisk helsearbeid. Her økte antall årsverk pr. 10 000 innbyggere fra 3,9 i 2003 til 4,8 i 2004. Troms, Finnmark og Sogn og Fjordane har høyest antall årsverk begge år, mens det er Oslo, Akershus og Sør-Trøndelag som ligger lavest.

84 % av kommunene i undersøkelsen hadde opplæringsplan i 2001, mot 40 % i 1998. Ca 70 % har kompetanseplan for psykisk helsearbeid. 28 % av kommunene har opplevd vanskeligheter med å rekruttere psykiatrisk sykepleier, mens bare 13 % har hatt problemer med å få annet høyskoleutdannet personell. I de kvalitative undersøkelsene rapporterer forskerne at det ser ut som om kommunene som deltok i liten grad satte i gang kompetansehevende tiltak via etter og videreutdanning. Tiltakene for å øke kompetansen gikk ut på å rekruttere personell som alle rede innehar ønsket kompetanse. Selv om kommunene lar sine ansatte delta på kurs og seminarer ser det ut som om det er lite systematisk planlegging bak dette (Helgesen m. fl. 2005).

I oppsummeringen av rapporten sier Helgesen m. fl (2005) at det kan synes som om kommunene rekrutterer tradisjonelt og at psykiatrisk sykepleie dominerer fagfeltet. Deres anbefalinger er derfor å rekruttere flere typer kompetanse. Videre anbefaler de med bakgrunn i sine forskningsresultater at det understrekes ytterligere for kommunene at det bør jobbes systematisk med kompetanseheving og opplæring.

Rekrutteringsrapport fra Helsedirektoratets plan for rekruttering (2002) sier at det vil bli overskudd på vernepleiere, sosionomer og ergoterapeuter samlet sett fram mot 2020, men

sannsynlig et underskudd på vernepleiere. For sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere vil det være et stort underskudd og at den største utfordringen vil være å skaffe nok helsefagarbeidere. I Helsedirektoratets rapport for rekruttering i 2005 legges det fram tall fra Aetat hvor det meldes om at det ikke er mangel på vernepleiere og sosionomer, men at man mangler henholdsvis 500 og 450 hjelpepleiere og sykepleiere.

### **3.10 Kommunenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser.**

#### **3.10.1 Overordnet om rapporten**

For å finne ut mer av hvordan kommunene har jobbet med opptrappingsplanen for personer med psykiske lidelser, har jeg tatt utgangspunkt i Trine Monica Myrvolds rapport ”Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering” (2004). Denne rapporten er utgitt av Norsk Institutt for by- og regionsforskning og er basert på en spørreundersøkelse med forhåndsdefinerte svar. Skjemaet er sendt til alle landets kommuner og det opplyses at knapt 60 % har svart. Bydelene i Oslo og Bergen er trukket ut med begrunnelsen at de ikke kan inkluderes i en analyse der kommunene er analyseenhet. Myrvold opplyser også at det er variasjoner i hvorvidt det er svart på alle spørsmålene, og at det er spørsmål vedrørende barn og unge som det i hovedsak unnlates å svare på (Myrvold 2004).

#### **3.10.2 Organisering**

I veilederen til undersøkelsen har man skissert fire hovedmodeller for organisering av psykisk helsearbeid som jeg her vil presentere:

1. Arbeidet er organisert i en egen enhet med egen leder, budsjett og personalgruppe, som yter tjenester kun relatert til psykiske lidelser.
2. Kommunen har egen ”psykiatritjeneste” med spesialisert personell. I tillegg vektlegges det å styrke tjenesten ved å jobbe med kompetanseoppbygging blant ansatte i ordinære tjenester.

3. Psykisk helsearbeid er organisatorisk plassert i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef. Ellers er det ingen enhet for psykisk helsearbeid og de ordinære tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid.
4. Psykisk helsearbeid ivaretas av ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggere med psykiske problemer benytter. Ansatte har eller bygger opp kompetanse i psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid (Myrvold 2004:29).

Undersøkelsen viser at modell 1: favner 17 %, modell 2: 68 %, modell 3: 4 % og modell 4: 9 %. 2 % har ikke definert seg inn under noen av modellene (Myrvold 2004).

### **3.10.2 Samarbeidsrelasjoner internt i kommunene.**

Opptrappingsplanens klare mål er å skape åpenhet om psykiske lidelser, ivareta denne gruppens behov, og gi et godt helhetlig tilbud for at integrering og sosialisering skal kunne finne sted.

Myrvold (2004), presenterer i sin rapport resultater som viser hvordan ulike sektorer i kommunale organisasjoner deltar i ulike deler av tjenestekområder innenfor psykisk helsearbeid. Resultatene viser at det er pleie og omsorg som er de sentrale aktørene, i tillegg til legetjenesten. Få kommuner opplyser at de samarbeider med kultursektor, rehabilitering/ergoterapi og fysioterapi. I forhold til både involvering og planarbeid viser rapporten at kommunene som har organisert seg i integrert modell (modell 4) er sterkere involvert i arbeidet rettet mot voksne med psykiske lidelser, sammenlignet med andre kommuner.

### **3.10.3 Tjenestetilbud til brukere.**

Retten til individuell plan er hjemlet i Lov om Kommunehelsetjenester, og skal tilbys personer med langvarige og sammensatte hjelpebehov. I følge Myrvold (2004) rapporterer 16 % av kommunene at de aldri tilbyr individuell plan (IP), 59 % tilbyr noen brukere med langvarige behov IP, og 26 % tilbyr alltid IP. Det er flest små kommuner som aldri og alltid tilbyr IP. Tallene viser dermed at det er store forskjeller på bruk av dette verktøyet i små kommuner.

Resultatene av undersøkelsen viser også at små kommuner rapporterer i høyere grad at de ikke oppretter ansvarsgrupper og tverrfaglige grupper i psykisk helsearbeid. Hvorvidt dette skyldes at kommunene ikke ser nytten av dette, eller at de mangler kompetansen har man i følge Myrvold (2004) ikke kunnskap om. Videre rapporteres det at de små kommunene i mindre grad enn de større samarbeider med Aetat og Trygdekontoret. På spørsmål omkring deltagelse i tverrfaglige team er tendensen motsatt, de små kommunene oppgir høyere grad av deltagelse i slike grupper.

Totalt sett svarer kun 4 % av kommunene at kultursektoren i stor grad er involvert i psykisk helsearbeid, til sammenligning svarer 15 % at den samme sektoren er involvert i planarbeidet. Innenfor kultursektoren både i involvering og planarbeid viser tallene at integrert modell skårer lavest i forhold til kultursektoren, mens de skårer høyest i forhold til pleie og omsorg (Myrvold 2004). Det er i spørreskjemaet flere spørsmål rundt aktivitets- og fritidstilbud for målgruppen, men det går ikke fram i noen av tabellene hvordan dette er tilrettelagt.

I rapporten til Helgesen m. fl viser undersøkelser at i 2003 brukte man 1,7 årsverk til aktivitetsrettede tiltak og i 2004 var tallet 1,98 årsverk pr 10 000 innbyggere.

#### **3.10.4 Samarbeid med brukerorganisasjonene.**

Opptappingsplanen for psykisk helse har høyt fokus på brukermedvirkning og brukerorganisasjoner har fått tilført betydelige ressurser. Brukermedvirkning skal i følge opptappingsplanen foregå både på system og individnivå. Myrvold (2004) presenterer resultater for hvordan kommunene oppfatter samarbeidet med brukerorganisasjonene.

Her viser tallene at 44 % av kommunene har lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene, 9 % opplever samarbeidet som vanskelig, 34 % stort sett bra og 13 % synes samarbeidet er svært godt. Her kan det være verdt å merke seg at i kommuner med over 30' innbyggere er det 36 % som opplever samarbeidet som vanskelig, og at det er de mellomstore kommunene som skårer høyest på godt samarbeid (Myrvold 2004).

## **3.11 Brukerorganisasjonenes synspunkter**

### **3.11.1 Høringsuttalelse fra Mental Helse til Nasjonal Helseplan 2007-2010**

Mental Helse, som er brukerorganisasjonen for personer med psykiske lidelser, skrev i 2006 en høringsuttalelse til helse og omsorgsdepartementet hvor de påpekte utfordringer i forhold til nasjonal helseplan for 2007-2010. Her ønsker foreningen å presisere overfor helsemyndigheter at personer med psykiske lidelser ikke er kunder i et marked, men mennesker som har behov for og ønsker hjelp til å mestre eget liv.

Mental helse er tydelige på at de ønsker sterkere føringer for brukermedvirkning både på individ og systemnivå. Organisasjonen mener at opptrappingsplanen er tydelig på dette punktet, men at det i varierende grad har nådd kommunene. De ønsker derfor at dette skal presiseres i Nasjonal Helseplan og at brukerorganisasjonene må få være med på bidra til disse formuleringene. Spesielt nevnes de pårørende som ressurs og nettverket som bidragsytere for gjøre behandlingen vellykket.

Mental Helse er tydelige på at tjenestene i kommunene til psykiatriske langtidspasienter skal være faglig forsvarlig. De mener derfor at det er viktig at kommunene settes i stand til å drive boliger med de tjenester og dyktige fagfolk som trengs, og for å få til dette må kommunene få mer av de samlede ressursene. Mental Helse ønsker å påpeke at mange som tvangsinnlegges i spesialisthelsetjenesten er bostedsløse med dobbeldiagnoser (psykiatri og rus), som kommunene har ansvar for å hjelpe (Mental Helse, 2006).

### **3.11.2 Udekte hjelpebehov**

Mental Helse presenterer via sine nettsider en undersøkelse de har foretatt blant sine medlemmer i Nordland, Troms og Finnmark som viser at det fortsatt finnes mange udekte behov. Dette er ikke en vitenskapelig basert undersøkelse, men den gir likevel antydninger om hvor det bør jobbes.

Spørreskjema ble sendt til 1935 personer i de aktuelle fylkene og 215 har svart, det betyr en svarprosent på 11. Undersøkelsen viser at det er store sprik mellom etterspørsel og tilbud. 41 personer ønsker hjelp til nettverksarbeid og kun 8 har fått det, 41 personer ønsker tilbud om utdanning og kun 10 har fått slikt tilbud. 37 personer har ønske om å

komme i arbeid og her er det kun 12 som opplyser å ha fått hjelp til dette. Mellom 20 og 28 personer ønsker støtte og hjelp til å skaffe bolig og til å lære seg å bo alene. Her viser undersøkelsen at hver 3.- 4. har fått slik hjelp.

På spørsmål om ønsker om kurs svarte 89 personer at de ønsker kurs om individuell plan (IP). Kun 40 av de som svarte hadde selv IP og 57 mente de hadde behov for eller krav på det. På spørsmål om de ønsket videreføring av øremerkede midler, svarte 92,6 % ja (Mental Helse, 2009).

### **3.11.3 En arena for beboere og ansatte.**

I Stavanger har Kommunen for tredje år på rad arrangert et seminar for beboere i bofellesskap, medlemmer av Mental Helse, pårørende og ansatte inne psykisk helse. Arrangøren understreker at i møtet mellom beboere og ansatte oppstår det ny kompetanse. Brukere understreker i intervjuet viktigheten av for deres del å ha fellesskapet som gir både trygghet og frihet. Elementer de understreker er viktig i bofellesskapet er det å bli tatt på alvor, hørt på, regnet med, noen å le sammen med, noen å strekke seg for, noen som ser deg og noen å le sammen med.

Representant for arrangøren, sier det er spesielt flott at det er økning i antall deltakere på seminaret, og at tanken om å arrangere et slikt forum landsdekkende på sikt. Det understrekes også at møtet mellom brukere og ansatte er uvurderlig hvis en skal ta brukervedvirkning på alvor (Mental Helse, 2009).

## 4.0 Drøftingsdel.

### 4.1 Tilstrekkelig bistand fra tjenesteytere med tilstrekkelig kompetanse.

I opptrappingsplanen er et av hovedmålene at mennesker med psykiske vansker skal få tilstrekkelig med bistand fra tjenesteytere med tilstrekkelig kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet R.S. 1-4, 1999).

Hvordan definerer man hva som er tilstrekkelig både innenfor bistands- og kompetanseområdet? Her har myndighetene desentralisert ansvaret for disse oppgavene til kommunene og det er opp til disse lokale myndighetene å definere hva som er godt nok.

I Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997), som er grunnlagsdokumentet for selve opptrappingsplanen, gjør helse og omsorgsdepartementet grundig rede for ulike deler av psykiatriens relativt korte historie. Slik jeg har lest dokumentet, legges det stor vekt på at man i behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser ikke på nytt havner i en situasjon hvor behandlingsparadigmet blir ubalansert og endimensjonalt. Åpenhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1996), er spesifikke på at man skal finne gode løsninger som kan kombinere ulike syn og perspektiver i psykisk helsearbeid. I dette forstår jeg at det ligger føringer fra myndighetene at det skal foreligge tilbud som kombinerer medisinske og sosialpsykologiske behandlingsmodeller sammen med aktivt miljøarbeid.

Siden denne oppgaven har fokus på tilbudet som gis til personer som har fått tilbud om bofellesskap, fordi de har psykiske lidelser er det miljøarbeid som er den aktuelle bistandsmetoden å drøfte. Hva er så sentralt i målretta miljøarbeid? Her har myndighetene i sine mål for opptrappingsplanen vært spesifikke på hva de ønsker for det enkelte individ. Ingen skal ha spesialinstitusjon som sitt varige bosted og kommunene har ansvar for å yte tjenester som å skaffe bolig, arbeid, støttekontakt og fritidstilbud, med mål om sosial integrasjon og mestring av eget liv (HOD, R.S. 1-4, 1996). I begrepet miljøarbeid ligger det implisitt å legge til rette for at den enkelte skal kunne mestre så mange av livets områder som mulig, for å oppnå ønsket livskvalitet. Beboere i omsorgsboliger i Stavanger har for tredje året på rad, arrangert seminar hvor ansatte i boliger, sammen med beboere og deres pårørende har diskutert temaet ”motivasjon og tilfriskningsprosess”. Her uttaler beboerne at bofellesskap har mange positive aspekter i seg for egen tilfriskningsprosess.

Her nevnes både forståelse for egen problematikk, noen å le og gråte sammen med, noen som stiller krav og får deg til både å strekke og skjerpe deg (Mental Helse, 2009). Kan bofellesskapet være en arena bort fra segresjon fram til integrering? Mange har kanskje mange år med isolasjon bak seg og første steg på veien til integrering kan da muligens være et bofellesskap med støtte både fra ansatte og andre beboere?

Hva har så kommunene definert som tilstrekkelig kompetanse og bistand i organiseringen av bofellesskap? I følge veilederen som er laget av Bergen Kommune (2007) definerer man bofellesskap som rehabilitering til mestring av eget liv i forhold til praktiske oppgaver, sosialisering og deltakelse i aktiviteter sammen med andre. Slik jeg forstår det, defineres det da ikke som psykiatrisk behandling.

Personer som arbeider i bofellesskap vil da være tilretteleggere for de som bor i bofellesskapet med ansvar for å oppmuntre til aktivitet, være disponibel for samtaler og bistå den enkelte i praktiske gjøremål og planarbeid. Hva er så tilstrekkelig kompetanse for å bistå beboerne i deres hverdag? Greta Skau (2005) beskriver kompetanse i form av en trekant, hvor de ulike sidene representerer teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og personlig kompetanse. Hun understreker at det er ferdigheter innenfor disse feltene til sammen som gjør en person faglig kompetent.

De teoretiske og praktiske kunnskapen og ferdighetene er ikke den samme for ulike helse- og sosialfaglige utdannelser. Litt grovt kan man si at vernepleiere har sitt sosialpedagogiske perspektiv, ergoterapeuter sitt fokus på aktivitet, sosionomene gode ferdigheter i saksbehandling, sykepleiere har medisinsk og pleiefaglig kompetanse og hjelpepleiere har også pleiefaglig kompetanse fra videregående utdanningsnivå. Hvis man ser for seg de ulike yrkesgruppene som inneholder av hver sin kompetansetrekant hvor en til sammen har styrker på ulike felt av den teoretiske og praktiske delen av trekanten, vil det til sammen gi bredde i teoretisk kunnskap. Den personlige kompetansen er ikke noe man kan lære ved å lese en bok, det er kompetanse man opparbeider seg gjennom å jobbe med relasjoner til andre mennesker både tjenestemottakere og kollegaer, og er således ikke knyttet til noen spesifikk yrkesgruppe (Skau 2005).

I sin veileder sier Bergen Kommune (2007) at de ser det som nødvendig at ansatte i tillegg til personlig egnethet har minst 3-årig høyskole og helst med videreutdanning innenfor



psykiatri. Videre sier de at det er ønskelig at ulike profesjoner er representert innenfor samme bofellesskap for å få et utvidet perspektiv og ulike vinklinger i arbeidet. I et kompetanseperspektiv kan en da se for seg at ved å ansette personer som har solid teoretisk utdanning fra ulike felt vil ha mulighet for å kunne veilede tjenestemottakere i forhold til ulike problemstillinger og ha faglige begrunnelser for denne.

Hvilke yrkesgrupper og hva slags kompetanse innehar personell som jobber i bofellesskap rundt om i kommunene i Norge? Er det slik at kommunene har lagt vekt på tverrfaglighet i organiseringen av botjenester til personer med psykiske lidelser? I Opptrappingsplanen (HOD,1999) står det at man skal legge vekt på å heve kompetansen på det personalet man alle rede har. For ufaglærte henvises det til at de skal kursenes med et visst minimum i form av korte kurs, for å kunne jobbe med målgruppen. Videre presiseres det at det skal settes av midler til videreutdanning i psykisk helsearbeid for personell både på videregående og høyskolenivå. Slik jeg leser opptrappingsplanen, ligger det ikke føringer for hvordan fordelingen av utdanningsnivå på personell bør ligge. Jeg leser heller ikke ut i fra opptrappingsplanen om det bør legges vekt på tverrfaglighet innenfor omsorgsboligene. Slik jeg forstår planen legges det først og fremst vekt på å heve kompetansen til det personalet som alle rede er ansatt i kommunene ved hjelp av statlige stimuleringsmidler.

Ser man på denne anbefalingen i forhold til veilederen fra Bergen Kommune, som er utarbeidet av vernepleierstudenter i samarbeid med annet helsepersonell, kan det se ut som om det ikke er samsvar mellom kvalifikasjonskravene til denne kommunen og det som anbefales av Helse og Omsorgsdepartementet. Marit Helgesen m. fl (2005) har i sin rapport om kompetanseutvikling i kommunene presentert noe av utviklingen innenfor fagområdene. Her ser det ut som om det er økning innenfor alle grupper høyskoleutdannede helse- og sosialarbeidere, med unntak av psykiatriske sykepleiere. Hun rapporterer også at det er økning i antall årsverk innenfor arbeidet med psykisk helsearbeid.

Hvordan yrkesgruppene er fordelt innenfor bofellesskap kan imidlertid være vanskelig å lese ut i fra rapporten. De fleste kommunene har organisert tjenester til personer med psykiske lidelser i det Myrvold (2004) karakteriserer som egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Dette betyr at mange bofellesskap f.eks er organisert innunder pleie og omsorg 53 %, helsetjenesten 25 % eller sosialtjenesten 9 %. Hvordan defineres så

kompetansebehovet internt i tjenesten? Myrvold (2004) stiller i sin rapport spørsmål om ivaretagelsen av tverrfaglig kompetanse innefor psykisk helsearbeid. Hun sier i sin rapport at det kan se ut som om det rekrutteres noe ensidig sykepleiefaglig innenfor tjenesten og stiller spørsmål om det er hegemonisk betinget.

Hvis det er tilfelle vil dette kanskje løse seg i form av at man må rekruttere inn andre yrkesgrupper på sikt med grunnlag i sykepleiermangel? Estimat viser at ut i fra hvordan man har rekruttert til nå innenfor de ulike sektorene, vil det bli stor mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere fram mot 2020 (Helsedirektoratet 2002). I samme rapport viser Helsedirektoratet til at det samlet sett vil bli overskudd på vernepleiere, ergoterapeuter og sosionomer. Vil denne trenden føre til at man må tenke annerledes i forhold til rekruttering innenfor tjenestene og dermed øke tverrfagligheten? Myrvold (2004) beskriver at det har vært en sterk økning i utarbeidelse av kompetanseplan for kommunene og at 84 % nå har skaffet seg det, og at det kun er 28 % som rapporterer at de har hatt problemer med å skaffe seg kvalifisert personell.

#### **4.1.1 Presentasjon av kommunale tilbud i noen av Møre og Romsdals kommuner.**

Hvordan ligger det så an i forhold til organisering og tjenestetilbud i eget fylke?

Representerer Møre og Romsdal gjennomsnittet av landet for øvrig? Med tanke på at dette fylket har hatt et av landets største sentralsykehus for psykiatriske lidelser og historisk sett et stort fagmiljø innenfor psykiatri, er det interessant å se om dette kan gjenspeiles i de kommunale tjenestene. Det er kommunenes nettsider som kilde til denne presentasjonen.

**Molde Kommune** opplyser å ha organisert tjenestene i en integrert modell, hvor bofellesskap ligger under pleie og omsorgstjenestene. De har også ansatt en egen koordinator til å følge opp opptrappingsplanen for psykisk helse (Molde Kommune 2007).

**Aukra Kommune** opplyser at de har ansatt psykiatrisk sykepleier som kan oppsøkes i oppgitt kontortid. De opplyser at sykepleier i samråd med lege kan henvise videre om nødvendig. Tilbud ut over dette opplyses det ikke om (Aukra Kommune 2009).

**Vestnes Kommune** opplyser at de har en desentralisert organisering av psykisk helsearbeid og samarbeider med NAV om dette. De har dagsenter og hjemmetjenesten tilbyr hjelp til personer i eget hjem (Vestnes Kommune 2008).

**Fræna Kommune** har nesten ikke informasjon om psykisk helsearbeid på sine nettsider. De opplyser om at de har etablert et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser i Aureosen, som er organisert i avdeling for re-/habilitering (Fræna Kommune 2007).

**Kristiansund Kommune** presenterer sine tjenester for personer med stor åpenhet. De har et kommunalt bofellesskap hvor det bor 16 personer. I tillegg til dette har kommunen dagsenter, tjenester via hjemmetjenesten og kurs i depresjonsmestring (Kristiansund Kommune 2009).

**Ålesund Kommune** henviser til sin hjemmetjeneste for å få grundig informasjon om tilbud innenfor psykisk helsearbeid. Kommunen opplyser imidlertid via sine nettsider at de har tilbud om bofellesskap med bemanning, dagtilbud, individuell plan, ut i arbeid via NAV og tilbud om fysisk aktivitet (Ålesund Kommune, 2008).

Hvis man sammenligner disse kommunene i Møre og Romsdal med landsgjennomsnittet, kan det se ut som om de er relativt representative ut i fra den informasjonen om psykisk helsearbeid som ligger på internett. De største bykommunene henviser til opptrappingsplanen og informerer om at de har bofellesskap/omsorgsboliger med både delvis og døgnbehandling og viser at de har større bredde i tilbudet enn de mindre kommunene. Hvorvidt det ikke stemmer kan vites, da det kun er tatt hensyn til den informasjonen som kommunene har valgt å presentere.

Hvordan kommunene velger å presentere tjenestene er imidlertid interessant i forhold til myndighetenes mål om åpenhet om psykiske lidelser, integrering og sosialisering. Er det slik at det allment har blitt mer åpenhet og mindre stigmatisering av personer med psykiske lidelser? Brodtkorb m. fl.(2001) at segresjon er å holde ulike grupper i samfunnet atskilt ut i fra ulike kriterier, sykdom og sosiale ferdigheter kan være slike. Ser en på historien kan psykiatriske pasienter som tidligere var vernet i store institusjoner i grisgrendte strøk ha vært utsatt for segregering.

I mitt søk på nettet, var det kun Kristiansund som presenterte sine bofellesskap og staben som jobber der både med tekst og bilde. Det kan være et uttrykk for at man tenker åpenhet rundt tjenesten og integrering i samfunnet. Brodtkorb. m.fl (2001) presiserer at integrering er å finne en balanse mellom majoriteten og minoritetens verdier. Kan åpenhet på denne måten mennesker styrke til å delta i samfunnet som den de er?

## **4.2 Åpenhet rundt psykiske lidelser, integrering og sosialisering.**

Det motsatte av segresjon er assimilasjon, hvor målet er at minoritetene blir mest lik majoriteten (Brodtkorb m. fl, 2001). Mange av kommunene opplyser at de har tilbud om omsorgsboliger, men presenterer dem ikke åpent via nettet med tekst og bilde. Kan dette være en måte å verne om personer med psykiske lidelser som kan tangere mot assimilasjon, og at dette er et uttrykk for å skjerme målgruppen for stempeling? Brodtkorb m. fl (2001) sier om stempeling, at dette er en måte å merke og generalisere det majoriteten opplever som sosiale avvik og at det kan føre til ytterligere problematisert sykdomsforløp. Hvorvidt tjenesteyterne finner det vanskelig å finne en god balanse mellom integrering i samfunnet og vern mot stempeling og stigmatisering av enkeltpersoner og grupper står som et ubesvart spørsmål. I rapportene som er skrevet om evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse er dette i hvert fall ikke grundig kvalitativt behandlet.

## **4.3 Brukermedvirkning og myndighet over eget liv.**

Hvordan har så personer som har tjenester i omsorgsboliger opplevd endringer som følge av opptrappingsplanen for psykisk helse? Med utgangspunkt i teori rundt brukermedvirkning og livskvalitet, kombinert med uttalelser fra brukerorganisasjonen Mental Helse drøftes her måloppnåelse sett fra brukerens perspektiv. Politiske planer fra helsemyndighetene fokuserer mye på begrepene brukermedvirkning og helhetlig tilbud til tjenestemottakere. Bakgrunnen for økt fokusering på disse begrepene kan man se i organiseringen av offentlig forvaltning generelt og igjen i helse- og sosialsektoren. Myndighetene har valgt å organisere tjenestene i en modell som er influert av New Public Management (NMP). Rønning (2006) sier om NMP at det er en modell som er basert på markedsrettede prinsipper om tilbud og etterspørsel og at den i stor grad fokuserer på kostnadseffektivitet og profesjonell ledelse som hovedelement. Videre sier Rønning at modellen er svært brukerorientert og individrettet, og legger stor vekt på at den enkelte selv skal kunne velge hva som er det riktige tilbudet for seg.

Er det da slik at personer med psykiske lidelser, opplever at de har en meny å velge i fra når de har behov for hjelp, og er det dette de ønsker? I sin høringsuttalelse til Nasjonal Helseplan 2007-2010 kommer Mental Helse, med uttalelser som kan tyde på det motsatte. Her sier brukerorganisasjonen at de ikke er kunder i et marked, men mennesker som søker hjelp til å mestre egne liv (Mental Helse, 2006). Videre sier organisasjonen at de opplever opptrappingsplanen som veldig klar på punktet om brukermedvirkning både på individ og systemnivå, men at de opplever at dette ikke når ut i kommunene. Kan dette være et uttrykk for at brukermedvirkning på systemnivå ikke fungerer så bra som målgruppen ønsker? Markussen (2003) sier om brukermedvirkning på gruppe og systemnivå, er interesseorganisasjoners mulighet til å påvirke politiske avgjørelser.

I Myrvolds (2004) rapport, beskrives det at 44 % av kommune har lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene. Videre sier 9 % av kommunene at de opplever samarbeidet som vanskelig. Det kan også se ut som om det er de små kommunene som opplyser at de har lite samarbeid og at de største kommunene er de som opplyser at samarbeidet er vanskelig (Myrvold 2004). Hva dette er et uttrykk for vites ikke, men en kan stille spørsmål om det i det hele tatt er brukerorganisasjoner representert i de minste kommunene? Er det et så stort og profesjonelt hjelpeapparat i de største kommunene at brukerorganisasjonene opplever at man må rope høyt for å nå fram, og dermed oppleves som vanskelig å samarbeide med?

Som vernepleierstudenter blir vi opplært til å bruke Helhetlig Arbeidsmodell, som problemløsningsmodell for arbeid både på system, gruppe og individ nivå. Modellen går ut på å kartlegge utfordringer, analysere delene av en utfordring i et helhetsperspektiv, utforme mål, deretter sette i gang tiltak for å nå målene og evaluere tiltaket (Linde og Nordlund 2006). Dette er en generell problemløsningsmodell som brukes på system, gruppe og individnivå. Helse- og Omsorgsdepartementet har i form av Storingsmelding nr. 25 "Åpenhet og Helhet" kartlagt psykiatrien både historisk og den nåværende situasjon. De kom fram til at velferden for personer med psykiske lidelser ikke er god nok (HOD, 1996). Ut i fra denne kartleggingen fremmet regjeringen mål og tiltaksplan i form av opptrappingsplanen for psykisk helse. Den delen av tiltaket som gjelder omsorgsboliger fikk kommunene ansvar for å gjennomføre, i tillegg til at de fikk ansvar for å legge føringer for detaljene i tiltaksplanen. Evaluering av tiltaket har vært gjort i regi av blant

annet Norsk Institutt for By- og regionsforskning, og framkommer i rapporter fra Trine Monica Myrvold (2004) og Marit Helgesen m. fl. (2005).

Hvorvidt det er gjennomført grundige evalueringer i samarbeid med brukerorganisasjoner for tjenestemottakere og deres pårørende vites ikke, men søk på deres nettsider viser uttalelser og interne undersøkelser om gir et inntrykk av hvordan noen oppfatter situasjonen etter opptrappingsplanen. Har så det enkelte individ fått økt sin deltakelse og livskvalitet som resultat av opptrappingsplanen for psykisk helse? Å definere livskvalitet er ikke så lett, siden det som oppleves som kvalitativt godt for en person kan ha motsatt effekt hos en annen. Askheim (2003) presenterer to modeller for livskvalitet som kan grovt skissere hva som ligger i begrepet, Holm m. fl sin modell innbefatter ytre livsvilkår (bolig, arbeid, økonomi), mellommenneskelige relasjoner (partner, venner, søsken, foreldre, barn) og indre psykologisk tilstand (engasjement, energi, selvrealisering, frihet selvtilit og selvakseptering).

Sett i lys av denne modellen kan det stilles spørsmål om man har litt igjen før man kan konkludere med måloppnåelse på individplan i forhold til opptrappingsplanen for psykisk helse? En undersøkelse Mental Helse har gjort blant sine medlemmer i de tre nordligste fylkene i landet avdekker at personer opplever at de ikke får de tjenester de ønsker og har krav på (Mental Helse, 2009). Selv om undersøkelsen ikke er vitenskapelig og svarprosenten er svært lav, kan den gi en indikasjon. Her rapporterer medlemmene at de ikke har fått tilbud om individuell plan (IP), de savner hjelp til nettverksbygging, utdanning og arbeid. I denne undersøkelsen svares det også at kun hver 3. – 4. medlem som ønsker det har fått hjelp og støtte til å skaffe og lære seg å bo alene (Mental Helse, 2009). Dette samsvarer med rapporten fra Myrvold (2004), hvor kommunene opplyser at 16 % ikke tilbyr IP i det hele tatt og 59 % tilbyr det av og til. Den samme rapporten viser at kun i 4 % av kommunene er det samarbeid mellom kultursektor og psykisk helsearbeid. Helgesen m. fl (2005) skriver i sin rapport at økningen i aktivitetsrettede tiltak for personer med psykiske lidelser kun økte med 0,28 årsverk pr. 10 000 innbyggere fra 2003 til 2004. Ser man på modellen fra Askheim (2003) om livskvalitet, er dette områder som kan knyttes direkte mot denne.

Det siste spørsmålet i Mental Helse sin undersøkelse blant medlemmene i Nord-Norge var om de ønsket fortsettelse av øremerking av midler til psykisk helsearbeid. Her var det over 90 % som ønsket at øremerking skulle fortsette (Mental Helse 2009). Øremerkingen opphørte fra januar 2009, og Helse og Omsorgsdepartementet ved Bjarne Håkon Hanssen, uttalte at man nå var kommet så langt i utviklingen av tjenester til psykisk helsearbeid, at han hadde tillit til at kommunene løser disse oppgavene uten krav om øremerking av midler (HOD 2008). Hvis brukergruppa framdeles er skeptiske, er dette da en mistillit til lokale myndigheter? Vil vi se en nedgang i tilbudet innenfor psykisk helsearbeid når øremerkingen nå er et avsluttet kapittel?

## 5.0 Oppsummering.

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), er omfattende og evalueringsrapportene fulle av tabeller som angir måloppnåelse. I min problemstilling hadde jeg ønske om å finne ut av hvordan opptappingsplanen har påvirket tjenestetilbudet til mennesker som har tilbud innenfor kommunale bofellesskap med bemanning.

Etter å ha lett i labyrinter av tabeller i de kvantitative undersøkelsene som er foretatt av Norsk Institutt for By- og Regionsforskning, har jeg fått et inntrykk av at kommunene i Norge jobber relativt tradisjonelt i utførelse av pleie og omsorgstjenester. Det har vært vanskelig å finne gode tall på antall årsverk innenfor psykisk helsearbeid, siden det i mange kommuner er organisert innenfor samme avdeling som tjenester for somatiske tjenester. Det som imidlertid kan måles er antallet boliger som er bygget i løpet av planperioden. Her var målet 3 400 nye boliger, og pr. 2008 var det bygget ca 3 019. Dette viser at i antall boliger er man kommet langt.

Jeg har ikke funnet gode tall som viser resultater i forhold til målet om 3 400 årsverk i hjemmetjenesten. Det var også overraskende for meg å finne at det var så stor forskjell mellom myndigheter og veilederen fra Bergen Kommune i forhold til kompetansekrav for personell i omsorgsboliger. Helse og omsorgsdepartementet skisserer at ufaglærte skal kunne arbeide i tjenesten, med faglig oppdatering i form av korte kurs, mens Bergen Kommune i sin veileder sier at man bør ha minimum kompetanse på 3- årig høyskolenivå og helst videreutdanning i psykisk helsearbeid. Når det da også går fram av undersøkelser og rekrutteringsplaner at det kan se ut som om det rekrutteres svært tradisjonelt innenfor tjenesten, blir jeg nysgjerrig på hvordan man tenker i forhold til tverrfaglighet innenfor fagfeltet. Prognoser viser at det vil bli mangel på enkelte faggrupper som jobber innenfor feltet i dag, mens det vil bli overskudd av personell innenfor andre aktuell yrkesgrupper. Disse funnene er muligens materiale til en helt annen oppgave?

Det jeg opplever som mest tydelig etter å ha studert ulike rapporter og planer, er at brukerorganisasjonene ønsker bli tatt mer på alvor. Disse er tydelige på at de opplever at de kommunale tjenesteyterne ikke er gode nok på dette området. Brukerorganisasjonene er også svært tydelig på at de er skeptiske til at sentrale myndigheter har tatt bort øremerkingen av midlene som skal brukes til psykisk helsearbeid i kommunene. Her er det altså stor forskjell på tilliten til kommunene. Helseminister Bjarne Håkon Hanssen føler



seg trygg på at kommunene nå vil greie å ta ansvar for tjenesteytingen uten betingelser fra myndigheter sentralt, mens brukerne uttrykker engstelse for at tjenestene vil bli bygget ned.

Etter at jeg var nesten ferdig med min oppgave, kom jeg over en avisartikkel som viser at det framdeles finnes mange med psykiske lidelser som har behov for botjenester i kommunal regi. Her anslås det at det finnes omtrent 6 000 mennesker i Norge som er bostedsløse. Innenfor disse 6000 er det mange som har registrerte psykiske helseplager, og mange av disse har det som omtales som dobbeltdiagnoser (rus og psykisk sykdom). Dette vil kanskje bli den nye store utfordringen innenfor psykisk helsearbeid? Behov for tjenester innenfor psykisk helse fordi psykisk sykdom har ført personer inn i rusproblematikk, eller rus som har ført til psykisk lidelse? Hvordan dette vil påvirke behovet for kompetanseutvikling og tverrfaglighet innenfor tjenestene i bofellesskap er et spennende spørsmål? Sentrale myndigheter har slik jeg ser det lagt opp til en stadig mer desentralisert helse og sosialpolitikk, og dette vil stille stadig større krav til lokale myndigheter i deres utforming av tjenester.

## **Litteraturliste:**

- Askheim, Ole Petter (2003), *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2001). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Killén, Kari (2007), *Profesjonell utvikling og faglig veiledning: fellesfaglig perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauvås Kirsti, og Per Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid. – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Linde Sølvi og Inger Nordlund(2006) *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo Universitetsforlaget AS
- Markussen, Eifred (red.) (2003) *Menneskeverd. Funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- MEDLEX Norsk Helseinformasjon (2007). *Kommunehelsetjenesteloven med forskrifter. Sosialtjenesteloven med forskrifter*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Aadland, Einar (2006). "Og eg ser på deg...". *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

## **Selvvalgt litteratur:**

- Helgesen, Marit K, Marte Feiring, Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal (2005). *Kompetanseutvikling i kommunene. Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid*. Oslo: NIBR (129 sider)
- Myrvold, Trine Monica (2004). *Tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. Oslo: NIBR (146 sider)
- Sosial og Helsedirektoratet (2005). *Rapport nr. 2 fra Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet
- Storm, Marianne m. fl (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (134 sider)

## **Internetttsider:**

Aukra Kommune (2009) Tilgjengelig fra URL:

<https://www.aukra.kommune.no/Modules/Page/viewPage.asp?modid=3484&level=3484>

(lest 25.5.2009)

Bergen Kommune: Veileder for etablering av bofellesskap. Tilgjengelig fra URL:

[https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00011/Veileder\\_etablering\\_11095a.pdf](https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00011/Veileder_etablering_11095a.pdf) (lest 10.5.2009)

Fræna Kommune (2007). Tilgjengelig fra URL:

<http://www.frana.kommune.no/artikkel.aspx?MI1=4&MI2=47&AI1=641&Back=1> (lest 25.5.2009)

Helse og omsorgsdepartementet (1999). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008.

Tilgjengelig fra URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/1999/I-499.html?id=108440> (lest 1.5.2009)

Helse og Omsorgsdepartementet (1997). *Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet*. Tilgjengelig fra URL:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086) (lest 13.5.2009)

Helsedirektoratet (2002). Ny plan for rekruttering IS 10-64 Tilgjengelig fra URL.

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-1064\\_951a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-1064_951a.pdf) (lest 18.5.2009)

Kristiansund Kommune (2009). Tilgjengelig fra URL:

<http://www.kristiansund.kommune.no/Artikkel.aspx?AI1=475&back=1&MI1=1010&MI2=834&> (lest 25.5.2009)

Mental Helse (2009). Stort behov for mer hjelp. Tilgjengelig fra URL:

<http://www.mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=11531> (lest 18.5.2009)

Mental Helse (2006) Rehabilitering må inn i Nasjonal Helseplan. Tilgjengelig fra URL:

<http://www.mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=7041> (lest 18.5.2009)

Mental Helse (2009). En arena for beboere og ansatte. Tilgjengelig fra URL:

<http://www.mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=12187> (lest 18.5.2009)

Molde Kommune (2007)Tilgjengelig fra URL:

<http://www.molde.kommune.no/Modules/theme.aspx?Category.ID=1448&ObjectType=Article&ElementID=1815> (lest 25.5.2009)

Vestnes Kommune (2008). Tilgjengelig fra URL:

<http://www.vestnes.kommune.no/Modules/theme.aspx?ObjectType=Article&ElementID=1391&Category.ID=1125> (lest 25.5.2009).

Ålesund Kommune (2008). Tilgjengelig fra URL:

[http://www.alesund.kommune.no/index.php/psykisk\\_helsevern/psykiske\\_helsetjenester\\_for\\_voksne.php](http://www.alesund.kommune.no/index.php/psykisk_helsevern/psykiske_helsetjenester_for_voksne.php) (lest 25.5.2009)