



HiMoldeMaster

Mastergrad i helse- og sosialfag.

Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper:
Rehabilitering av brukere ved en sikkerhetspsykiatrisk
enhet til kommunalt nivå.

Svanhild Villa Nesje

Molde, 2008



Høgskolen i Molde

Studentoppgave til Mastergrad

Tittel på norsk: Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper.

Tittel på engelsk: Clinical Relations

Forfatter(e): Svanhild Villa Nesje

Fagkode: MHS704

Studiepoeng: 30

Årstall: 2008

Veileder: Atle Ødegård

Fullmakt til elektronisk publisering av masteroppgave

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven, det betyr blant annet en enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Jfr.Åndsverkl. §2).
Alle oppgaver som fyller kriteriene for registrering i BIBSYS Brage vil likevel bli registrert der, men gjort tilgjengelig elektronisk bare med forfatter(ne)s godkjenning.
Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt, vil ikke bli publisert elektronisk.

Jeg/vi gir herved HiM en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for publisering på internett:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?
(inneholder taushetsbelagt informasjon, Jfr. Offl. §5a/Fvl. §13)

ja nei

Dato: 13.08.2008

MASTERGRAD I HELSE- OG SOSIALFAG

Høgskolen i Molde

Våren 2008

Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper

**Rehabilitering av
brukere ved en sikkerhetspsykiatrisk enhet
til kommunalt nivå.**

**En kvalitativ studie
av hvordan tilsatte i kommunal psykiatritjeneste
opplever sentrale elementer i utskrivelsesprosessen.**

Mastergradsstudent: Svanhild Villa Nesje
Veileder: Atle Ødegård

FORORD

Når jeg nå avslutter oppgaven er det noen mennesker som jeg vil takke. Først og fremst kjenner jeg på en stor takknemlighetsgjeld til informantene som stilte opp, og var så positive. Uten at dere hadde stilt opp, ville det ikke blitt noe forskningsprosjekt. Tusen takk til alle og enhver av dere. Dere har lært meg mye, dere hadde mye på hjertet, og tiden gikk fort i intervjuene.

Takk til Atle Ødegård, veilederen min, for at du fikk meg på troen igjen til å fortsette prosjektet, på tross av omstillingen i Helse Nordmøre og Romsdal, og nedleggelse av Sikkerhetsenheten. Du stilte spørsmål som fikk meg til å tenke videre fremover. Takk for ditt engasjement og god faglig innsikt. Jeg fikk inspirasjon og pågangsmot etter veiledningstimene.

Takk til Anne Hollingen som fikk meg til å melde meg på studiet. Takk også for ditt engasjement, fine samtaler og samarbeid i prosessen.

Takk til kontorpersonale som hjalp til med transkriberingen.

Takk til Front kompetansesenter som har gjort innbindingen av masteroppgaven.

En varm takk til familien min som har vært tålmodig underveis i prosessen, og støttet meg til å få jobbe i fred når jeg har hatt behov for det.

Hjelset april 2008

Svanhild Villa Nesje

SAMMENDRAG

I denne Masteroppgaven har jeg satt fokus på rehabilitering av brukere som over lengre tid har vært innlagt i voksenpsykiatrien; ved en sikkerhetsenhet. Temaet avgrenses til å dekke utskrivelsesprosessen fra en sikkerhetsenhet til kommunalt nivå. Målet har vært å undersøke hvordan et utvalg av tilsatte i kommunal psykiatritjeneste opplever utskrivelsesprosessen.

Utvalget i denne studien består av tilsatte i psykiatritjenesten i åtte kommuner; psykiatrikoordinator som i hovedsak er psykiatrisk sykepleier, sosionom eller vernepleier. Psykiatrikoordinator har en oversikt over de ulike distrikt, og sitter med samlede erfaringer fra psykiatritjenesten i kommunen. Begge kjønn er representert, samt både land og bykommuner. Funnene er basert på kvalitative intervju med utgangspunkt i et case. Caset er en sykehistorie, der utskrivelse fra sykehuset er tema. Historien er konstruert ut ifra klinisk praksis og sammensatt så realistisk som mulig. I arbeidet med det empiriske materialet har jeg benyttet Grounded theory som veiledende metode, og parallelt brukte jeg et dataprogram, et teknisk hjelpemiddel, som kalles NUD*IST.

De resultater som presenteres er organisert i en figur, for å gi et mest mulig helhetlig bilde av hvordan informantene opplever sentrale elementer i utskrivelsesprosessen fra en sikkerhetsenhet til kommunalt nivå. Figuren inneholder fire hovedkategorier. Hver av hovedkategoriene er bygd opp av et antall subkategorier, som fremkom gjennom analyseprosessen (NUD*IST). Informantenes uttalelser gjengis i den form de ble sagt i kursiv skrift gjennom presentasjon av funnene. Før jeg presenterer det som informantene sier om selve utskrivelsesprosessen, viser jeg innholdet i de fire hovedkategoriene som fremkom i analysen: Institusjonspsykiatri, Kommunepsykiatri, Brukerperspektivet og Sykdomsperspektivet. Med bakgrunn i disse perspektivene, viser analysen til flere prosesser som forgår på samme tid. Disse prosessene diskuteres i sammenheng med utskrivelsesprosessen.

Funnene danner et mønster som viser at de tilsatte i kommunene henvender seg til institusjonen, og sier utskrivelsesprosessen handler om hvor du fester **BLIKK**et ditt i forhold til brukerne og det psykiske helsearbeidet. For å forklare hva som ligger i ordet **BLIKK**, har jeg rangert perspektivene i den orden som informantene har vektlagt som viktig, og forbokstavene laget ordet selv: **B**rukerperspektivet – **L**ivskvalitet – **I**nstitusjonspsykiatri – **K**ommunepsykiatri – **K**ompetanse.

1.0	INNLEDNING	3
1.1	Bakgrunn og valg av tema	3
1.2	Utforming av problemstilling	4
2.0	TEORETISK GRUNNLAG	4
2.1	Tidligere forskning	5
2.1.1	Funn i forskningslitteratur	5
2.2	Sikkerhetspsykiatri – brukergruppe	8
2.2.1	Historie	8
2.2.2	Lovgivning	9
2.2.3	Behandlingstilbud	10
2.2.4	Voldsrisiko håndtering	11
2.3	Rehabilitering	11
2.3.1	Rehabiliteringsbegrepet	11
2.3.2	Rehabiliteringsprosess	12
2.3.3	Motivasjon og mestring	12
2.3.4	Sosial kompetanse	13
2.3.5	Sosialt samspill	14
2.4	Samarbeid	14
3.0	METODE	16
3.1	Utvalg	17
3.2	Valg av forskningsmetode	17
3.3	Datainnsamling	18
3.4	Grounded theory	21
3.5	Analyse	22
3.6	Forskningsetiske aspekt	24
4.0	RESULTATER OG DISKUSJON	25
4.1	Institusjonspsykiatri	27
4.1.1	Stabilitet	27
4.1.2	Trygghet	28
4.1.3	To forskjellige kulturer	29
4.1.4	Hospitering	31
4.1.5	Frivillighet – tvang	32
4.1.6	Diskusjon av temaene i punkt 4.1	33
4.2	Kommunepsykiatri	36
4.2.1	Psykisk helsearbeid i kommunen	36
4.2.2	Etablere en kontakt	38
4.2.3	Holdninger	39

4.2.4	Taushetsplikt	40
4.2.5	Bolig	41
4.2.6	Diskusjon av temaene i punkt 4.2	42
4.3	Brukerperspektivet	45
4.3.1	Respekt	45
4.3.2	Kan gjøre det selv	46
4.3.3	Fungere sosialt i samfunnet	47
4.3.4	Behandlingsmotivasjon	49
4.3.5	Individuell plan – IP	50
4.3.6	Diskusjon av temaene i punkt 4.3	51
4.4	Sykdomsperspektivet	54
4.5	Opplevelsen av prosessen	57
4.5.1	Utskrivelsesprosessen starte med en gang	57
4.5.2	Kontakt mellom institusjon og kommune	59
4.5.3	Ambulante team	60
4.5.4	Samarbeid – dialog	61
4.6	Diskusjon av utskrivelsesprosessen	62
4.6.1	Prosess fra institusjon til kommune	63
4.6.2	Prosess fra kommune til institusjon	65
4.6.3	Prosess innenfor institusjonen	67
4.6.4	Prosess innenfor kommunen	68
5.0	OPPSUMMERING	70
6.0	AVSLUTNING	72
7.0	REFERANSER	74

VEDLEGG:

1. Brev til psykiatrikoordinator i kommunen
2. Samtykkeskjema

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og valg av tema

Sikkerhetsenheten ved Helse Nordmøre og Romsdal HF er en fylkesdekkende enhet for observasjon, utredning og sikkerhetspsykiatri. Enheten består av de tidligere postene Sikkerhetsposten og Psykiatrisk Rehabiliteringsavdeling post 1. Sammenslåing av disse to postene har skjedd med det som hensikt, at en fikk større faglig enhet, og at en dermed vil kunne legge til rette for et bredere handlingsreportuar innen sikkerhetspsykiatrien. Den enkelte brukers rehabilitering blir lagt til rette via tverrfaglig samarbeid, både internt og eksternt. Det legges stor vekt på at brukerne skal ha et eiendomsforhold til egen utviklingsprosess (Vatne, 1998). Tilsatte ved Sikkerhetsenheten opplever at utskrivelsesprosessen ofte tar lang tid. Brukere mister motivasjon for et liv utenfor institusjonen. En lurer på om dette kan ha sammenheng med mangel på bolig, for lite ressurser eller om brukere med psykiske vansker blir nedprioritert. Kommunene skal ha ansvar for de grunnleggende tjenestene (botilbud, helsetjenester, sosialtjenester, støttekontakt, avlastning m.m.). Spesialisthelsetjenesten må i stor grad fungere i samhandling med det kommunale basisansvaret (Lov om kommunehelsetjeneste, Lov om sosialtjeneste). Derfor er det viktig å få til et optimalt samarbeid, og finne nye løsninger der prosesser stopper opp (Lauvås & Lauvås, 1994).

Den overordnede behandlingsfilosofien for Sikkerhetsenheten er å møte den enkelte bruker på en respektfull og ivaretaende måte, samtidig etablere klare og forutsigbare behandlingsrammer (Bjørkly, 1997). I forhold til individuell plan (Veileder, 2005) legges det stor vekt på at brukerne skal bli hørt, og bli imøtekommet med egne ønsker og valg. Dette betyr blant annet at så langt det lar seg gjøre, hjelper brukerne med å anskaffe seg bolig utenfor institusjonen. Det stimuleres til at brukerne opparbeider og ivaretar sitt eget nettverk, og finner egne løsninger i fellesskap med andre utenom de profesjonelle kontaktpersonene (Fyran, 1994). Dette prøves ut utenfor institusjonen ved at bruker gradvis tilvennes livet utenfor institusjonen, for eksempel ved å besøke personer i nettverket sitt. Utfordringene er mange, og veien til utskrivelse har mange svinger. Mine erfaringer er at flere tilsatte i kommunene kvier seg for å gå inn i de oppgaver som er knyttet til brukere fra en sikkerhetsenhet. Dette er med på å vekke nysgjerrigheten min for å undersøke nærmere hvilke utfordringer som er knyttet til rehabiliteringsprosessen hos denne spesielle brukergruppen.

1.2 Utforming av problemstilling

Primært er jeg interessert i å undersøke hvordan kommunalt tilsatte opplever overgangen fra institusjon til kommunalt nivå for brukere fra en sikkerhetsenhet. Er det mulig å få belyst hva kommunalt tilsatte selv mener bør til for å gjøre rehabiliteringen bedre? Hva er hindringene? Samarbeid og kommunikasjon mellom nivåene; fungerer dette? Kan det være behandlingsmotivasjonen til brukeren selv som er vanskelig å holde oppe, eller kan det være andre årsaker til at prosessen av og til stopper opp? Kan det være nettverket til brukeren som svikter, eller har dette ingen betydning?

Tema er:

Rehabilitering av brukere ved en sikkerhetspsykiatrisk enhet til kommunalt nivå.

En kvalitativ studie av hvordan tilsatte i kommunal psykiatritjeneste opplever sentrale elementer i utskrivelsesprosessen.

For å få svar på dette ønsker jeg å finne ut:

- *Hvordan beskriver de tilsatte i kommunen institusjonpsykiatri og kommunepsykiatri i forhold til den aktuelle brukergruppen?*
- *Hvordan opplever de tilsatte i kommunen utskrivelsesprosessen for brukere ved en sikkerhetspsykiatrisk enhet til kommunalt nivå?*

2.0 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapitlet vil jeg presentere tidligere forskning, og videre vil jeg trekke frem mulige påvirkningsfaktorer og teori knyttet til opplevelsen av utskrivelsesprosessen.

2.1 Tidligere forskning

Forskning i forhold til rehabilitering hos brukere med psykiske lidelser, er i hovedsak rettet inn mot brukernes opplevelse av livskvalitet etter utskrivelse. Det finnes publikasjoner som fokuserer på livskvalitet, brukermedvirkning og egen mestring etter institusjonsopphold. Temaet om brukere med psykiske lidelser som er innlagt på institusjon i psykisk helsevern, har blitt viet oppmerksomhet i media i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, der det er begått kriminelle handlinger. Hva som skjer i selve utskrivelsesprosessen, erfaringer som hjelpeapparatet sitter med, er det vanskelig å finne dokumentasjon på. Litteratursøk er i hovedsak begrenset til Bibsys og OVID. Jeg gikk gjennom titlene på litteratur fremkommet på søkeordene, og leste gjennom abstrakt der tema virket relevant. Jeg begrenset søkeordene til: Patient violence, Community forensic psychiatry, Forensic psychiatry, Psychiatric rehabilitation. I forhold til søkemassen og funn, har jeg begrenset omfanget til å gjelde mest mulig relevant litteratur for denne undersøkelsen. Jeg henviser til metodekapitlet vedrørende refleksjoner over innsamlingen av forskningslitteratur.

2.1.1 Funn i forskningslitteratur

Voldelighet blant pasienter (Patient violence).

Interessant litteratur er bøker og forskningsprosjekt som omhandler behandling og forståelse av vold og psykiatri, møte med aggresjon og vold, og livskvalitet etter å ha flyttet ut av institusjon. Teori, analyse og terapi blir godt analysert i en bok som omhandler nettopp brukere av en sikkerhetsenhet (Bjørkly, 1997). Bjørkly har gjort dette forskningsprosjektet ved institusjonen som denne studien er knyttet til, og hvor jeg selv jobber. Hans studie blir spesielt viktig med tanke på hans kjennskap til akkurat denne brukergruppen. Jeg ser det som sentralt å undersøke om og hvordan denne brukergruppen kan komme seg videre til et lavere omsorgsnivå. Bjørkly, dr. psychol. spesialist i klinisk psykologi, har i mange år arbeidet med spørsmål om aggresjon og vold, både som kliniker, underviser og forsker. Studiet i kartlegging, prediksjon og behandling av mennesker med aggresjonsproblemer, presenterer utvalgte sider ved forholdet mellom aggresjon, individ og samfunn, og tar for seg sentrale teoretiske elementer i forståelsen av aggresjon som fenomen, og beskriver ulike behandlingstiltak (Bjørkly, 1997). Bruk av vold og aggresjon er en måte å kommunisere på. Vi kan gjerne mene det er en svært primitiv form for kommunikasjon; like fullt er det

kommunikasjon. I en konflikt der målet er å bidra til fredelige løsninger, vil ofte vår måte å uttrykke oss på være avgjørende for hvorvidt vi lykkes eller ikke. Forskningen på dette området er særdeles viktig å nyttiggjøre seg i forhold til brukere med store psykiske vansker.

Hansen, Stakseng, Stangeland og Urheim (1999) har en studie som omhandler møte med aggresjon og vold. Det er en opplæring i volds- og aggresjonshåndtering. Hodgins (1999) skriver om behandlingsformer og håndterings strategier hos brukere med psykisk lidelse, og vold i institusjon og ute i samfunnet. Dette er en studie som viser problematikken til en utsatt brukergruppe, som har likhetstrekk med brukergruppen av en sikkerhetspsykiatrisk enhet. Krøvel, Rishovd, Rud og Rør (1997) beskriver ulike forståelser av vold og psykiatri sett i lys av psykologisk perspektiv, aggresjons og kjønnsidentitet, samt behandling.

Tvungent psykisk helsevern på kommunalt nivå (Community forence psychiatry).

Tvungent psykisk helsevern i kommunen ga tre treff. Av relevante resultat var det en artikkel forfattet av Skipworth (2005) som omhandlet tvungent psykisk helsevern på kommunalt nivå, der brukere var i rehabilitering. Undersøkelsen viser til at det trengs flere sammensatte behandlingsprogram for psykisk syke mennesker som skal etablere seg i samfunnet. Denne har spesifikt fokus på psykiatrien på New Zealand. Tema er uanhengig av landegrenser, og kan dermed være aktuelt i diskusjon i denne sammenheng, selv med de kulturforskjeller som er tilstede mellom landene, og som må tas høyde for.

Tvungent psykisk helsevern (Forensic psychiatry).

Tvungent psykisk helsevern ga mange treff, men tema går hovedsakelig på dilemmaer i forhold til tvang i behandling av ulike brukergrupper. Funnene var lite relevante i forhold til min problemstilling, utenom en studie gjengitt i tidsskriftet International Journal of Forensic Mental Health. Gerber, Prince, Duffy, Dougall, Cooper, Dowler (2003) beskriver opplevelsen av integritet og livskvalitet hos femten brukere på tvungent psykisk helsevern som bor i Canada. Alle var brukere av det utadrettede tilbudet knyttet til Brockville Psychiatric Hospital. Funn i den studien viste at brukerne kjente på en tilhørighet i samfunnet og var tilfredse med sosial tilknytning på tross av begrensningen for sosial integrasjon. Dette kan være et viktig bidrag i en diskusjon om rehabilitering fra en sikkerhetsenhet til kommunalt nivå også i Norge.

Psykiatrisk rehabilitering (Psychiatric rehabilitation).

Rehabilitering fra voksenpsykiatrien generelt blir beskrevet i litteraturen, og det ble mange treff på søkeordet. Jeg har gått gjennom alle titlene som kom frem i søket, og lett etter litteratur som kan være relevant ved en utskrivelsesprosess. Jeg fant ikke relevant litteratur som omhandler dette temaet spesielt. Vatne, Berg, Michalsen, Rød og Stavik (1999) har gjort en undersøkelse i Møre og Romsdal som omfatter evaluering av livskvalitet hos tidligere langtidsinnlagte brukere av det psykiske helsevernet som nå bor i bolig. Funnene viser at flertallet av brukere opplever de har fått et bedre liv etter at de flyttet ut i egen bolig. Hos de tilfredse brukerne står dette først og fremst i sammenheng med at de har fått frihet til å bestemme over eget liv. Dette beskriver de som en myndiggjøringsprosess som har gitt dem verdigheten tilbake.

Hagen, Leren og Farstad (2000) gjorde en brukerundersøkelse der brukere fra en sikkerhetspost og en ungdomspost deltok. Dette prosjektet hadde som hovedmål å bedre livskvaliteten til brukere av helseinstitusjoner gjennom økt satsing på kultur og fritidsliv. I følge prosjektlederen var det så få respondenter at det var vanskelig å gi en konklusjon, men det viste en tendens på at friluftsliv og fysisk aktivitet ga økt livskvalitet. Begge undersøkelsene er relevante som bakgrunnsinformasjon om hvordan brukeren opplever det etter å ha flyttet ut av institusjonen.

Borg og Topor (2003) bygger på arbeidet til den norsk - svenske gruppen Nordic Recovery Research Group, der femten personer som har lagt en alvorlig psykisk lidelse bak seg, ble intervjuet om sin bedringsprosess. Studien handler om kunnskapen og erfaringene til psykiatriske pasienter- tidligere psykiatriske pasienter, mennesker som har lagt bak seg et liv og en hverdag preget av plagsomme stemmer, angst, motløshet, kaos, pengeproblemer, isolasjon, og ensomhet for å nevne noe. Det kan være nyttig å se funn i lys av virksomme relasjoner, hva har vært til hjelp gjennom en bedringsprosess, sett ut fra brukere selv.

Oppsummering.

Etter å ha studert ulik litteratur og forskningsprosjekt som omhandler tvungent psykisk helsevern, sitter jeg igjen med et inntrykk av at det mangler noe på selve utskrivelsesprosessen fra institusjon til kommunalt nivå. Funn gjennom søk er fagbøker, artikler og brukerundersøkelser som sier noe om voldelig adferd, forståelse og håndtering av

dette, og behandlingsformer mest knyttet til institusjon. Brukerundersøkelser etter utskrivelser finnes det. Jeg har ingen funn på hva som foregår i selve rehabiliteringsprosessen hos brukere som har vært innlagt over lengre tid i psykisk helsevern. Derfor ser jeg det som nyttig å prøve å finne mer ut av problemstillingen vedrørende utskrivelsesprosessen, med blikket rettet mot kommunalt nivå. For å rehabilitere en brukergruppe med store psykiske vansker, trengs det kunnskap, erfaring og redskap for at arbeidet skal fungere godt. I denne studien er det erfaringene til de tilsatte i noen utvalgte kommuner som skal komme tilsyne, og kanskje kan denne kunnskapen bli et nyttig redskap for flere.

2.2 Sikkerhetspsykiatri - brukergruppe

2.2.1 Historie

Sett i historisk perspektiv hadde Norge inntil 1980 en spesialomsorg for farlige og særlig vanskelige sinnslidende menn. Kriminal-asylet ble opprettet i 1895 og Reitgjerdet i 1923, begge i Trondheim. Etter nybyggingen ble de to sykehusene slått sammen i 1961 og lagt til Reitgjerdet. I 1960- og 70-årene var det en sterk endring i forholdene i de psykiatriske sykehusene. Behandlingsmessige fremskritt og sosiale reformer ga flere brukere med psykiske lidelser muligheter for å klare seg utenfor institusjonene. Sykehusets brukere ble sterkt stigmatisert, og det var vanskelig å rekruttere fagfolk, samt at det også var svært vanskelig å få tilbakeført brukerne til hjemfylkene (St.meld.nr.25 (1996-97)). Samme dag som Reitgjerdet ble avvirket, 1. juli 1987, ble den regionale sikkerhetsavdelingen ved Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus, Brøset, opprettet. Sentrale føringer tilsa at det ble vurdert å bygge flere fylkeskommunale og regionale sikkerhetsavdelinger.

Høsten 1983 ble det besluttet å arbeide for at Fylkessjukehuset i Møre og Romsdal, psykiatrisk avdeling på Hjelset, skulle få egen sikkerhetspost. Deler av sykehusledelsen den gangen hadde tidligere sett at noe måtte gjøres for og med ”problempasientene”, som før 1983 hadde vært ”sykehusets stebarn” i følge en artikkel skrevet til 10 års-jubileet for Sikkerhetsposten (Sikkerhetsposten, 1994). Disse brukerne utgjorde ingen homogen gruppe, men fremviste en problematferd som la beslag på store personalressurser rundt omkring på sykehuset. Pleiefaktoren var generelt for lav, og nedbyggingen med overføring av ferdigbehandlede pasienter til psykiatriske sykehjem og til kommunene, var ikke kommet

ordentlig i gang på den tiden. Det ble søkt om midler, og bygging påbegynt høsten 1983. Avdelingen stod ferdig og ble åpnet for drift som den andre fylkeskommunale sikkerhetsposten i Norge, 8.mai 1984 (Sikkerhetsposten, 1994).

Akutt og sikkerhetspsykiatriske tilbud inngår komplementært i forhold til øvrige tilbud innen psykisk helsevern. De andre tilbudene kan ikke operere uten at det finnes akutt- og sikkerhetsfunksjoner i rimelig geografisk nærhet. Sikkerhetspsykiatrien og akuttpsykiatrien er spesialiserte tjenester som sørver de andre tjenestene, men fra forskjellige kliniske ståsteder. Sikkerhetspsykiatrien betjener en sammensatt gruppe personer, der fellestrekket er alvorlig voldsadferd i kombinasjon med alvorlig sinnslidelse. Brukerne har en klart definert primær-symptomatologi knyttet til psykoselidelser og affektive lidelser; dvs. paranoid schizofreni, schizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse med maniforme trekk. Enkelte har også tilleggslidelser i form av alvorlig personlighetsforstyrrelse og rusavhengighet. Noen av brukerne er psykotisk i perioder først og fremst grunnet rusinntak. For disse vil vern innen sikkerhetspsykiatrien hovedsakelig være begrunnet i sterke og vedvarende personlighetsavvik, samt nevropsykiatriske tilstander som bl.a. ADHD og Tourettes syndrom (Dale, 2006).

Vanligvis begrenser utagering og vold seg til de første par ukene av oppholdet på institusjon. De fleste vil bli utskrevet og få nødvendig oppfølging poliklinisk (PHVL §3-5,3). Brukere som preges av vedvarende utagering eller så alvorlige voldshandlinger at det kreves ressurser utover det som de generelle psykiatriske avdelingene kan tilby, skal ha behandling ved forsterkede langtidssavdelinger, i spesielle sikkerhetsavsnitt eller avdelinger på fylkeskommunalt nivå. Erfaring viser at tidlig diagnostisering, intensiv behandling og aktiv rehabilitering med oppfølging, kan forhindre uheldig sykdomsutvikling med langvarige utageringsproblemer (Dale, 2006).

2.2.2 Lovgiving

De fleste brukere av en sikkerhetsenhet er innlagt på tvungent psykisk helsevern. Vi må forholde oss til vedtak etter denne loven. Formålet med Psykisk helsevernloven er i følge §1-1: *Å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper.* Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte viser §3-5: *Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formål. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved*

*unntakelse, om nødvendig med tvang og bistand fra offentlig myndighet. Andre ledd slår fast at tvungent helsevern også kan skje utenfor institusjonen. Bestemmelsen markerer at det er brukerens behov som skal være avgjørende for valg av form for vernet: *Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvungent psykisk helsevern kan da gis mens pasienten har opphold på egen bopel og kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsform* (Psykisk helsevernloven, 2.juli. Nr.62. 1999).*

Brukere som er dømt til Psykisk Helsevern på grunn av en overtredelse i Straffeloven, innlegges for behandling på en sikkerhetsenhet. Noen brukere er og overført fra fengslet etter at de fikk en psykisk lidelse under fengselsoppholdet.

2.2.3 Behandlingstilbud

På bakgrunn av diagnose/farlighet blir brukerne generelt innenfor sikkerhetspsykiatrien behandlet innenfor strenge og forutsigbare rammer, slik også på en fylkeskommunal sikkerhetsenhet. Det er brukernes psykiske tilstand som avgjør hvilke behandling som skal finne sted. De enkelte behandlingstiltak vil måtte bygge på et konkret medisinsk skjønn. Overfor alle brukere som tas under tvungent psykisk helsevern, vil fysisk tilbakeholdelse i institusjonen kunne anvende tvang i et visst omfang (PHVL).

I behandlingsøyemed vil en bruker for eksempel kunne anbringes i eget skjermet avsnitt, eller det kan settes begrensninger i hans kontakt med omverden. Brukerne har en rehabiliteringsprosess som kan strekke seg over flere år. For å sikre fremdrift i rehabiliteringen, kreves både tålmodighet, kreativitet og disiplin. I følge psykologspesialist Dale (2006) kan en ved å sette sperrer for brukerne av sikkerhetsmessige hensyn, forringe deres rehabiliteringspotensiale ved at de blir frustrerte og oppgitte. På den annen side, eksponerer en brukerne for tidlig for et lavere omsorgs- og sikkerhetsnivå, kan dette gi alvorlige konsekvenser i form av gjentakelse av voldelige handlinger. For å unngå enten stagnasjon eller alvorlige tilbakefall, er en ute etter å finne frem til de optimale behandlingsrammene, det optimale rehabiliteringstempoet og forløpet for den enkelte bruker. Av den grunn er samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet viktig.

2.2.4 Voldsrisiko håndtering

Brukere innlagt på en sikkerhetsenhet har enkelte fellestrekk, der blant annet voldelig atferd i psykotisk tilstand kan ha utløst en innleggelse. Dobbeldiagnose rus og psykiatri har blitt hyppigere blant ungdom. Dette kan medføre atferd vi må ha kunnskap om, og måter å håndtere atferden på. Alle rundt brukeren bør få kunnskap om voldsrisiko håndtering, noe som også blir brukt i den miljøterapeutiske behandlingen på Sikkerhetsenheten; viser til Bjørkly sin studie og beskrivelse av behandlingstiltak (Bjørkly, 1997).

Regional sikkerhetsavdeling og kompetansesenter, Brøset, og Regional sikkerhetsavdeling og kompetansesenter, Sandviken sykehus, har hatt betydning gjennom sin interesse for risikovurderinger og faglig forankring for diskusjon og utprøving av idèer. Den norske utgaven av HCR-20 er utviklet ved velvilje av disse med flere. Dette er et redskap for vurdering av voldsrisiko hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Her kartlegger en historie (H), klinikk (C), risiko (R) og sårbarhetsområder for gjentakende adferd (Rasmussen, Jakobsen og Urheim, 2002). Tilsatte i kommunene etterspør ofte hvilke vurderinger som er tatt i forhold til voldsproblematikk hos brukere som skal utskrives fra institusjonen. De ønsker å få en kartlegging av sårbarhetssituasjoner eller varselsignaler for risikoadferd for de brukerne som er i en rehabiliteringsprosess. Voldsrisiko håndteringen skal også innbefatte en behandling som motiverer og styrker hver enkelt bruker til å kunne fungere ute i samfunnet.

2.3 Rehabilitering

Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998)) legger til rette for store utfordringer vedrørende brukergruppen som har hatt et lengre opphold innenfor institusjon og er på vei til å etablere et liv ute i samfunnet igjen. Det er mange aktører som skal samarbeide, og en skal få til et samarbeid med brukeren aktivt i prosessen. Under definisjonene hva rehabilitering er, vil jeg ta med rehabiliteringsprosessen, motivasjon og mestring, sosial kompetanse og sosialt samspill. Dette er begreper som danner grunnlag for livskvalitet hos brukere som skal etablere seg på nytt i samfunnet, og er grunnleggende i rehabiliteringsarbeidet hos brukere som skal utskrives fra en sikkerhetsenhet.

2.3.1 Rehabiliteringsbegrepet

I følge Bredland, Linge og Vik (2002) kan ordet rehabilitering ha to betydninger:

- 1) Sette i funksjonsdyktig stand igjen.
- 2) Gi æresoppreisning, gi tilbake verdighet.

Den første betydningen er i tråd med den medisinske tradisjonen, der en har lagt vekt på bedring av kroppsfunksjon og mestring av daglige aktiviteter. En rehabiliteringsforståelse med vekt på verdighet avspeiler en arbeidsmåte der det er individets verdighet i sine omgivelser det skal legges vekt på. Helsesektoren har i stor grad konsentrert seg om betydningen som går på gjenvinning av funksjonsdyktighet. Men i de senere år har dette endret seg noe. Den andre betydningen, gjenvinning av verdighet, er brukt også om medisinsk rehabilitering. Dette ser vi blant annet i Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998)) der rehabilitering blir beskrevet som: *tidsavgrensa, planlagte prosessar med klare mål og verkemidler, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.*

2.3.2 Rehabiliteringsprosess

I rehabilitering handler det om et menneske som har fått livet sitt endret. For brukere innenfor psykisk helsevern har de fleste fått endringer i livssituasjonen etter et opphold i institusjon. Dette setter i gang en prosess både i brukeren og i omgivelsene. Prosessen handler om tapsopplevelser, hva skjer med selvbildet og identitet til den enkelte, og hvordan man opplever andre sine reaksjoner og likevel prøver å gå videre. Det er en prosess som berører individet selv, og alle situasjoner der personen har spilt en rolle og fortsatt ønsker å gjøre det. Man prøver å fange opp alle aspekter ved personens situasjon, både opplevelser, tanker, medisinske og kroppslige forhold, og relasjonene mellom dette og det som skjer i omgivelsene. Det er ofte en rekke enkelttiltak som i seg selv ikke tar lang tid, men prosessen går sin gang både når vi er tilstede, og når vi ikke er det. Den tar ofte lang tid (Bredland et.al, 2002).

2.3.3 Motivasjon og mestring

Motivasjon og mestring står sentralt i rehabiliteringsarbeid (St.meld.nr.21 (1998)). Det er ikke alltid nok å høre hverandres argumenter. Vi må være villig til å lære om følelsene som er knyttet til dem. Vi må ta konsekvensene av hverandres argumenter. Da først kan det bli en god rehabilitering og varig løsning. I følge Bang (2003) er det å være vitne til brukerens styrke og mot, noe som gir en håp – for brukeren og meg selv. Det at det finnes mot og

styrke, gjør utviklingsmulighetene uendelige. Det finnes noe hos alle mennesker som en kan bygge på. Å mestre noe gir et styrket selvbilde. Når noen trekker frem positive sider ved meg, kjenner jeg hva det gjør med meg. Waaktaar og Christie (2000) hevder at det å få til, vise at jeg kan, kan selv, kan mer enn jeg kunne før, mer enn de som er yngre enn meg, er en sterk kraft gjennom hele utviklingen. Ved at en bruker som har vært lenge i institusjon får til noe, vil øke deres respekt, kjærlighet eller hans anseelse. I følge Waaktaar og Christie er menneskets behov for mestring ikke bare knyttet til bekreftelse fra andre. Gleden ved å mestre og lære noe nytt, er en iboende kraft som vi kjenner på alle, og som gir en tilfredsstillende og økt sosial kompetanse.

Vatne (2006) mener kjernen i bedringsprosesser synes å være brukernes egen styrke og deltakelse i samfunnet og støtte fra det sosiale nettverk. I tillegg til dette er relasjonelle tilnærminger som omsorg, akseptasjon og gjensidig bekreftelse sentralt fra terapeuten, samt samarbeidende og fleksible samværsmåter med brukerne.

2.3.4 Sosial kompetanse

Begrepet sosial kompetanse hos brukere med alvorlige psykiske vansker blir aktualisert i sammenheng med integrering i nettverket. Dette strever brukerne med. Nettverksarbeid blir i dag prioritert sterkere enn tidligere, også i en sikkerhetspsykiatrisk enhet. For å jobbe med nettverket, er det ferdigheter som må utvikles som sosial kompetanse og sosialt samspill. Jeg velger å ta utgangspunkt i definisjonen til Fyran (1994). Hun hevder sosial kompetanse kan defineres som summen av sosiale ferdigheter og funksjoner en person har. Brukere som skal ut fra en sikkerhetsenhet, vil bli nøye etterprøvd i hvordan de er i samhandling med andre. Fyran deler sosiale ferdigheter inn i grunnleggende ferdigheter og komplekse ferdigheter.

Grunnleggende ferdigheter: Å kjenne igjen kropps- og ansiktsuttrykk/følelser hos andre, kunne vise egne følelser med kroppen/ansiktsuttrykk, kunne bruke øyenkontakt på en hensiktsmessig måte.

Komplekse ferdigheter: Å kunne innlede og opprettholde en samtale, gi andre tilbakemelding, lytte, avbryte en samtale (med spørsmål/refleksjoner), avslutte en samtale, ta imot en korreksjon og kunne hevde seg selv (Fyran, 1994). For å styrke den sosiale kompetansen, må brukere med psykiske vansker jobbe kontinuerlig med seg selv sammen med andre mennesker både i og utenfor institusjonen.

2.3.5 Sosialt samspill

Dagliglivet er i høy grad preget av sosiale samspillsprosesser, noe som er en stor utfordring hos brukere innenfor sikkerhetspsykiatrien. Noe av det mest sentrale i tilværelsen er det vi opplever i samspill med bekjente, nære venner og dem vi er mest glad i. Brukernes egne utsagn er at de opplever mest samspill med profesjonelle, og lite med både nære venner og dem de er mest glad i. Det sosiale samspillet er med på å forme oss som mennesker, øver oss opp i visse ferdigheter, og er dermed med på å skape vår særegne kompetanse. Brukere fra en sikkerhetsenhet har erfart et komplisert samspill, og dette skal bygges opp igjen i prosessen ved en utskrivelse fra institusjonen. Brukere kan ha en historie bak seg som sitter i minnet i det lokalmiljøet brukeren kommer fra. Samfunnet etterspør trygghet og respekt overfor evt. tidligere offer, og brukerne mangler ofte tillit. Mennesker søker å opprettholde kontakt med miljø og personer som gir positiv tilbakemelding, samtidig som vi har en tendens til å vike unna situasjoner vi ikke får tilstrekkelig positiv tilbakemelding fra. Her er store utfordringer for brukere som er under et tvungent psykisk helsevern. Positiv feedback er et viktig middel til å styre og kontrollere atferd, til å starte og opprettholde vennskap. Sosiale samspillsprosesser er kompliserte. I disse prosessene inngår det en myriade av faktorer hvorav alle eller noen faktorer kan være virksomme på samme tid (Hargie & Hargie, 1995).

Anne-Lise Løvlie Schibbye (1996) mener at partene i samspill skaper hverandres forutsetninger. For å utvikle seg må partene gjensidig anerkjenne hverandre. Anerkjennelse i form av følelsesmessig nærhet og omsorg er en viktig ingrediens i samværsopplevelsen. Ingredienser i anerkjennelse er i følge Schibbye emosjonell tilgjengelighet, lytting, forståelse, bekreftelse, aksept og toleranse.

Wadel og Wadel (2007) sier at samhandling er basert på utøving av ulike typer ferdigheter. I mellommenneskelig samhandling nytter det lite om den ene part har ferdigheter hvis den andre part ikke har komplementære ferdigheter. I samhandling må det utvikles komplementære ferdighetsforhold. Mellommenneskelig samhandling vil ikke være begripelig for oss, hvis vi ikke kan forbinde den til verdier og mål som ligger bak samhandlingen.

2.4 Samarbeid

Ordet samarbeid er et vanlig begrep i vårt dagligspråk. Begreper som brukes ofte og i mange forskjellige sammenhenger, er vanskelig å definere presist. Temaet samarbeid ser ut til å ha

mange betydninger, og jeg har gjort et utvalg som jeg tar med i dette kapitlet. Ødegård (2006) sier det er mange måter å beskrive samarbeid på i helse og sosialtjenesten, som for eksempel: Interprofessional collaboration, multiprofessional collaboration, interdisciplinary collaboration, interagency coordination and integrated care. Artikkelen viser detaljer innenfor hver av de nevnte samarbeidsformene (Ødegård, 2006).

I tilknytning til arbeid i organisasjoner brukes begrepene samordning, samarbeid og integrering om hverandre (Lauvås og Lauvås, 1995). Lauvås og Lauvås mener at integrering betyr at ulike elementer sammenføres til en helhet, og blir til en gjennomført form for organisering av arbeidet. Tverrfaglig samarbeid er interaksjon mellom representanter fra ulike fag med dobbelt formål. En skal sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetanse blir utnyttet maksimalt, og utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, og stimulere til faglig utvikling innen de bidragende fag (Lauvås og Lauvås, 1995). I en utskrivelsesprosess er det mange faggrupper som skal samarbeide; jmf de grunnleggende tjenester som kommunen har ansvar for i forhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Samarbeidspartnere kan være Aetat, sosialkontor, trygdekontor, skole, boligkontor, lege, politi, pårørende, samt spesialisthelsetjenesten med de ulike faggrupper.

I følge Bredland et.al (2002) er tverrfaglig samarbeid et samarbeid mellom ulike profesjoner om felles målsetting. For å kunne se ulike sammenhenger og muligheter, trenger vi ulike faggrupper som ser ting ulikt, som ser det andre ikke ser. De fleste faggrupper mener de har et helhetsperspektiv på brukerens behov. Likevel vurderer vi forskjellig og ser forskjellige helheter, noe som vi må se på som en styrke og utnytte (Bredland et. al, 2002).

Stortingsmeldingen nr. 25 beskriver behovet for samordnede tjenester, og at de må ivaretas både ved planleggingen av tiltak for den enkelte bruker, i den generelle planleggingen, og ved felles planlegging på tvers av forvaltningsnivåene. For brukere av tjenestene er det vesentlig at samarbeidet mellom ulike tjenester, sektorer og nivåer fungerer godt. Den samme meldingen beskriver også at samarbeid om tjenester til enkeltpersoner vil i stor grad være avhengig av kunnskaper og holdninger hos fagpersonene som yter tjenesten (St.meld.nr.25, (1996-97)).

Willumsen (2005) fremhever viktigheten av brukermedvirkning i alt samarbeid. Sosial- og helsetjenestene blir i mange sammenhenger fremstilt som systemer med mye makt over den

enkelte bruker. Til tross for at velferdstjenestene i utgangspunktet skal fungere som et gode for borgere som trenger dem, vet vi at tjenestene i seg selv kan skape problemer som fører til maktesløshet og marginalisering. Brukermedvirkning er både nasjonalt og internasjonalt løftet frem som et sentralt kriterium på kvalitet i hjelpetjenester. Det grunnleggende prinsippet om menneskets iboende verdighet må være det selvsagte utgangspunkt for alt profesjonelt arbeid. Profesjonelle tjenesteytere skal arbeide i henhold til disse sentrale verdiene, verdier som må gi føringer i forhold til brukerens rett og anledning til å medvirke (Willumsen, 2005). Tilsatte ved Sikkerhetsenheten har rutiner på ansvarsgruppemøter i behandlingen hos brukerne. Om brukerens opplevelse av kvalitet i tjenesten blir innfridd, kan dreie seg om medvirkning i det samarbeidsforholdet som ansvarsgruppene er tuftet på.

3.0 METODE

For å kunne belyse hva som fungerer og hva som fungerer mindre bra i utskrivelsesprosessen, for brukere og de som jobber i kommunene, falt det naturlig å velge kvalitativ tilnærming med forskningsintervju. Dette er i følge Kvale (1997) basert på dagliglivets samtaler, men og en profesjonell samtale. Røttene til den kvalitative tilnærmingen ligger i den hermeneutiske tradisjon. Kvalitativ metode kjennetegnes ved at forskeren har et nært og direkte forhold til det som studeres. Kvale (1997) kaller det kvalitative forskningsintervjuet for et produksjonssted for viten. For meg er det viktig å finne en vei som fører nærmere problemområdene der det skjer, for så å gripe fatt i det som kommer frem gjennom intervjuene. Jeg prøver å være åpen i forhold til hva som kommer frem i undersøkelsen, selv om jeg hele tiden må være klar over min egen fagbakgrunn og forforståelse som psykiatrisk sosionom. Å forske på egen arbeidsplass, krever at en må balansere mellom det å vite og ikke vite. Selv om undersøkelsen blir gjort ute i kommunene, vil kjennskapet til tilsatte i kommunen kunne påvirke resultatet. I følge Wadel og Wadel (2007) er relasjonell påvirkning, en påvirkning som foregår indirekte. Det er ikke relasjoner som påvirker hverandre, men personer med relasjoner som påvirker. Den relasjonelle påvirkningen kommer i tillegg til den direkte påvirkningen som måtte eksistere mellom personene.

3.1 Utvalg

Sikkerhetsenheten er fylkesdekkende. Med det som utgangspunktet hadde jeg et ønske om at alle de 38 kommunene i vårt fylke skulle bli forespurt om å være med i prosjektet. For å begrense oppgaven, valgte jeg ut 12 kommuner som ble spurt om å delta. Kommunene er både land- og bykommuner, der alle har erfaring fra tidligere utskrivelser. Samarbeidspartnere i kommunene kan utgjøre flere instanser. Her kunne flere grupper vært informanter, med det ville kanskje funnene vært annerledes. Andre røster ville blitt hørt, og erfaringene kunne blitt forskjellige om jeg valgte f.eks primærlegen, politi eller pårørende som informanter. Jeg har likevel valgt å begrense omfanget til å gjelde psykiatritjenesten ved psykiatrikoordinator som i hovedsak er psykiatrisk sykepleier, sosionom eller vernepleier. Psykiatrikoordinator har en oversikt over de ulike distrikt i kommunen, og sitter med samlede erfaringer fra psykiatritjenesten i kommunen, og jeg mener det er gjerne de som kjenner ”hvor skoen trykker”.

Av 12 forespurte var det åtte kommuner som ønsket å delta i undersøkelsen. Hvorfor fire kommuner ikke ga noe svar på henvendelsen, har jeg ikke gått videre på. Dette fordi undersøkelsen er frivillig, og jeg opplevde at jeg fikk mye informasjon gjennom de informantene som deltok. Av informantene var sju kvinner (i to av intervjuene ville de være to representanter sammen) og tre menn. Informantene kom fra seks landkommuner og to bykommuner, og alle hadde jobbet flere år i psykiatrien.

3.2 Valg av forskningsmetode

Kvalitative metoder gir mulighet for å gå dypere inn i problematikken vedrørende utskrivelsesprosessen. Målet med kvalitative intervju er i følge Friis og Vaglum (2002) å legge forholdene til rette for en samtale der informantens tanker, meninger, holdninger, resonnementer, følelser, motiver, historie, livsverden med relevans til forskningsspørsmålet vi søker mer kunnskap om, kan komme frem. Det kvalitative forskningsintervjuet kan ligne mye på det åpne, ustrukturerte kliniske intervjuet, men skiller seg fra dette ved at intervjueren ikke skal identifisere et bestemt brukerproblem, som så skal forsøkes løst. Det skiller seg også fra det strukturerte diagnostiske intervjuet gjennom at målet ikke bare er å vurdere om en bestemt diagnose foreligger, men også ved at det alltid er åpning for at informanten får snakke om tilsynelatende irrelevante ting (Friis og Vaglund, 2002). Jeg ønsket å ha en tilnærming mest mulig åpen for hvordan tilsatte i kommunene selv opplever prosessen, der

jeg benyttet et eksplorerende og beskrivende design (Lund, 2005; Friis og Vaglum, 2002). Jeg søkte å gå bredt ut for å identifisere mange potensielle aspekter ved utskrivelsesprosessen. Dette dreier seg om en prosess, erfaringer som hjelpere sitter med, og jeg ønsket at empirien skulle belyse deres praksiserfaringer. Målet er å lære av deres erfaringer, og kanskje få nye perspektiv på tilnærming til brukergruppen. Deretter har jeg valgt å bruke elementer fra Grounded theory som veiledende metode, ikke en systematisk bruk av metoden, men har fulgt hovedprinsippene. I Grounded theory gjennomføres flere runder med innsamling av data, det har ikke jeg gjort i denne undersøkelsen. Jeg har hatt et induktivt utgangspunkt med tilgang til empiri rikt materiale gjennom intervjuene. Det særpregede ved induksjon er i følge Heggdal (2003) en generaliserende oppadstigning fra observasjon til teori, der det gjøres en slutning fra enkelttilfeller til almene forhold med sikte på å etablere empiriske sammenhenger. En bygger nedenfra og opp, variablene etableres mens en holder på. Det er materialet som leverer nye begrep og kategorier som brukes til å klassifisere fenomener som foreløpig ikke har vært presist avgrenset. Grounded theory har som formål å utvikle ny forståelse og teori med grunnlag i empirisk materiale. Dette blir utdypet senere under eget punkt, 3.4.

Videre brukte jeg NUD*IST som et teknisk hjelpemiddel i analysen. Punkt 3.5 Analyse synliggjør hvordan dette programmet brukes, og hvordan jeg har kommet frem til mine funn.

3.3 Datainnsamling

Som jeg viste til i kapittel 2.1, tidligere forskning, begrenset jeg i hovedsak litteratursøk til Bibsys og OVID. Jeg gikk gjennom titlene for å undersøke hvilke type arbeid som allerede har blitt gjort, og hvilke metoder som ble brukt, og leste kun gjennom abstrakt der tema virket relevant. Det var flere funn i forhold til brukergruppen totalt, men det begrenser seg til å være mest aktuelt innenfor institusjonspyskiatrien. Jeg gikk gjennom tidligere forskning, og så om det var noen forbindelser mellom forskjellige arbeider, likheter og forskjeller (Langdridge, 2006). Hovedbegrepene dreide seg om livskvalitet og om voldshåndtering. Jeg søker etter utskrivelsesprosessen, og hvordan denne oppleves av kommunalt tilsatte, og hvilke perspektiver tilsatte i kommunene sitter med. Jeg har ingen funn på hvilke aspekter som kan ligge i en utskrivelsesprosess, men har ikke gjort et uttømmende litteratursøk, og tar det i betraktning. Funn jeg viser til, vil være relevant for tema i denne undersøkelsen.

I dette prosjektet benyttes et semistrukturert kvalitativt intervju, med utgangspunkt i et case. Caset ble laget med den hensikt at alle informantene kunne ha mulighet til å åpne samtalen med det samme utgangspunktet, og at informantene kunne ha en felles referanse utenom sine egne brukere som eksempel på utskrivelsesprosessen. Dette også for å unngå fokus på enkeltbrukere i kommunene. Brukere som har blitt utskrevet fra institusjonen, kan oppleves å være på ulike fungeringsnivå, og tilsatte i flere av kommunene sitter med erfaringer som andre ikke kjenner seg igjen i. Likevel ser jeg det som viktig at informantene formidler sine egne erfaringer, og caset ble mer som en innfallsvinkel for samtalen. Informantene hadde forberedt seg med å lese gjennom dette på forhånd. Caset er en sykehistorie, der utskrivelse fra sykehuset er tema, og som har likhetstrekk med flere utskrivelser Sikkerhetsenheten har hatt i løpet av noen år. Historien er konstruert ut ifra klinisk praksis og sammensatt så realistisk som mulig:

Per er en mann på 35 år som har vært innlagt i voksenpsykiatrisk avdeling etter PHVL § 3.5 (tvungent psykisk helsevern) i 1 ½ år. Han har en schizoaffektiv lidelse. Han ble innlagt på en akuttpost etter å ha opptrådt truende mot sin far med en brødkniv. Per var alkoholpåvirket den kvelden han ble pågrepet. Ingen ble skadet på stedet der Per var involvert, men han ble betegnet som farlig av omgivelsene. Per har ingen dom på seg, men har vært innblandet i bråk noen ganger. Han oppleves som ustabil av omgivelsene, og det skaper usikkerhet i nabolaget, men han har aldri tidligere opptrådt truende.

Etter et opphold på ca to måneder på en akuttpost, ble Per søkt over på en sikkerhetspost. Dette både for observasjon og evt. gå videre i behandling; somatisk sjekkliste, diagnostisering, medisinstabilisering, atferdsterapi, for så å rehabiliteres tilbake til hjemstedet.

Per har tatt en HCR20, risikovurdering, som viser at risikoen for gjentakelse av trusler er lav, hvis han tar forordnede medisiner, og ikke ruser seg. De siste månedene har han vært på Sikkerhetsenhetens rehabiliteringspost. Kontakten med hjemkommunen har vært til stede underveis, og det har vært flere samarbeidsmøter i forbindelse med utskrivelsesprosessen. Pers tilstand er blitt betydelig bedret under sykehusoppholdet. Han har fått stabilisert medisinen, og tar denne frivillig. Per deltar på ulike aktiviteter på avdelingen. Han har i ettertid beklaget sin voldsatferd.

Per eier ingen bolig. Han har bodd delvis i barndomshjemmet og tidvis leid kommunal bolig. Han ønsker seg nå et stabilt boforhold. Han sier selv at det ville styrket hans selvfølelse om han eide noe. Han er uføretrygdet, men har søkt om yrkesrettet attføring, og skal teste ut sin arbeidsevne gjennom et opplegge i Aetat.

Per er utålmodig etter å kunne begynne på opplegget gjennom Aetat, men han må vente til etter utskrivning, da det er vanskelig med fremmøte grunnet avstand til hjemstedet. Per kan ikke utskrives før bolig er avklart. Han står på venteliste både på kommunal bolig og omsorgsbolig. I tillegg prøver han å skaffe seg noe på egen hånd, men det viser seg å være vanskelig, fordi han har vært innlagt i psykiatrien. For å få psykiatriske tjenester og støttekontakt, må han også være utskrevet fra institusjonene. Han ønsker at noen kan komme hjem til seg en gang i uken, både i forhold til medisiner og som sosial støtte i en overgang.

Denne historien vil ikke kunne identifiseres med noen bruker, eller eksempel fra noen kommune som kunne vært en samarbeidspartner. I tilknytning til caset hadde jeg intervju med de utvalgte psykiatrikoordinatorerne (vedlegg 1). Intervjuguide fulgte caset med den hensikt å kunne brukes som støttespørsmål:

Hvis dette hadde vært en utskrivelse til din kommune:

1. Målet er utskrivelse om tre måneder; hvilke tilbud kan dere gi Per?
2. Hva ønsker din kommune hjelp til fra Sikkerhetsenheten i forhold til Per? Hvilke samarbeidsform? Hvor lenge?
3. Hvordan skal vi ivareta behandlingsmotivasjon til Per?
4. Hvilke etater i kommunen har dere samarbeid med i slike saker?
5. Du har jo erfaring med andre brukere som har vært utskrevet fra Sikkerhetsenheten; Hva synes du har fungert rimelig bra?
6. Er det sider ved utskrivelsesprosessen som kunne fungert bedre? Gi gjerne noen eksempler.
7. Hva tenker du deg må til for å bedre utskrivelsesprosessen (for brukere, for personale, for nettverket, for samarbeidet mellom disse aktørene)?

I følge Kvale er formålet med det kvalitative forskningsintervjuet å forstå temaer i den daglige livsverden ut fra intervjupersonens eget perspektiv. Det etiske aspektet av forskerrollen dreier seg om vitenskapelig ansvarlighet, forholdet til intervjupersoner og forskerens uavhengighet. Tilknytning til intervjupersoner kan få forskeren til å se bort fra visse resultater, og bli lite objektive (Kvale, 1997). Noen av informantene var kjent fra tidligere samarbeid, og jeg måtte klarlegge at min rolle nå var forskerrollen. Jeg ønsket at informanten skulle fortelle om sin opplevelse av utskrivelsesprosessen fra institusjonen. I intervjuene var det mulighet for informantene å fortelle det de ønsket skulle komme frem. Intervjuguiden var ment som en støtte eller rettesnor både til informanten og meg som forsker, men ble i liten grad brukt, da informantene selv hadde mye å fortelle.

Intervjuene foregikk ute i kommunene på psykiatrikoordinatorens eget kontor. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Transkriberingen gjorde jeg delvis selv, men fikk god hjelp av to kontortilsatte på sykehusets sevicekontor. Etter at transkriberingen var ferdig, har jeg gått gjennom intervjuene og hørt på båndet samtidig som jeg har lest materialet.

3.4 Grounded theory

Grounded theory er en metodologi som har som hensikt å generere teori. Den er brukbar i ethvert felt der en ønsker å utvikle en induktiv teori fra systematisk innsamling av data enten kvalitativt eller kvantitativt. Metodologien inneholder analytiske steg som innebærer at deltakernes fortellinger og uttrykk blir bearbeidet slik at det blir utviklet ny forståelse og nye begrep. Innefor Grounded theory ser man etter temaer som dukker opp i dataene, heller enn å bruke allerede formulerte ideer eller teorier på dataene (Langdridge, 2006). Det analytiske arbeidet hever data opp fra et deskriptivt til et analytisk nivå for å skape teori, men innebærer at det som utvikles må være forankret i data, derav benevnelsen ”grounded”. Metodologien har sin forankring i den induktive vitenskapstradisjonen som ble introdusert av vitenskapsfilosofen Francis Bacon (1561-1626). Det særpregede ved induksjon er en generaliserende oppadstigning fra observasjon til teori, der det gjøres en slutning fra enkelttilfeller til almene forhold med sikte på å etablere empiriske sammenhenger (Heggdal, 2003).

Grounded theory ble utviklet av sosiologene Barney G. Glaser og Anselm M. Strauss (1999). Den har et grunnlag i symbolsk interaksjonisme, som forutsetter at mennesker tolker seg selv, den ytre verden og andre mennesker og handler på basis av dette. Opplevelser, erfaringer og hendelser tillegges mening gjennom sosial interaksjon.

Temaene utgjør en ramme, og forskningsspørsmålet utvikles gjennom innsamling og analyse av data. Ifølge Glaser og Strauss (1999) vil både åpenhet og teoretisk sensitivitet bidra til at det empiriske materialet blir rikere, fordi åpenheten gjør at en er nysgjerrig og åpen samtidig som bakgrunnserfaring, utdanning og praksis bidrar til sensitivitet i forhold til å stille relevante spørsmål. Det empiriske materiale er derfor mer enn innsamling av relevant informasjon om temaet, da det er skapt gjennom møte mellom meg som forsker og de tilsatte i kommunene. Dette innebærer at jeg har måttet være svært kritisk til egne holdninger og antakelser om utskrivelsesprosessen.

Det har vært bred debatt om hva Grounded theory egentlig skal gå ut på med dens styrker og begrensninger. Det vil ta for stor plass i dette prosjektet å komme inn på denne debatten, men viser til Langdridge (2006) som referere til debatt mellom teoretikere som går på å bruke Grounded theory i sin helhet, og de som bruker den forkortede versjonen. En av de mest åpenbare begrensningene ved Grounded theory som blir påpekt, er den samme som for

fenomenologiske tilnærminger; et altfor enkelt syn på hvilke rolle språket spiller i sosial interaksjon. Man tar for gitt at språket ganske enkelt beskriver den sosiale verden. Ett annet problem med Grounded theory er det tilsynelatende manglende fokuset på spørsmål om refleksivitet. Det virker som man antar at verden ganske enkelt venter på å bli oppdaget, og at en god anvendelse av Grounded theory vil gjøre en i stand til å gjøre nettopp det, hvis man bruker verktøyene og teknikkene riktig (Langdridge, 2006).

Målet med å benytte Grounded theory i dette prosjektet, er å begrepsfeste et mønster gjennom de opplevelser de tilsatte i kommunen har i utskrivelsesprosessen fra Sikkerhetsenheten. Dette er de tilsattes erfaringer med ulike situasjoner knyttet til prosessen. Først sammenlignes hendelser og videre navngis de i form av temaer eller kategorier. Glaser og Strauss (1999) anbefaler å stille følgende spørsmål i arbeidet med analysen av det empiriske materialet:

1. Hva er empirien en studie av?
2. Hvilke begrep eller kategorier eller hvilke egenskaper ved begrepet eller kategorien indikerer denne hendelsen?
3. Hva uttrykker dataene?
4. Hva er hovedproblemet eller hovedutfordringen for deltakerne og hvordan håndterer de det?
5. Gjennomgår de en grunnleggende sosial prosess og hva handler den om?
6. Hvordan forholder de seg til prosessen?

Spørsmålene skal ifølge Glaser og Strauss (1999) hjelpe en til å fokusere på mønster mellom hendelser og bidrar til å utvikle teori eller ny forståelse. Ved å legge vekt på det deltakerne sier, vil en kunne sikre at deltakernes perspektiv blir ivaretatt.

3.5 Analyse

Bearbeidingen av råmaterialet ble påbegynt etter at transkriberingen var ferdig. Jeg gikk gjennom intervjuene flere ganger, både ved å lytte til båndene og lese gjennom det skriftlige materialet. Dette for å sikre at jeg hadde fått med meg all informasjon. Jeg valgte å gjøre halvparten av transkriberingen selv, og det positive ved det var at jeg lettere kjente igjen dialekt, ord og faguttrykk i intervjuene. Denne muligheten har ikke utenforstående, og det

kunne bli noen små misforståelser av sammenhenger og faguttrykk. Feilskrivning har jeg ikke rettet på. Typiske dialektord er omskrevet til bokmålsord.

I arbeidet med det empiriske materialet har jeg benyttet Grounded theory som veiledende metode. Jeg lette etter å finne et mønster gjennom det som kom frem av intervjuene (Langdridge, 2006). Analysen består i en bevegelse frem og tilbake mellom data og begrep, mens ny forståelse der igjennom langsomt genereres. Analysen går gjennom hele prosessen, og er systematisk. I denne studien vil spørsmålet være om de innsamlede data og tolkningen av dem, gir en god beskrivelse av erfaringene de tilsatte i kommunene presenterer, det vil si om gyldighet foreligger. Ved å bruke NUD*IST som er en systematisk fremstilling i analysearbeidet, bidrar det til tydelighet hvordan resultatene har fremkommet. Det viktige er om begrep og teorier en kommer frem til, er relevante for deltakerne, og om de kan kaste lys over deres prosess og bidra til å forbedre praksis.

De seks spørsmålene som Glaser og Strauss (1999) anbefaler å stille i arbeidet med analysen, var til hjelp i å fokusere på mønster mellom hendelser og til å bidra til å utvikle nye begrep. Analysen av intervjuene er i følge Kvale (1997) plassert mellom den opprinnelige historien som den intervjuede forteller forskeren, og den endelige historien forskeren forteller publikum. Glaser og Strauss (1999) sier at det empiriske materialet er mer enn innsamling av relevant informasjon om temaet, da det er skapt gjennom møte mellom meg som forsker og de tilsatte i kommunene. Til tross for ulike formål og fremgangsmåter vil de fleste analysemåtene innebære at teksten må brytes ned i mindre deler. Ved første gjennomlesing av intervjuene, understreket jeg temaer i et vidt omfang. Etter å ha lest gjennom intervjuene en gang til, kan det se ut som temaer gjentar seg hos flere informanter, men med ulike måter å uttrykke seg på. Videre skrev jeg ned alle stikkord på eget ark for hvert enkelt intervju, til sammen åtte ark, for så å bruke fargemarkør på ord og uttalelser som var sammenfallende i alle intervjuene.

Parallelt brukte jeg dataprogrammet NUD*IST. Dette er et teknisk hjelpemiddel som jeg fikk instruksjon i gjennom høgskolen i Molde ved min veileder. Det finnes flere tilnærminger og metoder for kvalitativ analyse, men NUD*IST programmet er godt forenlig med Grounded theory som har som formål å utvikle ny forståelse og teori med grunnlag i empirisk materiale (Creswell, 1998). Det er likevel forskeren som hele veien må ta stilling til både hvordan nedbrytingen av materialet (kodingen) skal gjennomføres, og hvordan en systematisk fremstilling kan utvikles. NUD*IST har noen hovedfunksjoner som er tilpasset behovet for et

redskap i nedbrytingen av datamaterialet, og oppbyggingen av et system av kategorier, temaer og perspektiv. Bruk av teknisk hjelpemiddel i tillegg til å analysere seg gjennom teksten manuelt, kan gjøre analysearbeidet grundigere og mer etterrettelig. I følge Lund (2005) kan kvalitative analyser bli utsatt for kritikk, fordi det kan være vanskelig å forstå hvordan forskeren har kommet frem til de aktuelle resultatene. Ved å anvende dataprogram i behandling av kvalitative data, gjør dette analysen mer transparent og troverdig.

Alle intervjuene ble lagt inn i NUD*IST programmet. Programmet samler, lagrer, eksplorerer store mengder med tekst. Grounded theory legger vekt på åpen koding (Creswell, 1998). Jeg gikk gjennom alle intervjuene, som til sammen inneholdt litt over hundre sider skrevet tekst, linje for linje, og begynte systematisk koding av dataene. Data med henblikk på betydningsinnhold ble lagt inn som noder (variabler) i Free Nodes i programmet. Det ble 120 noder; direkte utsagn fra informantene. Jeg skrev memoer, skriftlige notater av refleksjoner over dataene. Memoene er tanker og detaljer i kodingen, kommentarer om temaet og så videre (Langdridge, 2006). Memoene ble sjekket opp mot dataene gjennom analysen, og var til hjelp for å avgjøre hvilke kategorier som var de viktigste i analysen.

Jeg fortsatte å lete etter begrep som kunne representere felles tema, for å sette disse sammen til et utvalg hovedkategorier. Hovedkategoriene ble bygd opp av underkategorier, som er noder kodet i NUD*IST (figur 1). Jeg grupperte nodene i fire hovedkategorier, og kodet de inn i Tree Nodes. Navnene på hovedkategoriene, er direkte sitater fra informantene. I følge Landgdridge (2006) blir denne strategien sett på som spesielt viktig i Grounded theory, fordi man mener at man hindrer at kategoriene og teoriene blir for brede og abstraherende.

Oppbyggingen av et tre diagram i NUD*IST viser på skjermen. Bildet er et hierarkisk tre av kategorier basert på hovedkategorier, underkategorier, og hvordan informasjon fra teksten er gruppert. I følge Creswell (1998) er dette et bilde som er nyttig i presentasjonen, analysen og diskusjon omkring problemstillingen.

3.6 Forskningsetiske aspekt

Deltakelse i forskningsprosjektet er lagt frem som frivillig i brevs form til kommunene (vedlegg 1), og jeg har presisert at de ikke må føle seg forpliktet til å delta. Dette har også vært litt av bakgrunnen for ikke å etterspørre de fire kommunene, som ikke svarte på henvendelsen om å delta. Brukergruppen som omtales er sårbar med tanke på behandling

både i institusjonen og ute i kommunen. Dette er en gruppe mennesker som lett kan oppleve stigmatisering, da de kan bli omtalt i media ved uheldige hendelser, og det er derfor viktig at prosjektet ikke får en negativ effekt i form av å legge for stort press på tilsatte om å delta. Resultatene av undersøkelsen vil kunne brukes til videre utvikling av behandlingsopplegg for sårbare grupper.

Forskningsprosjektet ble sendt til NSD, og muntlig svar derfra var at prosjektet var klarert for gjennomføring, da ingen brukere var informanter, og personopplysninger om brukergruppen ikke ville bli berørt.

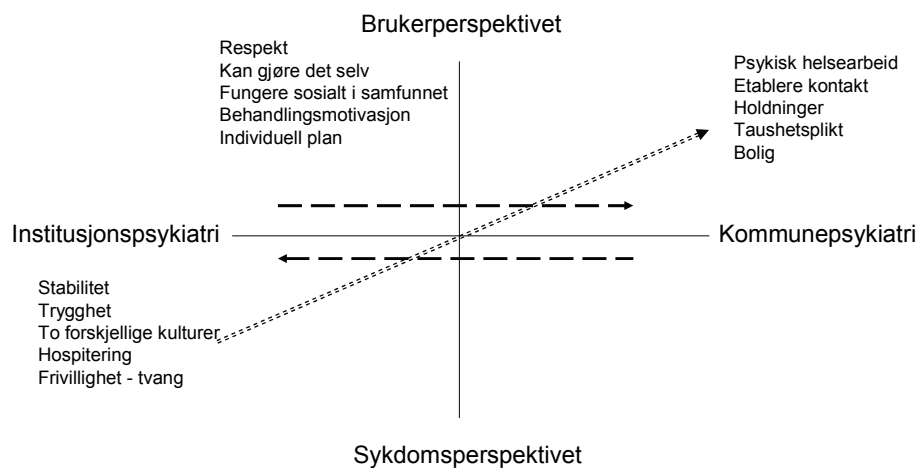
En beskrivelse av prosjektet ble også sendt til etisk komitè (REK), der det ble muntlig klarert for å starte, uten noen innvendinger. Det er ingen personopplysninger brukt i prosjektet. Som bakgrunnsdokument ble det brukt et oppkonstruert case. For å bevare konfidensialiteten blir alt materialet som er kommet inn, makulert etter at analysen er ferdig. Sitater kan ikke identifiseres av andre enn de som har uttalt seg. De som har bidratt med informasjon og uttalelser fra kommunalt nivå, skal bli ivaretatt av taushetsplikten, og det vil ikke bli henvist til noen enkelt kommune. Kontorpersonale som hjalp til med transkriberingen av intervjuene, slettet det de hadde skrevet fra sin maskin etter oversendelse til meg. Deltakernes anonymitet og integritet er ivaretatt ved at materialet behandles konfidensielt, i tråd med Helsinkideklarasjonen.

De som har deltatt i undersøkelsen ønsker tilbakemeldinger og skal få resultatene.

4.0 RESULTATER OG DISKUSJON

De resultatene som presenteres her er organisert i en figur for å gi et mest mulig helhetlig bilde av hvordan informantene opplever utskrivelsesprosessen fra en sikkerhetsenhet til kommunalt nivå. Figuren inneholder i alt fire hovedkategorier. Hver av hovedkategoriene er bygd opp av et antall subkategorier, som fremkom gjennom analyseprosessen (NUD*IST). Subkategoriene er også presentert i figur 1.

De fire hovedkategoriene er bygd opp av sitater fra informantene med underpunkt i felles tema. Informantenes uttalelser gjengis i den form de ble sagt i kursiv skrift gjennom presentasjon av funnene. Før jeg presenterer det som informantene sier om selve utskrivelsesprosessen, viser jeg innholdet i de fire hovedkategoriene; Institusjonspsykiatri, Kommunepsykiatri, Brukerperspektivet og Sykdomsperspektivet. Benevnelsen på kategoriene er direkte sitater fra informanter (Langdridge, 2006).



Figur 1: Fire perspektiver og utskrivelsesprosessen

Figuren er en synliggjøring av kategorier/tema som har kommet frem i analyseprosessen, og den viser også at det forgår flere prosesser på samme tid. Pilene fra institusjonspsykiatri og til kommunepsykiatri går ikke bare en vei, men begge veier. Informantene gir eksempler på dilemmaer som oppstår i disse prosessene. De må finne en balanse mellom å ta kontroll når de ser at vedkommende ikke kan se konsekvensene, og gi fra seg kontroll etter hvert som brukeren gjenvinner evnen til å ta ansvar for sine egne valg. Brukerperspektivet kan oppleves som en motpol til sykdomsperspektivet. Brukerperspektivet står sterkt hos de tilsatte i

kommunen, men det kan likevel være vanskelig å fri seg helt fra et sykdomsperspektiv. Institusjonspsykiatri kan ligge nærme sykdomsperspektivet, men deler av institusjonspsykiatrien kan også fremstå som brukerorientert. Kommunepsykiatrien kan ha brukerperspektivet i fokus, men sykdomsperspektivet kan også være gjeldende. Jeg utdyper de ulike prosessene i drøftingskapitlet 4.6.

4.1 Institusjonspsykiatri

Begrepet ”institusjonspsykiatri” ble brukt av flere informanter, og fremkom som et viktig tema i intervjuene. Det informantene sier om institusjonspsykiatri, danner et grunnlag til å forstå bedre deres opplevelse av selve utskrivelsesprosessen. Institusjonspsykiatri som hovedkategori bygger på flere underkategorier fra datamaterialet, slik de fremkom i analysen: stabilitet, trygghet, to forskjellige kulturer, hospitering, og frivillighet - tvang (jmf. figur 1). Disse underkategoriene presenteres hver for seg nedenfor. Tilslutt i kapitlet vil jeg drøfte kategorien institusjonspsykiatri i lys av teori.

4.1.1 Stabilitet

Tilsatte i kommunene tenker at stabilitet er et av kjennetegnene på institusjonspsykiatri. Stabilitet er også ønske om å få til ute i kommunen, men sees på som oppnåelig ganske langt frem i tid. Sykehusstilværelsen blir betegnet som beskyttet og trygg, da det er mennesker rundt brukeren hele døgnet. Det som skaper trygghet i institusjonen er gjerne at man har muligheten for tilgang til hjelp på nattestid. En informant uttrykte dette slik:

Når det bor folk som hos dere, at de har noen rundt seg 24 timer i døgnet, så får du en helt annen posisjon i forhold til folk, og så kommer vi og har kanskje tilbud en gang i uken og så er det vanskelig å nå dem.

Ved Sikkerhetsenheten er kompetanse samlet på en plass, og brukeren er omringet av fagpersoner i institusjonen. Dette gjør at brukeren oppleves godt fungerende så lenge han er innlagt, men i mangel på ressurser til å følge opp, kan situasjonen endre seg etter utflytting. Tilsatte i psykiatritjenesten har flere ganger opplevd at brukeren ikke fungerer så godt som han er beskrevet inne i institusjonen. Informantene hevder de har stor tillit til behandlingsansvaret som tilhører spesialisthelsetjenesten. Det er likevel ulike oppfatninger hva den enkelte tilsatte legger i behandling. Det ble foreksempel hevdet at:

Behandling er det som er forordnet av legen, tenker jeg. Vi følger opp behandlingen. Hvis du tenker behandling mens han er inne, så er det medisin, og den observasjon og den døgnkontinuerlige oppfølgingen han kan ha på en avdeling. Når han kommer ut, har vi ikke den samme mulighet i en kommune. Vi kan gi tilsyn, vi kan følge opp det som er forordnet. Vi behandler ikke, vi er ingen behandler.

En av de andre informantene derimot sa at:

Så når vi arbeider med brukere på normalt nivå, så arbeider vi ut ifra de ressursene vi har, og er ikke så veldig opptatt av diagnosene. Diagnosen blir jo vesentlig i behandling, synes jeg, så det spørs hvor du legger fokus hen.

En annen informant brukte uttrykket som om noen hadde tryllet, fordi det plutselig hadde skjedd så store endringer hos bruker:

Jeg har faktisk en nå som har vist veldig forandring. Har skiftet en del syn og blitt et nytt menneske. Han skiftet medisin og da følte han seg plutselig mye bedre. Den nye medisinen virket, for å si det sånn. Og han har gått og slitt mange år med depresjon og bipolar lidelse. Han har vært i kontakt med et DPS, og det er der de har tryllet.

Den samme informanten mener dette er individuelt, og viser til et annet tilfelle der brukeren var så psykotisk i perioder, at han hadde gitt opp. Han ble innlagt på en institusjon, og de endret medisin. Informanten sier det skjedde en totalendring. Han ble utskrevet, har bygd seg hus og har det bra. Informanten sier denne historien er nesten ikke til å tro, men han legger også til at hadde det ikke vært for den stabilitet som institusjonen kan gi brukeren i perioder, ville de ikke ha klart det. Alle informantene hevdet at både brukerne og hjelperne trenger den avlastningen, roen og stabiliteten som en institusjon kan gi, og stabilitet over tid er avgjørende i behandlingsøyemed.

4.1.2 Trygghet

Informantene formidler at mye av arbeidet i psykiatrien handler om at brukerne må gjøres trygg på hjelperne. I tillegg handler det også om at hjelperne skal kjenne seg trygge i jobbsituasjon. De mener at i institusjonen er det mer tid til å få bygget opp en allianse, kunne gjøre noe sammen uten tidspresset som henger over en, i motsetning til når en er alene om

tilretteleggingen, slik som hjelperne arbeider ute i kommunen. Det vil alltid være en person tilgjengelig i institusjonen som kan ta over om noe plutselig skulle inntreffe, uten at dette går utover brukeren. En av informantene sa at:

Det er så sårbart dette at dersom vår psykiatriske sykepleier blir fraværende, så er det ikke noe tilbud. Da er det bare legesiden eller det blir dem på sosialkontoret og det er veldig sårbart. Og da kan du plutselig komme ut og så har du nesten ingenting, og det er skummelt.

Dette sitat kan tolkes som at informanten ønsker tryggheten som er i institusjonen også ute i kommunalt psykisk helsearbeid. Brukerne og hjelperne skal kjenne på tryggheten uansett hvilke nivå de er på i behandlingsskjeden. Noen av informantene mener at brukerne skal ikke bare kjenne seg trygge på hjelperne, men også på seg selv og egne ressurser:

Er de inne på institusjonen så har de noen i bak kant hele tiden, og vi har ikke samme mulighet når de kommer ut. De er nødt til å bruke sine ressurser. Vi opplever kanskje litt av og til at en blir lært hjelpeløs i institusjonspsykiatrien.

Det fremkom at informanten så svakheten ved at brukere ikke blir ansvarliggjort ved å bruke egne ressurser i institusjonen. Han mener dette handler om å gjøre brukeren trygg på egne krefter til han skal utskrives. Flere informanter mener trygghet handler både om nok personale og at brukeren kan oppleve egen mestring. Begrepet trygghet fremkommer i intervjumateriale på fire nivå. Brukeren skal bli trygg på seg selv og trygg på hjelperen. Likedan bør hjelperen kjenne på egen trygghet og trygghet på brukeren. Informantene mener dette dreier seg om behandling, og må starte i institusjonen der brukeren har et godt utgangspunkt med fagpersoner tilstede som kan veilede gjennom hele prosessen.

4.1.3 To forskjellige kulturer

Flere informanter mener det er store forskjeller på institusjonspsykiatrien og psykiatritjenesten i kommunen:

Det kan virke som om det er to forskjellige kulturer. Jeg tviler på om spesialisthelsetjenesten er så god på brukeren at de vet hva behovet er når han kommer ut i egen leilighet.

Som det fremgår av sitatet legger informanten her vekt på å gi institusjonen større forståelse av behovet til brukeren. Det må gjøres en kartlegging i den leiligheten som brukeren skal bo i ute i kommunen, for eksempel ved å se på hvilke ressurser en har til rådighet. Det antydes også at dette bør helst gjøres sammen av spesialisthelsetjenesten og kommunen, da dette er manglende kunnskap hos spesialisthelsetjenesten. En tolkning kan være at fagfolkene som arbeider i institusjonen kun ser livet innenfor veggene der. Det følger av dette at en kan ikke få til god rehabilitering med bare å ha blikket for institusjonsbehandling. Et annet moment som fremkommer er store forskjeller mellom kommunene i henhold til hvordan de prioriterer brukere med psykiske lidelser:

Det må spesialisthelsetjenesten lære, og det er forskjell fra kommune til kommune, veldig stor forskjell på prioriteringene.

Informantene legger vekt på at livet etter et institusjonsopphold ikke er likedan som det var før en innleggelse. Brukere får en tett oppfølging på en sikkerhetsenhet, ikke fullt så tett på en rehabiliteringsenhet. Brukeren må forberede seg i den perioden han er innlagt, for å lære seg å gjøre de samme tingene som han skal gjøre når han kommer hjem igjen. Flere informanter sier at de som jobber i institusjonen burde vært med ut i kommunen, for å få et realistisk bilde av hvordan livet er utenfor, og for å forstå livet utenfor:

Det er veldig viktig at institusjonen ser livet utenfor veggene der.

Det virker som de fleste psykiatrikoordinatorerne opplever institusjonen som en verden for seg. Inne i institusjonen er det et stabilt miljø med flere hjelpere til stede til enhver tid:

Institusjonen vil på en måte være et spesielt liv, utfordringene blir ofte annerledes enn kanskje man har forutsett når pasienten kommer ut.

Informantene la vekt på at både de som jobber i institusjonen, og de tilsatte i kommunene må nærme seg hverandre sitt ståsted. Det har gjennom flere år vært personale fra kommunehelsetjenesten inne for å lære av spesialisthelsetjenesten, men informantene påpeker viktigheten av at tilsatte i spesialisthelsetjenesten også er ute i kommunen i perioder.

En av informantene stilte spørsmål om kulturen inne på institusjonen blir dannet slik at den ivaretar det psykiske helsearbeidet i kommunen. Han mener med dette at institusjonen bør tilnærme seg kommunepsykiatri kunnskapsmessig, og han formidler følgende:

... at psykiatrien brukes som kunnskap om psykiske lidelse, og at helsearbeid er også mer hvordan brukere kan klare å fungere normalt i samfunnet.

4.1.4 Hospitering

Personale fra spesialisthelsetjenesten som har hatt en arbeidsperiode ute i kommunal omsorg, har fått oppleve kontrasten det er mellom institusjon og den kommunale omsorgen som kan gis til brukere med psykiske vansker. Tilsatte i psykiaritjenesten merker at det skjer en endring i forståelsen hos de hjelperne som har prøvd dette. Ut fra det informantene uttrykker er psykisk helsearbeid i kommunen noe annet enn institusjonspsykiatri, men forskjellen må erfares for at en kan komme et skritt videre i å forstå kompleksiteten i kommunepsykiatrien. En av informantene uttrykte seg slik i forhold til praksis dager som tilsatte i spesialisthelsetjenesten hadde hatt ute i kommunen:

Fra sengeposter får de en a- ha opplevelse i forhold til hva det psykiske helsearbeidet er, og hva vi har å spille på i kommunen.

Det blir også fremhevet viktigheten av å lytte til, og ha respekt for den kunnskapen som man har lokalt. Informantene sier i den sammenheng at lokalkunnskap er nødvendig. Det handler om å forstå hverandres ståsted når brukere skal utskrives fra en institusjon og tilbake til samme lokalmiljø som han vokste opp i. Noen informanter stiller spørsmålet om det heller kan være bedre prognose å prøve seg utenfor det lokalmiljøet som brukeren vokste opp i. Det er viktig at institusjon ikke bare har blikket rettet mot behandlingen inne, men gjør seg kjent gjennom å hospitere for å lære lokalmiljøet å kjenne. Dette for å legge til rette mulighetene som finnes i overgangen tilbake fra institusjonen. Informanten sier dette i sammenheng med utskrivelsesprosessen for en bruker at:

Det er da man virkelig har behov for den gode lokalkunnskapen.

En annen informant beskriver det som flere av de andre informantene også har på hjertet:

For det personale som kjenner pasienten fra institusjonen, så er det å lytte til og ha respekt for den kunnskap som man har lokalt. Det er ofte slik at har man jobbet lenge i en kommune, som mange har i hvertfall i vår kommune, så har du ofte veldig god lokalkunnskap, ikke nødvendigvis om vedkommende pasient, men om hva utfordringene er. Hva vil bli de sårbare punkt i forhold til tilbakeføring til et lokalmiljø. Vi kjenner konteksten dit pasienten skal. Vi vet hva som er de positive og negative sider ved det lokalmiljøet eller det stedet som vedkommende skal inn i og utfordringene.

Flere informanter hadde erfaring med at noen tilsatte i psykiatrien ute i kommunen har hatt hospitering inne på institusjonen. Disse mente at dette var veldig nyttig. Likevel sier de at gevinsten ville blitt større om tilsatte i institusjonen hospiterte ute i kommunen. Det kan tolkes som det står igjen en del fra institusjonens side før felles forståelse om psykiatritilbud utenfor institusjonen er på plass.

4.1.5 Frivillighet - tvang

De fleste brukere som er innlagt på Sikkerhetsenheten er under tvungent psykisk helsevern (PHVL § 3-5 eller § 3-5,3). Det kom frem uklarheter rundt forståelsen og praktisering av paragrafer i Loven om Psykisk Helsevern både ved innleggelse og utskrivelse i følge informantene. Brukere som er innlagt i institusjon etter § 3-5 og § 3-5.3 i PHVL har institusjonen ansvar for, men erfaringer og opplevelser som informantene viste til, var at her ble det ”syndet” fra institusjonens side, som en av informantene sa:

Han er innlagt på § 3-5, det er vesentlig å vite for oss. Er han frivillig eller på fortsatt tvungent vern uten døgnopphold i institusjon, det er en ting å det må være klart...

En annen informant fortalte at:

da sa avdelinga det at pasienten ønsket å reise ut, og at han var innlagt frivillig, så han måtte bare få reise. Så det var ikke vurdering av behandling eller dårlig eller fungeringen som hadde betydning om han skulle reise hjem igjen.

Tilsatte i kommunehelsetjenesten var tydelig på at:

Hvis brukeren blir skrevet ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, da må vi forholde oss til det. Ansvarer må være helt klart ved utskriving.

I dette tilfelle dreier det seg om hvem som har ansvar for vernet jmf §3-5.3 i PHVL. Informanten hevder de opplever det gang på gang når noen er utskrevet på tvungent vern, at de har måttet gå utover det de egentlig har lov til å gjøre. Informanten refererer i dette tilfellet til å sette medisindepot hjemme hos brukeren. Det henger igjen holdninger og formeninger om at dette kan psykiatritjenesten gjøre, og at de som har vernet (Spesialisthelsetjeneste eller Psykiatrisk poliklinikk) har vært vante med at tilsatte i kommunen for eksempel setter medisindepot hjemme hos brukeren. Tilsatte mener de har vært for snille. Det er stort press på tjenester, men en kan ikke si nei på bakgrunn av stort press; de henviser til lovverket. Informanten mener tilsatte nå er blitt flinkere til å sette grenser for hvilke oppgaver de skal gjøre. De opplever at dette har sammenheng med at flere skjønner lovverket.

4.1.6 Diskusjon av temaene i punkt 4.1

De underkategoriene som er presentert viser at informantene samlet sett synes å ha en oppfatning av institusjonspsykiatrien som et trygt og nødvendig tilbud for brukere som har en alvorlig psykisk lidelse. Sett i lys av sikkerhetspsykiatriens historie (St.meld.nr.25 (1996-97)), kan det virke som behandlingsopplegget er endret noe i forhold til denne brukergruppen, men overføring av ferdigbehandlede brukere til kommunene fortsatt ikke er kommet ordentlig på plass. Dette vil belyses i diskusjonen om de ulike prosessene. Informantene hevder de har stor tillit til behandlingsansvaret som tilhører spesialisthelsetjenesten. Om dette kan tolkes som at de tilsatte i kommunene ønsker behandlingen eller tryggheten mest, kan være vanskelig å si, men i forhold til lovverket skal en sikre etablering og gjennomføring av psykisk helsevern på en forsvarlig måte i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper (PHVL), og det innebærer institusjonsopphold i perioder.

Brukerne som er innlagt i en sikkerhetsenhet er en sammensatt gruppe mennesker og kan ha en voldelig adferd i kombinasjon med alvorlig sinnslidelse (Dale, 2006). Det kreves ressurser for å få til intensiv behandling og aktiv rehabilitering med oppfølging (Hansen et.al, 1999; Hodgins, 1999). Det virker som informantene opplever det trygt å ha et institusjonsopphold for brukeren. I følge Bjørkly (1997) er det i klinisk praksis viktig å sørge for at de ulike

samarbeidspartnerne har forenlige referanserammer og forståelsesmåter. Behandling av aggressive mennesker byr på ekstreme utfordringer når det gjelder krav til selvkontroll, tåleevne og analytisk presisjon. Bjørkly sier at aggressiv atferd i seg selv er så truende og personlig utfordrende i behandlingssammenheng, at det lett blir subjektive forsvarsreaksjoner og ikke faglige og analytiske vurderinger som styrer vår samhandling med aggressive mennesker (Bjørkly, 1997).

Informantene ser på institusjonpsykiatrien som et sted der det er samlet stor kompetanse på et sted, og har tro på at brukere blir ferdig behandlet. De ønsker at brukere kan ha et behandlingsopphold i form av observasjon og medisjusteringer, for så å komme tilbake til kommunen. Selv om informantene ikke la så mye vekt på diagnosene, mener de at vernet innen sikkerhetspsykiatrien virker betryggende. Dette kommer frem hos tilsatte i kommunene som ønsker individuelle risikoanalyser i forbindelse med utskrivelse av brukere. I forbindelse med utskrivelse av brukere med aggresjonsproblemer, hviler det et stort ansvar på de fagpersonene som er satt til å gjøre disse risikoanalysene. Flere ulike måleredskap og skjema kan brukes for å avklare sårbarhetssammenhenger, eksponeringsrisiko og risikoavdekking (Bjørkly, 1997). Når informantene vektlegger tryggheten både for hjelperne og brukerne, vil overføring av kunnskap om voldsrisiko håndtering være nyttig og ønskelig.

Flere av informantene hevder det er altfor stor forskjell på institusjonpsykiatri og psykiatritjenesten ute i kommunen. De mener tilsatte i institusjonen må få større forståelse for behovet til brukeren. Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998)) legger til rette for store utfordringer vedrørende brukergruppen som har hatt et lengre opphold i institusjon, og som er på vei til å etablere et liv ute i samfunnet igjen. Ønske fra tilsatte i kommunen om at spesialisthelsetjenesten skal hospitere ute i kommunen, for å få bedre kjennskap til det som brukeren skal skrives ut til, samsvarer med utfordringene i Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998)). Det kan også være en viss avstand mellom verdiene som man hevder å jobbe etter i og utenfor en institusjon. Det handler om hvordan verdiene styrer og legitimerer praksisen vår i rehabiliteringsvirksomheten. Dersom noen i samme organisasjon mener at rehabilitering er å trene opp kroppslige funksjoner, mens andre mener å støtte brukeren i reorienteringsprosessen, kan det i følge Bredland et.al (2002) være duket for samarbeidsproblemer. Informantene fremhever viktigheten av å lytte til, og ha respekt for den kunnskapen som man har lokalt. At to kulturer skal lære å forstå hverandre er en kjempeutfordring, men handler også mye om kommunikasjon. Sitatet under (Aadland,1997)

kan relateres til betydningen av å arbeide med kommunikasjon og forståelse av seg selv og andre:

Vi ønsker å forstå hverandre, og vi ønsker å forstå oss selv. Noen yrker setter den mellommenneskelige forståelse i sentrum for sin virksomhet. I særdeleshet gjelder dette helse- og sosialfagene. Men hvordan bygge broen av forståelse? En nitid utforskning av den andre kan kanskje vise seg fruktbar? Eller kommer jeg dypere og nærmere forståelsen gjennom å utforske min egenerkjennelse; hvordan mine fordommer og min forståelse preger mitt verdensbilde? Eller vil et nærstudium av ordene vi bruker og de kontekster vi står i avsløre nye perspektiver på forholdet vårt? (Aadland,1997, s.16).

Tilsatte i kommunehelsetjenesten var tydelig på at når brukeren blir skrevet ut fra institusjonen, må ansvaret være klarert ved utskrivningen. Lovverket er klart på dette området (PHVL). Hvis brukeren er utskreven på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, har fortsatt institusjonen ansvaret for vernet (PHVL §3-5.3), det omfatter pålegg overfor brukeren om fremmøte til behandling. At tilsatte i kommunepsykiatrien ønsker tydeliggjøring på ansvarsområde, handler også om at hjelperne vil kjenne på samme tryggheten som de mener institusjonen skaper. Flere sitater fra informantene viser at tryggheten i institusjonen med å ha samlet kompetanse rundt seg, ha noen i bak-kant og folk tilgjengelig på natt, gir andre utfordringer enn ute i kommunen. Ut i fra dette kan en forstå ønske fra tilsatte i kommunen om at spesialisthelsetjenesten følger opp sitt ansvar i forhold til ettervern (PHVL §3-5.3). Det kommer også tydelig frem i historikken at institusjonene i psykisk helsevern har gitt totalomsorg og bolig til brukerne over lang tid, og mange institusjoner har fortsatt med å yte langtidsomsorg og lite rehabilitering. I følge Stortingsmeldingen er psykisk helsevern langt på vei kneblet av historien. Dagens institusjoner er bygget med utgangspunkt i gårsdagens behandlingsfilosofi, tidligere tiders kultur og oppfatninger (St.meld.nr.25 (1996-97)). Informantene mener det henger igjen holdninger og formeninger om at *dette kan psykiatritjenesten gjøre*. Når en ser på hvilke brukergruppe denne undersøkelsen handler om, vil det være større utfordringer enn generelt psykisk helsearbeid. Brukere som preges av vedvarende utagering eller så alvorlige voldshandlinger at det kreves ressurser utover det som generelle psykiatriske avdelinger kan tilby, skal ha behandling ved forsterkede langtidsavdelinger eller i spesielle sikkerhetsavsnitt på fylkeskommunalt nivå (St.meld.nr.25 (1996-97)). Erfaring viser at tidlig diagnostisering, intensiv behandling og aktiv rehabilitering

med oppfølging kan forhindre uheldig sykdomsutvikling med langvarige utageringsproblemer.

4.2 Kommunepsykiatrien

I dette kapitlet presenteres det som informantene legger i begrepet kommunepsykiatri. I det første intervjuet kom utsagnet om at *livet leves ute i kommunen*. Det ble et gjennomgående tema som de andre informantene tok opp i intervjuene også. Livet leves ute i kommunen, og skal leves i en bolig i nærmiljøet eller en annen form for bofellesskap i kommunen. Alle informantene hadde en formening om at brukere med psykiske vansker ikke skal være i institusjon over lang tid, men skal få muligheter på lik linje med andre mennesker som bor ute i samfunnet.

På spørsmål om informantene trives med arbeidet sitt, bekreftet alle at de trives godt, og at det aller mest meningsfylte er å jobbe i førstelinje. De med lengst erfaring uttrykte at de aldri hadde vært i jobben hvis de ikke hadde trivdes. Alle informantene hadde en entusiasme på brukernes vegne.

Kommunepsykiatri som hovedkategori bygger på underkategorier fra datamaterialet: Psykisk helsearbeid i kommunen, etablere en kontakt, holdninger, taushetsplikt og bolig.

I slutten av kapitlet drøftes funnene opp imot teori og ulike påvirkningsfaktorer.

4.2.1 Psykisk helsearbeid i kommunen

Det kommer frem av undersøkelsen at Psykisk helsearbeid i kommunen har endret seg ved at en skal ha en større bredde til tjenestene til mennesker med psykiske vansker. En implikasjon av dette er at det må bygges opp møteplasser, sysselsettingstilbud, dag tilbud, rehabiliteringstjeneste, og styrke en del av tjenesten som alt har vært i gang, spesielt boliger er det vesentlig at de styrker. Det kommer frem ulikheter i forhold til hvordan tilbudet er organisert i de ulike kommuner.

Informantene forteller at i enkelte kommuner drives tilbud som Aktiv på dagtid, eller har et tilsvarende navn, der de har aktiviteter i løpet av uka som innbefatter turdag, svømming, trim og fysioterapi, og bibliotek-dag. I noen kommuner er det andre former for møteplasser som

for eksempel kafè der de kan sitte og prate eller lese aviser. Andre har aktivitetshus eller dagsenter der mange tilbud finner sted, samt at brukere i tillegg kan få kjøpe seg middag.

Undersøkelsen viser at sysselsettingstilbud varierer litt ut ifra hvilke kommune brukeren hører til. Noen kommuner har vekstbedrifter som er tilknyttet NAV, der de kan kartlegge arbeidsevnen, for så å få et arbeidstilbud, og andre igjen har tilbud som de kaller aktiv hverdag. Når det gjelder hvilke oppfølging brukere kan få i boliger, varierer også dette ut fra hvilke kommune brukeren kommer fra. Informantene forteller at noen tilsetter miljøarbeider i tilknytning til omsorgsbolig, og andre har nok tilsatte til å gi boveiledning som en del av tjenesten. Boveiledning er det begrepet de tilsatte bruker i forhold til den hjelpen de bistår med praktisk i hjemmene. En informant sier det slik at:

Og så er det med boveiledning, det er en fin måte å få allianse og relasjon på, for du må på en måte gjøre noe i lag.

Dette sitatet kan tolkes som at det kan være vanskelig å skille tjenestene fra hverandre, de henger nøye sammen. Undersøkelsen viser også at i kommunene foreligger det oppdaterte psykiatriplaner:

Vi har jo akkurat ferdig en psykiatriplan, der vi legger opp til å bygge omsorgsleiligheter med noe oppfølging. Ja, den er jo oppdatert da. Vi har jo hatt en fra 1999, så det er andre gang den blir oppdatert nå. Så der legger vi en del føringer i forhold til hvordan vi skal planlegge tilbudet til personer som har bruk for vår tjeneste.

Alle informantene viste til psykiatriplanen der målsettingen er klar på at brukere med psykiske lidelser har sine rettigheter, og de tilsatte strekker seg langt for at de blir innfridd. Stabilitet i ressurstilgang og personalgrupper ser noen av informantene på som et mål langt fremme, men i enkelte kommuner vises det til bedre tilgang. De hevder at å få opp drift rundt tilbudet krever ressurser, driftsmidler og det må igjen hentes fra et budsjett. En kan ikke iverksette tiltak uten at det er budsjettert midler til å drive arbeidet.

4.2.2 Etablere en kontakt

Informantene mener brukere i kommunen er avhengig av trygghet og stabilitet så vel som når de er inne i institusjon. De uttrykker også at relasjonsarbeid vil alltid være personavhengig, derfor vil arbeidet fungere aller best, hvis de får med seg folk som synes dette er interessant og utfordrende. Skal tilsatte i kommunen jobbe med folk som kommer fra psykiatrien, så må de ønske det selv, og en informant sier det blir lagt inn som en kriterie for å få ansettelse i jobben. Det er lettere å sette dette som kriterie i større kommuner med flere søkere til stillinger enn i små kommuner. Informantene hevder det er tema som likevel blir lagt stor vekt på hos de som jobber i psykiatritjenesten i de fleste kommunene. En informant forteller at de som har ansvar i psykiatrien der han jobber, har kontor på samme fløyen. Han opplever at dette er med på å skape gode relasjoner mellom hjelperne.

Ja, vi er på samme fløy, så litt av tanken bak det er at vi skal være nær, og vi skal være kjent, og vi skal, holdt på å si like hverandre.

Den gode relasjon som hjelperne vil ha til hverandre, overføres gjerne til brukeren også. Kontaktperson bør være en som over tid kan stå i arbeidet, og det vektlegges så langt det er ressurser å ta av. En kan tenke seg at veiledning til kontaktpersoner for brukere som kommer ut fra institusjon, og personale for øvrig, vil gi trygghet både for brukeren og nettverket rundt. Flere kommuner legger vekt på videreutdanning i Psykisk Helsearbeid for sine tilsatte, dette for å ha et godt grunnlag for å skape gode relasjoner for kontaktpersoner til brukerne av det psykiske helsevernet. Å ha en fast kontaktperson blir formidlet som viktig for å få til en sammenhengende behandlingsskjede som en av informantene sa:

At dere har kontakt med pasienten, og at dere ikke bare snakker med oss. På en måte ser spillet mellom oss. Og at når en pasient utskrives, at den kontakten med avdelingen fortsetter en stund; det har vi erfaringer med er nyttig da.

Informanten mener det kan variere hvor lang tid denne kontaktpersonen bør være tilgjengelig, men gjerne en måned eller to, og så kan det være tilfeller som dreier seg over år. Han mener tidsaspektet kan være avhengig av relasjonen brukeren får til kontaktpersonen i kommunen.

4.2.3 Holdninger

Holdninger til mennesker med psykiske vansker kom ikke frem som noe spesielt negativt i intervjuene, derfor heller ikke vektlagt som noe stort problem. Likevel ble det presisert av flere informanter at det finnes krefter som en ikke har styring med, og at enkelte mennesker ser på psykiatri som psykiatri uansett hvilke avdeling brukeren kommer fra. En informant sier følgende:

så hvis noen får en merkelapp på seg, at han er aggressiv, så hever du stemma da, så blir du truende med en gang. Folk kan oppfatte deg farligere enn du er. Kanskje det å få litt informasjon om slike ting; hvordan en takler aggresjon.

Informanten mener her at det hadde hjulpet med informasjon om hvordan aggresjon hos brukeren har vært taklet tidligere inne på institusjonen. Både brukeren og de tilsatte ville da opplevd at arbeidet gikk lettere, og at en på den måten unngår andre sin ubegrunnede frykt eller kommentarer. Informanten mener det handler om veiledning for å takle situasjoner, for å unngå at dette blir et problem. Da tenker informantene forebyggende både på brukeren og folk ute i samfunnet. Det skal lite til før det går rykter, og det skal kanskje lite til for å forbygge at uheldige situasjoner oppstår. Informanten hevder det handler om generell uvitenhet blant folk flest, og da er det viktig at ikke uheldige situasjoner oppstår. En annen informant sitter med tilsvarende erfaringer:

Det er andre sider som kanskje blir enda viktigere når du skal ut og klare deg på egen hånd. En ting er å tilpasse seg et institusjonsliv, men det å tilpasse seg et lokalmiljø, det kan være såpass banalt som at kassadama på nærmeste matvarebutikk er redd folk som man vet har vært i psykiatrien. Informanten legger til at: Det kan faktisk være nesten sånn at det kan bestemme valg av bosted.

Erfaring viser at nettverket som brukeren har hatt før en innleggelse ofte er forandret, fordi det har gått noen år før brukeren er tilbake på sitt hjemsted igjen. Det vil være avhengig av alder; unge mennesker er flyttet på grunn av utdanning og skoletilbud, eller hvis brukere er knyttet til et belastet rusmiljø vil der også være forandringer. Å komme tilbake for å gjenoppta kontakten er vanskelig. En informant sier det slik:

Det kan være vanskelig å komme inn i et miljø, og i perioder der du har vært innlagt på en institusjon. Det er vel likedan her som ved mange andre steder at en del trekker seg, en del forblir.

Informanten formidler videre at det kan være usikkerhet blant naboer og unger. Tilsatte i psykiatritjenesten kan få oppringning med bekymringsmeldinger fra naboer, og informanten mener det kan være naboens opplevelse av situasjonen. Han hevder det kan være å overreagere enkelte ganger. Han henviser igjen til at det handler litt om kunnskap om psykiatri, og at folk overreagerer i uvitenhet, mer enn reell trussel:

Dem trur at folk, de opplever dem som farlige, som truende, og det er ikke noe rart at de gjør det, men det er ikke sikkert at de nødvendigvis er det selv om de blir opplevd slik.

Informanten tror ikke dette er et stort problem, men det virker alvorlig de gangene det oppstår en situasjon der omgivelsene til en bruker blir usikker. En annen informant har det inntrykket, at etter de årene han har jobbet i psykiatritjenesten, har holdninger endret seg:

Det er litt mer åpenhet, enklere å snakke om at en har en bror eller søster eller ektefelle som er psykisk syk.

Han formidler videre at det er etablert ektefellegrupper til personer med psykiske vansker, noe informanten mener åpner opp for større forståelse også i nettverket rundt brukerne. Informanten sier at de tenker seg at det skal bli et nettverk som kanskje etter hvert går av seg selv. Tilbudet er nystartet og de ser allerede en tilfriskning hos enkelte brukere.

4.2.4 Taushetsplikt

Begrepet taushetsplikt ble av flere informanter oppfattet både som et hinder og et gode i forbindelse med pårørende og nettverksarbeid i lokalmiljøet. Ønske om å si fra hvordan brukeren opplever situasjoner som har oppstått, oppleves vanskelig av hjelperne rundt brukeren. Flere informanter sier at hvis det blir spørsmål om en bruker, kan en ikke si noe på grunn av taushetsplikten. Brukeren selv må gi tillatelse til informasjon eller fortelle selv. Er brukeren kommet så langt at han gjør det, vil integreringen i lokalsamfunnet gå lettere. Det kan også handle om å være synlig på et lite sted. En informant forteller:

Jeg hadde faktisk et tilfelle her jeg snakket med en; vi hadde avtalt at vi skulle gå tur neste gang hun kom hvis det var fint. Da kunne vi like godt være ute og snakke. Det jeg ikke tenkte på da, var jo det at da kunne jo noen se oss. Men det hadde hun kommet på til hun kom her igjen da, så det var ikke så lurt. Da visste jo alle at hun gikk hit.

Informanten forteller at brukeren avsto å gå tur sammen med han. Han forstår at det blir slik, men føyer til at det er ikke alle brukere som er like opptatt av om de blir sett sammen med hjelperne:

Det er jo det at det må være begrensninger på den informasjonen de skal ha, venner og naboer. Samtidig så tror jeg det at hvis de hadde fått litt mer tilbakemeldinger på at det faktisk er bra at de bryr seg, sjøl om det ikke ser ut som det skjer, så skjer det mer enn det som tilsynelatende skjer. Du kan ikke fortelle alt, men at man bryr seg, det er positivt likevel da.

Informanten som forteller dette, kjenner på dilemmaet med å vite hva som kunne vært det beste for brukeren, men er låst av taushetsplikten. Det kom likevel frem at taushetsplikten er til det beste for alle brukerne, fordi det handler om respekt for brukerens identitet.

4.2.5 Bolig

Fra institusjonens side blir det ofte sett på som et stort problem at kommunene ikke har tilgjengelig omsorgsboliger eller andre former for bolig når brukere er i en rehabiliteringsprosess. Fra kommunens siden hevder de tilsatte at de har erfaring på at brukere nærmest blir sendt ut på dagen fra institusjonen, og de har opplevd at det har vært sterkt press på å få skrevet brukere ut fortest mulig. Selv om boligen har stått ferdig, må de holde igjen nettopp for å få til litt av denne planleggingen omkring utskrivelsen.

I enkelte kommuner er det ikke bolig tilgjengelig, det gjelder både omsorgsbolig og kommunale boliger. Informantene mener brukeren kan ikke skrives ut før bolig er avklart. Har han ikke bolig, så er det ikke så mye de kan stille opp med i forhold til annen hjelp. I de kommunene som ikke har ledig bolig, vil det i prinsippet si at det blir ikke noe ledig før det er naturlig avgang. Da kan det være at en må ut på det åpne markedet, noe som kan føre til stor belastning for brukeren ifølge denne informanten:

Problemet for brukeren med å skaffe seg noe selv, er ofte huseiers skepsis, hvis de får kjennskap til at det er en psykiatrisk pasient eller alkohol, altså hvis det er rus. Rus, alkohol eller psykiatri så er det ikke så enkelt.

Innenfor kategorien bolig, viser informantene til store variasjoner i tilbudene. Om tilbudet var godt eller dårlig, var uavhengig av størrelsen på kommunene. I følge informantene har alle kommunene boliger til disposisjon, men i ulik grad hvor stort behov den dekker. Dette gjelder både kommunale boliger, omsorgsleiligheter, psykiatriboliger og bofellesskap.

4.2.6 Diskusjon av temaene i punkt 4.2

De underkategoriene som presenteres i dette kapitlet viser hva informantene legger i kommunepsykiatri. Samlet sett kan det se ut som de har stor trivsel i arbeidet, og informantene mener å få til et godt tilbud for sine brukere. Lov om helsetjeneste i kommunene trådte i kraft 01.01.1984, men det tok noen år før lovens intensjon var oppfylt. I slutten av 90-årene kom Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998-99)) som beskriver at viktige siktemål med meldingen er å utvikle en helhetlig politikk på rehabiliteringsfeltet. Dette kan sikre at ulike tiltak trekker i samme retning. Informantene synes å ha en oppfatning av å ha det målet, at brukeren skal kunne leve livet slik han eller hun ønsker ut fra egne forutsetningene. Dette er i tråd med hva Rehabiliteringsmeldingen beskriver. Informantene hevder Psykisk helsearbeid i kommunene har endret seg. Utviklingen har medført store utfordringer for dem som skal lede og organisere rehabiliteringsvirksomheten. Det trengs flere sammensatte behandlingsprogram for mennesker med psykiske vansker som skal etablere seg i samfunnet (Skipworth , 2005). For den enkelte tilsatte i kommunen som er nærmest brukeren og skal utføre det praktiske arbeidet, har utfordringene vært vel så store. I følge Bang (2003) er det naturlig å bli påvirket, tynget og utmattet av arbeidet innimellom. Hun mener det er avgjørende hvilke holdninger, hvilke personlige ressurser og hvilke faglige redskaper vi møter disse utfordringene og belastningene med. Når alle informantene uttrykker at de trives godt i jobben, kan det tolkes som det å møte mange forskjellige mennesker og bli konfrontert med så mange slags tap med dem, kaster lys over ens eget liv. Man får et perspektiv på livet sitt som man ellers ikke ville fått. Bang hevder at behandlere ofte opplever at de er blitt ”mer alvorlige” og setter pris på og verner om det de har på en dypere og ofte mer spirituell måte, etter å ha arbeidet med mennesker i ekstreme livssituasjoner (Bang, 2003).

Informantene mener det er viktig å ha en fast kontaktperson for å få til en sammenhengende behandlingsskjede rundt brukerne. Kontaktpersonen kan gjerne følge fra institusjonen og være tilgjengelig til ny kontaktperson er etablert ute i kommunen. Informantene legger her vekt på relasjonens betydning. I følge Bang (2003) er de fleste profesjonelle hjelperne gode til å omgås andre mennesker i sin allminnelighet. Gjennom samarbeidet med så mange forskjellige mennesker, og kontakt med så forskjellige miljøer, utvikles imidlertid behandlerens sosiale evner. Flere kommuner legger vekt på videreutdanning i Psykisk helsearbeid for sine tilsatte, og de gjør dette for å skape gode relasjoner for kontaktpersoner til brukerne av det psykiske helsevernet. Premissene for dette utdanningstilbudet er nedfelt i St.meld.25 (1996-97) "Åpenhet og helhet", og det kan virke som kommunene ser dette i sammenheng med utviklingen av psykisk helsevern. Studien skal kvalifisere helse- og sosialarbeidere til forebyggende, behandlende og rehabiliterende arbeid med mennesker som har psykiske problemer innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten (Fagplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid, 1998).

Informantene hevder det er en ting å tilpasse seg et institusjonsliv, men verre for en bruker å tilpasse seg lokalmiljøet. Sikkerhetspsykiatriens historie viser at det også var svært vanskelig å få tilbakeført brukerne til hjemfylkene på 1960 -70 tallet. Sykehusets brukere ble sterkt stigmatisert, samt at det var vanskelig å rekruttere fagfolk (St.meld.nr.25 (1996-97)). Brukerne fra en sikkerhetsenhet har erfart et komplisert samspill, og dette skal bygges opp igjen i prosessen ved en utskrivelse fra institusjonen. I følge Hargie & Hargie (1995) er sosiale samspillsprosesser kompliserte. Det er mange faktorer som kan være virksomme på samme tid. Informantene formidler at det kan være usikkerhet blant naboer og nettverket for øvrig. De får bekymringsmeldinger der brukerne oppleves som farlige eller virker truende. Media er raske til å fokusere på om det er brukere med psykiske lidelser i bildet, der det er begått kriminelle handlinger. Politiske debatter på TV er også med på å skape holdninger for hvordan denne sårbare gruppen mennesker skal imøtekommes. De som jobber i kommunepsykiatrien ønsker å vite om de kan være trygge på adferden til brukerne som skrives ut fra en sikkerhetsenhet. Derfor blir spesielle sårbarhetssituasjoner og varselsignaler for risikoadferd kartlagt før utskrivelse. Spesifikke risikovurderinger går på fare for vold, selvskading, selvmord, fare for rømming, rusmisbruk, manglende egenomsorg og fare for å bli offer (Bjørkly, 1997).

Det handler også om tillit til brukeren. Tillit er ikke alltid idyllisk, men kan være grunnlag for makt, og omvendt hevder Grimen (2004). Han mener sårbarhet henger sammen med makt og avmakt, og at forholdet mellom tillit og makt er komplisert. Makt er viktig å diskutere fordi helsefagenes primær-relasjoner er preget av flere typer assymetri. Relasjonene ville ikke ha kommet i stand, hvis ikke noen hadde trengt noen andres hjelp, kunnskap eller tilgang til bestemte goder (Grimen, 2004). En kan spørre seg om maktbalansen mellom brukere og hjelpeapparat blir ivaretatt i en rehabiliteringsprosess, og om brukerne får en reell sjanse til å starte på nytt. Kan tilliten bli misbrukt i rehabiliteringsarbeidet, eller vil det sosiale samspillet bli for vanskelig for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Sosial kompetanse og sosialt samspill henger sammen. I følge Fyran (1994) defineres sosiale ferdigheter som summen av de funksjonene en bruker har, dermed er det både grunnleggende og komplekse ferdigheter brukerne må jobbe med. Her ligger utfordringer i balansen mellom kontroll i forhold til tvungen paragraf i psykisk helsevernloven og behandling som ifølge Andersen (1997) legger til rette for utvikling, vekst og modning, og gir gode og overførbare relasjonserfaringer. Brukere av en sikkerhetspsykiatrisk enhet har faste rammer og et strukturert opplegg rundt seg (Dale, 2006; Bjørkly, 1997) og samspillet foregår stort sett sammen med profesjonelle. Det er låste dører og alltid flere mennesker til stede til enhver tid, både rundt måltider og andre aktiviteter. Når det da oppstår uenighet om hva som skal veie tyngst, vil det hjelpe å ha verdier som man er blitt enige om er overordnet de andre. Bredland et.al (2002) mener de ulike aktører kan velge ulik strategi dersom det de gjør, har en positiv effekt på brukerens opplevelse av verdighet. I følge brukerundersøkelsen som Hagen et.al (2000) gjorde der brukere fra en sikkerhetspost og en ungdomspost deltok, viste en tendens på at friluftsliv og fysisk aktivitet ga økt livskvalitet. Dette er forhold som er nært knyttet til selvbildet, og kan også sees i sammenheng med hvordan Fyran (1994) ser på oppbygging av sosial kompetanse hos brukere.

Det kan virke som informantene har en felles oppfatning av at boligspørsmålet for brukere med psykiske vansker ikke er et stort problem. De viser til ulike tilbud som finnes i kommunene, dette i tråd med oppgavene til kommunehelsetjenesten (Lov om helsetjenesten i kommunene). Det er først når brukeren må ut på det åpne markedet, at belastningen for brukeren oppleves. Informantene viser til huseiers skepsis, hvis de får kjennskap til at det er en person med store psykiske vansker som ønsker å skaffe seg boligen. Taushetsplikten vil her være gjeldende og som informantene uttrykte flere ganger, må brukeren selv lære å takle disse tilbakemeldingene som kommer fra lokalmiljøet. Sett i lys av oppbygging av sosial

kompetanse (Fyran, 1994), og mestring av sosialt samspill (Hargie & Hargie, 1995; Schibbye, 1996), ligger utfordringene både hos hjelperne og brukerne til sammen.

4.3 Brukerperspektivet

Begrepet ”brukerperspektivet” hadde en stor plass hos informantene, noe som jeg i utgangspunktet hadde trodd ville bli mer dempet i forhold til annen problematikk som for eksempel gikk på kommuneøkonomi og ressursbruk for øvrig. Begrep som respekt, ivaretagelse av behandlingsmotivasjon, fungere sosialt i samfunnet og det å gjøre ting selv, er underkategorier som hovedkategorien brukerperspektivet er bygd på (fig.1). Disse underkategoriene presenteres hver for seg, og i slutten av kapitlet vil jeg drøfte de i forhold til teori.

4.3.1 Respekt

I undersøkelsen kom det frem at flere informanter var opptatt av spørsmål om hvem som skal definere hva som er livskvalitet for et menneske. De mener at vi innenfor behandlingsapparatet kanskje har andre målestokker over hva som er god livskvalitet enn hva brukerne har. Informantene legger til at vi må være ydmyke og lyttende til hva som er viktig for mennesker i forhold til det å kunne trives og kunne ha et godt liv. En informant refererer til hva en bruker har sagt:

Det beste for meg er å se dere minst mulig.

Informanten formidler at behandlerne tenker brukeren lever isolert og et stusslig liv, men som brukeren sier selv:

Problemet mitt har jo egentlig hele livet vært å være sammen med andre folk.

I forhold til slike utsagn, får man en utfordring som tilsatt i psykiatritjenesten. Informanten mener at hvis brukeren synes det er topp å gjøre det på sin måte, om han blir sittende i leiligheten sin hver dag og han ikke vil ut, skal han få lov til å bestemme det selv. Informanten mener at så lenge han har samtykkekompetanse, bestemmer han selv hvordan han vil prioritere dagen sin:

hvis han synes det er ok for han, så er det ok.

Informanten formidler videre at hjelperne vil alltid motivere brukeren og komme med forslag til å bli med på ting. Hvis brukeren likevel ser det optimale med bare å sitte i leiligheten sin, er det ikke hva hjelperne synes, men hva han opplever som livskvalitet for seg som teller. Når en bor i eget hjem, blir det en helt annen situasjon enn når du er inne på en institusjon. Han mener at på institusjon er det andre som bestemmer alt.

Når du er i eget hjem, så er det du selv som bestemmer, og da når noen kommer inn utenfra, har en kanskje en litt annen respekt når en kommer inn i andre sitt hjem. En bør i alle fall ha det.

Hvis en bruker sier at i dag ønsker han ikke besøk, så trekker hjelperne seg unna. De respekterer at han ikke vil, men det er ikke slik at de lar seg avvise; de kommer heller igjen dagen etter. De er der, men er likevel fleksibel.

Informantene legger til at hva som gjør at enkelte brukere opplever livskvalitet i større eller mindre grad, vil være personavhengig, både i forhold til hvem som er bruker og hvem som er hjelper. Flere tilsatte mener dette er vanskelige avveininger, men prøver å være reflektert og bevisst på hva som er det gode liv. De er forsiktige med å trekke oppfatninger og vurderinger ned over hodet på brukerne om hva som er god livskvalitet. Informanten hevder det handler om respekt for et annet menneskes ønske og vilje.

4.3.2 Kan gjøre det selv

Respekten for at brukeren kan gjøre noe selv, kommer som et viktig argument fra flere informanter. Informantene er opptatt av at brukeren skal få muligheter til selvutvikling, og en informant uttrykker det slik:

Han har tilfeldigvis en psykisk lidelse, ikke en fysisk lidelse. En psykisk lidelse er ikke alltid like synlig. Han har samme rettigheter til å skaffe seg både leilighet og bil, hvis han ønsker det.

Informanten legger vekt på at det er viktig at han bruker egne ressurser, og at han skal tilbake til det normale og optimale ut ifra hans forutsetninger. En av informantene gjentar at de som jobber i kommunen opplever ofte at brukerne blir lært hjelpesløs i institusjon. Han hevder:

Kanskje litt mer bistand og motivering, og brukt litt mer ressurser, for det er utrolig ressurser de har fordi om de har en sykdom. Det kan være tungt for oss. Du tror at han kan så mye mindre, men så viser det seg at de kan både det ene og det andre. De får et bedre selvbilde etter hvor mye de mestrer og klarer å øke sin livskvalitet.

En annen informant uttrykker at:

Vi skal ikke være der som en sovepute, men å være der som et puff bak for å få ting i gang.

Ut ifra disse utsagnene kan det se ut som de tilsatte i kommunen har en målsetting om at brukeren skal klare å nyttiggjøre seg sine ressurser etter hvert. Sitatene forut samstemmer med denne uttalelsen:

Han skal ringe selv, skal motiveres til å gjøre det selv.

Dette blir sagt i sammenheng med spørsmål vedrørende daglige gjøremål, men også i sammenheng med hvem som skal ringe på det åpne markedet om bolig. Informanten mener at når det gjelder å leie privat leilighet, er det opp til utleier å si ja eller nei. Når det gjelder andre aktiviteter, må brukeren selv lære å forholde seg til livet slik andre mennesker gjør det. Å ha respekt for brukeren sitt ønske, vil komme til syne gjennom hvor mye han blir satt til å gjøre selv. Dette kan tolkes som at det er ulike syn hos tilsatte om hjelperen har tro på at han greier å gjøre ting selv, ha tillit til at det blir gjort, og godta at det som blir gjort er godt nok.

4.3.3 Fungere sosialt i samfunnet

Alle kommunene har et tilbud som går på det å være ”Aktiv på dagtid”, da med ulike aktivitetstilbud og form for organisering. Her blir det tydeliggjort at det er viktig å ta hensyn til hva brukeren selv ønsker eller tør å delta i, slik som denne informant forteller:

Det kommer også an på hvordan han hadde det før, og litt på han selv. Hva han tør seg til, for å være ærlig på det, det med aggresjon og slike ting. Så det er jo et hinder selvfølgelig. Du hører jo litt på bygda hvilke holdninger som finns til de som ikke er i arbeid, de som bare går og slenger.

I følge informanten vil en person som har vist seg så godt frem i lokalsamfunnet over så mange år, lett bli stigmatisert. Det kan være vanskelig å snu på et helt lokalsamfunn i forhold til hvordan en ser på en person som har psykiske vansker. Informanten mener det kan være tidligere adferd hos brukeren som andre mennesker i lokalsamfunnet reagerer på, og han uttrykker følgende:

Alle vet jo om det, og alle vet når han er kommet tilbake, etter å ha vært innlagt, og da vet alle det på kort tid. Alle vet hva som foregår når den personen er her, sant, både det som er tilfelle og ikke for å si det sånn.

Det som informanten videre formidler, er at det er avgjørende hvordan brukeren da ser på seg selv. Bryr han seg så mye om hvordan andre reagerer på hans væremåte? Hvis ikke, så vil han kanskje prøve å fungere på nytt igjen i det lokalsamfunnet som han kommer fra:

Han har nå bare vært sånn, men hvis han isolerer seg for å skamme seg over det han har gjort før, da blir det verre.

Selve ordet Sikkerhetsenheten ble av flere informanter nevnt som stigmatiserende i seg selv:

Det er jo klart at enkelte vet alt uansett. Du vet det ligger jo litt i navnet også, sikkerhetsavdelingen, ikke sant. Det er klart folk kan henge seg opp i dette. Jeg tror kanskje det ordet skulle vært vekk.

Informanten mener at det ligger mye tabu i benevnelsen. Om vi forandrer det og kaller det noe annet, så blir det ikke så farlig, og han mener at da blir ikke psykiatrien så farlig heller. Denne informanten sier at folk både i hjelpeapparatet og nettverket til brukeren reagerer sterkere på benevnelsen på avdelingen enn på brukeren i møte med han. Han legger til at det kan være et hinder for en bruker å kunne fungere i lokalsamfunnet som sier han er utskrevet fra en sikkerhetsenhet.

4.3.4 Behandlingsmotivasjon

Ivaretagelse av behandlingsmotivasjon var et av spørsmålene i intervjuguiden, og det varierte noe hva informantene la i begrepet. Det som flere informanter sier litt om, er at det er vanskelig å hente frem behandlingsmotivasjon hos de brukerne som sliter mye, og i hvert fall over tid. De mener brukeren skal ha styring i eget liv, og da må han gjøre noe selv. Hjelperne kan gjøre en del ting for han og sammen med han, men brukeren er også nødt til å gjøre noe selv. Flere informanter refererer til lite driv hos mennesker med psykiske vansker, det er lite tro, det er tungt, men de knytter det til at brukeren har den tunge psykiske lidelsen. Sitatet under viser at informanten legger stor vekt på at å dekke de daglige behov er viktig i behandlingsmotivasjonen:

Behandlingsmotivasjon, altså, egentlig så tenker jeg ikke så veldig mye på behandlingsmotivasjon, vi tenker: Hvordan skal vi ivareta folks basale behov. Og det kan være forskjellig. Det går på at hos noen som blir skrevet ut etter tvangsinnleggelse i psykiatrien, så er det på en måte å slippe å se oss så ofte. Vi må tilpasse oss hva som er akseptabelt.

Informanten uttrykker videre at:

Erfaringen vår er at man må ivareta folk deres daglige behov. Man må dekke opp de basale behov folk har. Dersom en ikke klarer det, så er sjansen for tilbakefall stor. Det kan gå på så enkle ting som for eksempel å sikre økonomi som er å leve med. Vi ser at hvis folk får trøbbel med økonomien så blir de fort dårlige. Dersom de for eksempel ikke har nok penger til tobakk, hvis de ikke får de TV kanalene eller penger til de filmene de har lyst til å kjøpe, så blir hverdagen problematisk..... Så vi tenker at mer og mer av midlene våre skal brukes til miljøarbeid; det å hjelpe folk til å mestre hverdagen sin.

Flere informanter hevder behandlingsmotivasjon handler om å bli trygg på hjelperne. Det kreves lang tid, og det er individuelt hvor lang tid en bruker trenger på å bli trygg på hjelperne. Dette er en usikkerhetsfaktor. Det kom frem gjennom intervjuene at tilsatte er klar over at kommunen har sine hjelpere, og de vil være der, og det er de en har å spille på; for noen klaffer det og for andre klaffer det ikke.

Av og til holder folkene kortene tett inntil brøstet, og da er det helt umulig å få på en måte til en samtale.

Informanten opplever samtalen meningsløs for både hjelper og bruker, men så kan det skje etter en stund at de har klart å få til alliansen med brukeren. Noen informanter sier at til tider kan det være vanskelig å slå seg til ro og ha respekt for deres valg. Det oppleves vanskelig. Hjelperne tenker da om brukeren er i stand til å se at de tar de riktige valg:

Vi ser jo i miljøene her om folk er veldig syke, men som absolutt ikke ønsker kontakt, og det må jeg jo innrømme er ei bekymring. Og da snakker vi om alvorlig syke folk som gjør mye rart og oppfører seg på en måte som er i grenseland, men å få de tvangsinnlagt det er vanskelig.

Sitatet kan tolkes som at det vil ofte være dilemmaer i forhold til behandling og oppfølging av brukere med store psykiske vansker.

4.3.5 Individuell plan - IP

En individuell plan er en rettighet brukere med sammensatte vansker har, og er nedfelt i lovverket: Pasientrettighetsloven, Kommunehelseloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Lov om psykisk helsevern, Sosialtjenesteloven (Veileder 2005). Informantene mener det fordres aktiv deltagelse av brukeren å ha en individuell plan. Informantene referer til at de opplever at mange brukere ikke vil ha en individuell plan. De sier det er ikke de tilsatte i kommunen som ikke vil, men brukerne ønsker ikke planen selv. Skal de få en skikkelig god individuell plan, så må det være godt forankret i hensynet til brukerens beste. En informant refererer til at hjelperne opplever det tar tid å få til brukermedvirkning, da flere brukere ikke ser poenget med en individuell plan, og han sier videre:

Det er ikke bare det at hvis man har tvungent psykisk helsevern så skal man ha en individuell plan. Av og til har jeg vel opplevd at man har skrevet en IP for at de formelle kravene skal være oppfylt. Så sier en det at vi må bare ha det på plass, og så får man heller bare justere det etterpå.

Informanten mener at dette blir da noe du gjør fordi du måtte gjøre det, og da blir det ikke brukeren sin plan. En annen informant gjentar etter en bruker som hadde lagt inn i planen sin ønske om støttekontakt, vaskehjelp tre dager i uka og støttesamtaler, som i etterkant sa:

Jeg søkte nå slik for at de tenkte jeg trengte det der.

Når de i etterkant har tatt opp med brukeren at han skrev navnet sitt under på noe han ikke ønsket, svarer brukeren at det var for å være snill mot andre at han skrev under. Brukeren formidler at han trodde at hjelperen ønsket at han skulle skrive på dette ønsket, og at andre mente han hadde store behov; større behov enn hva han selv mente. Andre informanter har en erfaring i at den individuelle planen som brukeren har med seg fra institusjonen, ikke er god nok. De mener målene er satt for høyt, og at brukeren ikke har noe forhold til planen.

To tilsatte i kommunene viser til et prosjekt som de er med i vedrørende nettbasert individuell plan, SamPro. De har fått kurs i bruken av verktøyet, og er optimistisk med tanke på den tilgjengeligheten SamPro gir både for brukeren og hjelperne rundt han (Hollingen, 2008). Brukeren og andre deltakere han ønsker skal være tilgjengelig, kan kommunisere på nettet ved hjelp av et installert program på datamaskinen. Flere kommuner vurderer å kjøpe dette programmet, men det er fortsatt i startgropen. Informantene sier de har tro på denne utviklingen av system å kommunisere på. Brukerne får større innsikt i egen plan, og at mange unge brukere er flinkere enn hjelperne i databruk, og at dette er en fin felles arena til å få til en allianse på.

4.3.6 Diskusjon av temaene i punkt 4.3

De underkategoriene som er presentert i dette kapitlet viser at informantene samlet sett synes å ha stor respekt for brukernes ønske om hvordan de selv ønsker å leve livet sitt. Sett i lys av rehabilitering og verdighet (Bredland et.al, 2002), virker det som informantene har den samme oppfatning av at brukerne har en kompetanse vi andre ikke har. I følge Bredland et.al (2002) er dette en kompetanse som er avgjørende i rehabiliteringsarbeidet, for å kunne jobbe effektivt mot et felles mål. Brukeren er spesialist på sitt eget liv, og på hvilke roller han eller hun og omgivelsene verdsetter. Behandlerne er spesialister på sine fag. Rehabiliteringspersonale kan gi råd og bidra med kompetanse som brukeren trenger for å treffe valg, men han eller hun bestemmer selv målene og prioriteringene. Det å fremme kompetanseheving og bedre det sosiale bildet av brukere som er lavt verdsatt, henger

sammen. I følge Askheim (2005) vil brukerens sosiale bilde forbedres, når brukerens kompetanse øker. Han mener også at de fysiske og sosiale omgivelsene vi møter mennesker i har betydning. Både hvor folk bor, og hvilke arenaer de oppholder seg og deltar på, gir signaler om hva slags rolle de innehar. Det har betydning om omgivelsene og arenaene brukes av personer som er verdsatt, og hvilke samfunnssituasjoner de deltar i (Askheim, 2005). Sett i lys av dette handler det arbeidet som informantene viser til i kommunene om, at de tilstreber prinsippene i behandling av psykiske lidelser som er nedfelt i Stortingsmelding 25, og Pasientrettighetsloven (St.mel.nr.25 (1996-97)). Målet er mer brukerstyring, selv om det ikke er enkelt, handler det om at brukeren etter endt rehabilitering skal bli i stand til å ta styringen over sitt liv igjen. Gerber et.al (2003) viser gjennom sin studie at brukere kjente på en tilhørighet i samfunnet og var tilfredse med sosial tilknytning på tross av begrensningene for sosial integrasjon.

Graden av brukermedvirkning må sees i sammenheng med hvor i rehabiliteringsprosessen den enkelte er. Informantene mener at å ha respekt for brukeren sitt ønske, vil komme til syne gjennom hvor mye han blir satt til å gjøre selv. Opplevelse av mestring kan i følge Waaktaar og Christie (2000) øke deres respekt, kjærlighet eller deres anseelse. Å mestre noe gir et styrket selvbilde og en sterk kraft gjennom hele utviklingen. De mener at gleden ved å mestre, strekke oss og lære noe nytt, er en iboende kraft som vi kjenner på alle, og som gir en tilfredsstillende og økt sosial kompetanse (Fyran, 1994). Hagen et. al (2000) gjorde en brukerundersøkelse der brukere fra en sikkerhetspost og en ungdomspost deltok. De hadde som hovedmål å bedre livskvaliteten til brukere av helseinstitusjoner gjennom økt satsing på kultur og fritid. Resultatene viste en tendens på at friluftsliv og fysisk aktivitet ga økt livskvalitet.

Her vil det være store utfordringer til brukere som er underlagt tvungent psykisk helsevern (PHVL § 3-5, § 3-5,3). På bakgrunn av diagnose/farlighet blir brukeren behandlet innenfor strenge og forutsigbare rammer i en sikkerhetsenhet (PHVL). Brukerne har en rehabiliteringsprosess som kan strekke seg over flere år, og hvis en ikke lar de få en sjanse til å prøve seg, kan rehabiliteringspotensialet forringes (Dale, 2006). Erfaringer viser at hvis brukere blir eksponert for tidlig, kan det gi alvorlige konsekvenser i form av gjentakelser av voldelige handlinger. Jeg velger å se på denne balansen mellom frivillighet og tvang, også som at det handler om menneskesyn og verdighet. Selv om brukere trenger strenge og forutsigbare rammer (Bjørkly, 1997), er det viktig å møte brukeren med forståelse og

vennlighet, at han blir betraktet som menneske, som på tross av hjelpsløshet og svakhet, er i besittelse av ressurser, verdighet og autonomi (Bang, 2003). Schibbye (1996) mener at partene i samspill skaper hverandres forutsetninger. For å utvikle seg må partene gjensidig anerkjenne hverandre. Anerkjennelse i form av følelsesmessig nærhet og omsorg, er en viktig ingrediens i samværsopplevelsen. Hun sier dette handler om emosjonell tilgjengelighet, lytting, forståelse, bekreftelse, aksept og toleranse (Schibbye, 1996).

Borg og Topor (2003) viser til bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser, og mener at for mange utgjør overgangen til samfunnet utenfor psykiatrien et alternativt sosialt liv, med sine boliger, arbeidsplasser og kulturelle tilbud. Dette er viktige forhold, men slett ikke helt nødvendige. De hevder at en del av dem som har kommet seg, har skapt et liv uten kontakter med psykiatrien. Personer med alvorlige psykiske vansker er ikke bare syke, men utvikler handlemåter for å klare hverdagens utfordringer. De sier at bedring fremstår ikke som noen rettlinjert prosess, men et liv og en hverdag med bølgedaler opp og ned (Borg og Topor, 2003). Informantene refererer til at det kan være lite driv hos mennesker med psykiske vansker, det er lite tro og det kan være tungt. I følge Borg og Topor (2003) kan det å holde håpet oppe, i perioder dreie seg om å ta over noen oppgaver og frita brukeren for ansvar, og i andre perioder holde seg på avstand. Dette samsvarer med eksempel en informant viser til, der tilsatte i kommunen respekterer at brukeren ikke vil ha besøk. Han sier de lar seg ikke avvise, men kommer heller igjen neste dag.

Det kom også frem ulike oppfatninger hva tilsatte i kommunen legger i behandlingsmotivasjon. Det de fleste var opptatt av, var hvordan de skulle ivareta brukernes basale behov, mens andre mente at det som legen foretar seg er behandling. Moderne psykiatrisk behandling legger vekt på å kombinere både medisiner, psykoterapi og sosiale tiltak (St.meld.nr.25 (1996-97)). Motivasjon er en viktig faktor i rehabilitering og henger nøye sammen med virkelighetsområder. Alle mennesker er motivert for et eller annet, og det er en sentral del av kartleggingsfasen å finn ut hva dette er. I følge Bredland et.al (2002) er det ikke uvanlig at brukere ikke er motivert for rehabilitering. Informantenes oppfatning av behandlingsmotivasjon hos brukerne som sliter mye, var at den er vanskelig å innhente, i hvertfall over tid. Det å være en som holder håpet oppe for dem som ikke kan gjøre det selv, har en avgjørende betydning i alt hjelpearbeid. I følge Borg og Topor (2003) kan det i perioder dreie seg om å følge tett opp den som strever, og i andre perioder holde seg på avstand. Noen informanter opplever at det til tider kan være vanskelig å slå seg til ro, og ha respekt for brukerens valg der han hopper over medikasjonen.

Tvungent helsevern kan skje også utenfor institusjonen, og bestemmelsene markerer at det er brukerens behov som skal være avgjørende for valg av form for vernet (PHVL §3-5,3). Tvungent vern kan da gis mens brukeren har opphold i egen bolig, men vernet kan bare omfatte pålegg overfor brukeren om fremmøte til behandling. Brukeren kan om nødvendig avhentes. Dette sikkerhetsnett skal være med å trygge både hjelperne og brukerne. Intensjonen er å unngå en forverring av den psykiske lidelsen, og kunne stå i behandlingen over tid.

4.4 Sykdomsperspektivet

I figur 1 har jeg kalt en kategori for sykdomsperspektivet. Denne har jeg lagt inn for å få en kontrast til brukerperspektivet. Det som kjennetegner sykdomsperspektivet er i følge Haugsgjerd (1986) at det er en oppfatning av at psykiske lidelser er sykdommer, enten det nå er i den strengeste forstand (med ett sykdomsfremkallende agens) eller i en mer utvidet forstand. Det innebærer at brukeren er en psykologisk organisme som lider av en eller annen nevrobiologisk funksjonsfeil som er karakteristisk for den bestemte sykdommen som brukeren lider av, og som er ansvarlig for brukerens symptomer, det være seg vrangforestillinger, depresjon eller angst. Brukeren er best tjent med å akseptere psykiatriens ekspertråd uten å stille spørsmål ved dem, og dernest følge psykiatriens anbefalinger når det gjelder behandling og forholdsregler for sitt videre liv (Haugsgjerd, 1986). Sett i lys av sikkerhetspsykiatriens historie (St.meld.nr.25 (1996-97)) var det en sterk endring i forholdene i de psykiatriske sykehusene i 1960- og 70 årene. Behandlingsmessige fremskritt og sosiale reformer ga flere brukere med psykiske lidelser muligheter for å klare seg utenfor institusjonene. Det virker som det opplevelsesmessige nivå for den enkelte bruker etter hvert ble sentralt i arbeidet med den enkelte bruker.

Jeg har valgt å referere til noen utsagn som jeg ser som relevant som kom frem i analyseprosessen. Hos brukeren i caset er det vist til at han hadde fått diagnosen schizoaffectiv lidelse. Informantene la vekt på at dette er en tung diagnose, men mente at diagnosen ville ha mindre betydning for rehabiliteringsprosessen ut til kommunen. Informantene la mer vekt på oppfølgingen som brukeren har behov for uavhengig av diagnose. En av informantene sier som tidligere referert:

Så når vi arbeider med brukere på normalt nivå, så arbeider vi ut ifra de ressursene vi har, og er ikke så veldig opptatt av diagnosene. Diagnosen blir jo vesentlig i behandling, synes jeg, så det spørs hvor du legger fokus hen.

I følge Haugsgjerd (1986) kan en diagnostisk evaluering bare gi oss en foreløpig og grov definisjon av lidelsens art, som et hjelpemiddel for å legge opp en plan for behandlingen. Vi trenger i tillegg hypoteser om livshistoriske sammenhenger som utgangspunkt for behandlingen, og må regne med at våre antagelser om lidelsens egenart gradvis vil måtte revideres eller kompletteres, dersom behandlingskontakten går over tid.

En annen informant var mer opptatt av samarbeidsformer, og fokuset var rettet mot hva vi kan gjøre for å bedre flyten i overføringen i kommunen.

Da har jeg lyst til å omformulere spørsmålet litt. Hvilke tilbud kan Sikkerhetsenheten eller utskrivende instans gi oss?

Informanten formidler videre at det handler mye om hvordan de takler dagligdagse utfordringer. Når brukeren opplever motgang, frustrasjoner, ikke ting skjer slik som brukeren ønsker det, hvis det er snakk om aggresjon, raseriutbrudd, tilbaketrekking, så ville det i følge informanten rett og slett være ønskelig med en form for modellering. En annen informant har bred erfaring fra å ha jobbet både innenfor institusjon og nå ute i kommunen. Han sier om brukeren som blir utskrevet at:

Det blir jo ofte sånn at det ikke er mange i den kategorien, men spesialtilpasset tilbud til pasienter i hans kategori er jo vanskelig. Men vi har en del aktiviteter, og der er det jo forskjellig produksjon av treprodukter og litt forskjellig industri, sveising, skogsarbeid, og sånne ting. Så det kan være et tilbud, sånn praktisk.

Det som slår meg ved disse uttalelsene er at de snakker ikke om sykdommen, de henger seg ikke opp i diagnosen, men om en person trenger oppfølging eller ikke. Sykdomsperspektivet blir i liten grad fokusert på. At sykdomsperspektivet blir nedtonet, kan ha sammenheng med utvalg av informanter å gjøre. Svarene ville kanskje blitt annerledes hvis for eksempel tilsatte på legekantoret, politiet eller andre ble intervjuet. Personer med alvorlige psykiske lidelser blir i følge Borg og Topor (2003) fremdeles gjerne omtalt som ”kronisk syke” på tross av

nyere forskning som viser grunn til optimisme og tro på at det vil gå bra. Bredland et.al (2002) mener at befolkningens behov er at de har, eller tror at de har, en sykdom, skade eller lyte som helsevesenet forventes å kunne kurere. Hensikten med diagnostisering er å finne ut hva som er årsaken til at vedkommende er syk, for dernest å sette i verk adekvat behandling, slik at personen helst blir kvitt sykdom, skade eller lyte, eller gjenvinner mest mulig av sin helse og funksjonsevne.

Brukere av en sikkerhetsenhet har en langtidsbehandling som gjerne går over flere år. I følge Bjørkly (1997) vil de fleste av behandlingstiltakene både kunne tilpasses kortere behandlingsforløp og kunne anvendes i forhold til flere behandlingssammenhenger. Han legger vekt på at flerspektrede og individuelt tilpassede behandlingstiltak er avgjørende for et positivt terapiforløp. Jeg tolker det slik at en diagnose må ligge i bunnen for valg av behandlingstiltak. Til tider har det vært stor motstand mot å bruke diagnoser, enkelte har ment at det å stille diagnose på et menneske i seg selv betyr et overgrep. Diagnoser er imidlertid nødvendige for å kunne gi riktig behandling, for å kunne utveksle erfaringer mellom fagfolk, for å kunne forske for å forstå lidelsene bedre og for å kunne finne frem til mer effektive behandlingstiltak (St.meld.nr.25 (1996-97)).

Sykdomsperspektivet slik jeg tolker informantene, sett i sammenheng med de prosessene som foregår i utskrivelsesprosessen (figur 1), vil legge et godt grunnlag for at brukerne vil kunne oppleve et vendepunkt når de kommer tilbake til kommunen. Når personen og brukerperspektivet står i fokus, og ikke sykdommen og diagnosen, vil det ifølge brukerundersøkelsen av Vatne et. al (1999) oppleves som en myndiggjøringsprosess som har gitt brukerne verdigheten tilbake. Hos de tilfredse brukerne i undersøkelsen står dette først og fremst i sammenheng med at de har fått frihet til å bestemme over eget liv i egen bolig. I desentraliseringsprosessen har integrasjon av brukere i lokalsamfunnet vært holdt opp som en motsetning til den segregerende institusjonsomsorgen. Den tradisjonelle sykdomsmodellen forutsetter at en deler mennesker inn i kategorier ut ifra sykdom eller avvikende funksjon. Dette medfører segregering av avvikere i forhold til normalbefolkningen. Isolering av mennesker med psykiske lidelser i asyler bygger på en slik tenkning (Vatne et. al, 1999).

4.5 Opplevelsen av prosessen

Proessen handler om overgangen fra institusjonspsykiatri til kommunepsykiatri for en gruppe mennesker med store psykiske vansker. Som det fremgår av figur 1, kan dette dreie seg om flere prosesser som er gjeldende på samme tid, noe som jeg utdyper i kapittel 4.6.

For å underbygge opplevelsen som informantene har av utskrivelsesprosessen, har jeg forut presentert hvordan informantene ser på livet inne i institusjonen og ute i kommunen, og hva de legger i brukerperspektivet. I tillegg har jeg vist til hva som kan ligge i sykdomsperspektivet (figur 1). Disse hovedkategoriene har jeg sett som viktig for å belyse informantenes perspektiv på utskrivelsesprosessen, samt at jeg mener begrepene henger sammen. Institusjonspsykiatri er avhengig av livet ute i kommunen for å et helhetsbilde av hva det vil si å arbeide med mennesker med psykiske vansker. Brukerperspektivet har stått sentralt hos informantene, men jeg tar også med sider ved sykdomsperspektivet, selv om dette var lite fremtredende. I dette kapitlet presenterer jeg hvordan informantene opplever utskrivelsesprosessen fra en sikkerhetsenhet til kommunalt nivå. Utskrivelsesprosessen er bygd opp av fire underkategorier slik det fremkom i analysen, og det fremhever hva informantene opplever som viktig i denne prosessen. Disse underkategoriene er: Utskrivelsesprosessen starte med en gang, kontakt mellom institusjon og kommune, ambulante team, samarbeid - dialog. I kapittel 4.6 drøfter jeg underkategoriene i lys av teori og påvirkningsfaktorer.

4.5.1 Utskrivelsesprosessen starte med en gang

Alle informantene i undersøkelsen poengterte at det er viktig å starte prosessen med overflyttingen tilbake til kommunen tidlig, allerede ved en innleggelse. Om innleggelse i et institusjonsopphold, mener en informant at:

Institusjonsoppholdet er egentlig forberedelse til et liv ut i kommunen. Så det kan starte med en gang i prinsippet, men klart i begynnelsen hvis han ser for seg at det her blir et litt lengre institusjonsopphold, så blir kanskje hyppigheten av kontakten ikke så hyppig i begynnelsen, men at den blir intensivert.

Det som flere informanter mente, var at det først må etableres en kontakt inne på institusjonen, og begynne å jobbe der ifra. Dette for å bli kjent med brukeren, etablere ansvarsgruppe rundt han, og kanskje høre om han ønsker å lage en plan for hvordan ting skal være når han flytter ut fra institusjonen, slik en informant legger det frem:

At vi på en måte greier å skape relasjon og allianse på en måte før han kommer hit, slik at det blir trygt å komme hjem igjen. Det er de erfaringene vi har. At han blir kjent med oss, og at vi kaller inn til ansvarsgruppemøte og begynner med plan og får hans tanker om hva han ønsker for livet sitt på hjemplassen. Få oversikt over hva han trenger og begynne å arbeide med det med bolig.

Denne informanten har et forslag til hvordan han ønsker prosessen skal være:

Det som vi tenker er veldig viktig er; gjerne i god tid før utskrivelse, det er at man reiser ut til kommunene, skisserer behov, drøfte sammen med lokale instanser, utveksle erfaringer man har hatt med klienten, og så tilby det jeg vil kalle en psykoedukativ tilnærming.

Med dette mener informanten en behandling som inkluderer familie og pårørende til brukeren. Behandlingen startet opp på 1970-tallet som et ledd i behandlingen av schizofrene (Bentsen, 2003), men kan anvendes ved enhver form for langvarig psykisk sykdom. Hovedhensikten med behandlingen er å forebygge tilbakefall og forbedre brukerens funksjonsevne. Familiene gis støtte og blir ansett som behandlingspartnere. Et tilleggs mål er å hjelpe pårørende, som selv lider under følgene av sykdommen.

Samtlige informanter har ønsker om opplæring og kompetanseheving tilsvarende denne:

...som en del av spesialisthelsetjenesten vil en ha en viktig funksjon i opplæring, skolering og kompetanseheving av de som lokalt skal følge opp her. Jeg har lyst å begynne der jeg, fordi jeg ser at med de pasientene som vi har erfaring med; får vi dette til, det er da vi lykkes.

Prosesen må starte så tidlig at kommunen får tid til å bygge opp team av folk som er interessert, og som kan tenke seg å jobbe med psykiatri og den brukeren som er aktuell. Informanten mener at her må en ta den tiden som trengs:

det er derfor jeg tenker denne 3 måneders fasen... ... det er kanskje den aller viktigste fasen. Det er der du legger grunnlaget for suksesskriterien.

4.5.2 Kontakt mellom institusjon og kommune

I alle kommunene er det jevnlig ansvarsgruppemøter rundt brukere med psykiske vansker. Informantene ser på møtene i seg selv som viktig. At det er de samme personene som deltar i møtene, er avgjørende for godt arbeid sammen med brukeren. Hyppig utskiftning skaper lett ansvarsfraskrivelse. En informant opplever det slik:

..det med at det er de samme som over tid som er med på møter. Vi opplever det at på disse møtene ofte er nye som kommer inn. Når vi har disse møtene, så bør det være de samme stort sett. Jeg har full forståelse for at det ikke bestandig går det da, men det bør være en stabilitet, en stamme som over tid har kjent han.

Dette ble utdypet med at det er uheldig hvis plutselig nye moment kommer inn i form av informasjon eller nye personer som ikke kjenner brukeren tilstrekkelig. Det ble også nevnt at å referere fra møtene er viktig; det er ikke alltid at det forligger gode referater. Det er ikke alle som er like flinke til å referere det som blir sagt, og så ta dette opp igjen på neste møte. Informantene mener dette kan gå utover samarbeidet. En annen informant sier noe om viktigheten av å være tilgjengelig fra institusjonens side:

Og hvis en tenker i forhold til Sikkerhetsenheten, den erfaringen vi har hatt med en kontaktperson, der det har vært slik at hvis vi føler at vi trenger hjelp, så kommer han ganske kjapt. Ja, den tryggheten det er, ja, for både brukeren og de som jobber med han, at nå kan vi si "ok" kanskje vi kan ringe og høre om du kan ta en tur for nå føler vi at noen må hanke inn tråder her og komme med råd til oss.

Informantene skisserer ulike behov for hvor ofte kontakten bør være. Alt fra daglig i begynnelsen, to ganger i uken, ukentlig eller hver fjortende dag. Det vil variere alt etter funksjonsnivået til brukeren. Enkelte trenger botrening, sosial trening, veiledning i forhold til økonomi eller noen å prate med. Informantene legger vekt på at denne treningen bør skje ute i kommunen, men i samarbeid med tilsatte fra Sikkerhetsenheten. De tilsatte i psykiatritjenesten har en oppfatning av at Sikkerhetsenheten gjerne vil at brukere fortest mulig skal tilbake til kommunen, fortere enn de egentlig er i stand til:

Hvis vi skal ta eksempel i de erfaringene vi har, så har vi vel opplevd at det har vært litt ulikt fra Sikkerhetsenheten alt etter hvem som har vært på møtene vi har vært med

på. Noen har vært så veldig optimistisk i våre øyne, sånn litt overfladisk i forhold til hvor enkelt det skal være å etablere seg i kommunen. Mens andre kanskje de som er nærmere til pasienten på avdelingen, ser begrensningen, og holder litt tilbake. Så er det jo ofte den som er litt fjernere fra pasienten som kommer inn, som kanskje er den som mest bestemmer i forhold til utskrivning.

Informanten uttrykker en fortvilelse på vegne av brukeren, fordi han vet hvor vanskelig det vil bli etter utskrivelse, og han ønsker at her må det brukes den tiden som skal til i forberedelsene.

4.5.3 Ambulante team

Flere av informantene sier de har fått informasjon om ambulante team med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten. Ambulante team som arbeidsform er i startfasen i Møre og Romsdal. Informantene sier at det virker som pendelen svinger lenger i form av at institusjonpsykiatrien skal ut. De som jobber i institusjonene skal ha mer utadrettet virksomhet gjennom ambulant virksomhet. De tilsatte i kommunene er litt spente på hvordan dette vil virke, hvordan det vil fungere, og om det vil bli til det beste for brukerne. De spør seg om hvordan de som jobber innen institusjonpsykiatrien vil oppleve dette, og hvordan det vil oppleves for de som jobber ute i kommunen. Noen kommuner har allerede hatt besøk av et team fra sykehusavdelingen med informasjon om et nytt team som er i oppstartsfasen. Dette nye teamet skulle starte opp med utgangspunkt fra mottaksenheten på sykehuset. Informanten mener den tilgjengeligheten av fagpersoner som er forespeilet, blir godt mottatt av tilsatte i kommunen. At tilgjengeligheten er rettet mot de som står brukeren nærmest, vil bli nyttig, som for eksempel hjemmesykepleien, vikarer på kveldstid og natt som ikke har så mye erfaring med psykiatri, og de kan få ringe nesten døgnet rundt. En informant uttrykker:

Det som jeg var kanskje litt mer betenkt på, var hvordan dette vil fungere der to helt fremmede personer kommer på hjemmebesøk til en dårlig bruker. Hvordan vil brukeren oppleve det. Jeg tror det vil bli litt vanskelig...

Det som kom frem av informantene i forhold til ambulant team og fremmede personer som kanskje ville komme hjem til brukere, var at brukere ville bli mer utrygge og usikre. Informantene stilte seg åpent til det nye tilbudet, og uttrykte at de var spente, men gledet seg mest av alt. Tilgjengeligheten på dagtid i forhold til kveld og natt, vil også bli et tema videre.

Dette hadde informantene ikke fått svar på ennå, og det var uklart om tilgjengelighet og personale i helger og på netter. I utgangspunktet er det 08:00 – 16:00 funksjonen som skal gjelde, og dette bekymrer de tilsatte i kommunen. Informanten sier at det blir ikke slik at personale fra avdelingen rykker ut og henter brukeren, dermed må en likevel veien om fastlegen eller vakthavende lege ved innleggelse. Informantene mener det er stort behov for kontakt, og er redd det fortsatt vil bli reinnleggelser som før.

4.5.4 Samarbeid - dialog

En informant sammenlignet det å samarbeide rundt utskrivelse fra institusjon til kommunalt nivå, med å bygge en bro. Alle informantene hadde samarbeid mellom institusjonen og kommunen som tema. De hevder at samarbeide er det som holder broen sammen. Det burde ikke vært noe skille mellom institusjon og kommune. En informant uttrykte at det er:

..et dumt skille mellom nivåene.

Han så dette som en umulig oppgave uten et godt samarbeid mellom nivåene.

Informantene har tro på at hjelpere i kommunen lykkes best hvis de kan bygge opp et fast team, og faste personer rundt personer som har tunge psykiske lidelser, og som trenger litt mer koordinert faglig oppfølging. De sier at som en del av spesialisthelsetjenesten vil Sikkerhetsenheten ha en viktig funksjon i opplæring, skolering, kompetanseheving av de som lokalt skal følge opp i kommunen. Dette hevder informantene er grunnleggende i samarbeidet. Det skaper trygghet hos de personene som skal følge opp lokalt, de føler at de har dekning, at de forstår mer, og får mer kunnskap og kompetanse. Informantens sitat under beskriver at disse momentene får personale til å ha tro på at de vil lykkes, og fortsetter:

At man rett og slett formidler en del av den kunnskapen, den kompetansen, den erfaringen, det man har prøvet og feilet på under institusjonsoppholdet, at man kan videreføre det til et team i kommunen.

Denne informanten vektlegger at for å ivareta behandlingsmotivasjon er oppfølging underveis viktig:

Så det er oppfølging underveis med at vi kan rådføre oss med avdelingen om hvilket behandlingsopplegg som har vært, og hva vi kan videreføre i kommunen ved hjelp av dere ...

Han mener dette handler om tryggheten for at brukeren skal få riktig behandling i overføringsprosessen, og gi trygghet til personale om at det de gjør er riktig. Flere av informantene så det som viktig å bli tatt på alvor når de ringer til institusjonen for å spørre om råd. Det å bli hørt og tatt imot selv om problemene kanskje ikke er så store, vil knytte nivåene nærmere sammen. En informant hevder at det som synes viktig for tilsatte i kommunen, synes kanskje som bagateller for de som jobber i institusjonen. Det kom frem gjennom analyseprosessen at de tilsatte i kommunene la stor vekt på samarbeid og dialog.

4.6 Diskusjon av utskrivelsesprosessen

De underkategoriene som er presentert ovenfor, viser at informantene samlet sett har felles oppfatningen av hvordan de ønsker at utskrivelsesprosessen skal være. Områdene som er presentert i kapitlet forut, kaster lys over viktige sider ved utskrivelsesprosessen. Sett i lys av de overordnede prinsipper for tjenesten for mennesker med store psykiske vansker (St.meld.nr.25 (1996-97)), samsvarer temaene med det informantene sier. Arbeidet med å påvirke holdningen til psykiske lidelser, både i befolkningen og i fagmiljøene, må føres videre med uforminsket styrke. Målet er ikke nådd før psykiske lidelser er like akseptert som somatiske. Kunnskapen må utfylles. Vi vet på langt nær nok om hvorfor psykiske lidelser oppstår, og hvordan de kan behandles. Målet for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Målet er velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet.

Før jeg går videre i drøftingen, vil jeg vise til figur 1 som visualisere de fire perspektivene og utskrivelsesprosessen slik undersøkelsen viser at informantene opplever det. Utskrivelsesprosessen fra institusjonen til kommunalt nivå innbefatter flere prosesser samtidig. Piler går fra institusjonpsykiatri til kommunepsykiatri og omvendt. Brukerperspektivet og sykdomsperspektivet står i motsetning til hverandre. Utskrivelsesprosessen går på tvers av andre pågående prosesser i systemene, og jeg vil i de neste kapitlene utdype de ulike prosessene.

4.6.1 Prosess fra institusjon til kommune

Samlet sett kan det se ut som tilsatte i kommunene ønsker et mye sterkere samarbeid og dialog med institusjonen, og hyppigere kontakt mellom institusjonen og kommunen i utskrivelsesprosessen enn hva som er realiteten i dag. Det virker ikke som dette har innvirkning på de tilsattes trivsel, men informantene viser til *et dumt skille mellom nivåene*. Med bakgrunn i hvordan de tilsatte i kommunen opplever institusjonspsykiatrien, skaper dette en forståelse for opplevelsen av prosessen også hos andre fagfolk i psykiatrien. Når en kjenner brukere som er innlagt i en sikkerhetsenhet eller institusjon og prosessen går ut til kommunen (figur 1), vil det være naturlig å lytte til hva forskning og fagfolk sier om hva som er nødvendig gjennom et slikt løp. I følge Bjørkly (1997) er det viktig å sørge for at ulike samarbeidspartnere har forenlige referanserammer og forståelsesmåter i forhold til denne brukergruppen. Dette tar tid, og det kreves tålmodighet. Bjørkly (1997) hevder at hvis behandlerne føler angst, frykt, ubearbeidet sinne etc., kan det lett forurene presis analyse og utforming av effektive behandlingstiltak. Teoretisk kunnskap og analytisk kyndighet er kanskje de viktigste motvektene til at slike subjektive reaksjoner skal undergrave mulighetene for å skape gode behandlingstiltak.

Andre som vektlegger nytten av teoretisk kunnskap i rehabiliteringsøyemed er Hansen et. al (1999). Han viser til en studie som omhandler møte med aggresjon og vold, som også er en opplæring i volds- og aggresjonshåndtering. Hodgins (1999) legger vekt på behandlingsformer og håndterings strategier hos brukere med psykisk lidelse, og vold i institusjon og ute i samfunnet. Krøvel et. al (1997) beskriver ulike forståelser av vold og psykiatri sett i lys av psykologisk perspektiv, aggresjons og kjønnsidentitet, samt behandling. En annen undersøkelse som omhandler tvungent psykisk helsevern på kommunalt nivå, der brukere var i rehabilitering, viser til at det trengs flere sammensatte behandlingsprogram for psykisk syke mennesker som skal etablere seg i samfunnet (Skipworth, 2005). Dette tar tid, og i en rehabiliteringsprosess vil det være flere argument tilstede om hva som vil fungere for brukerne. Det er viktig å legge vekt på at brukerne underveis skal ha et eiendomsforhold til egen utviklingsprosess (Vatne, 1998). Vatne viser til brukeres uttalelser i en undersøkelse (Vatne et. al, 1999) der brukernes vektlegging av å være likestilt, kan være uttrykk for en form for frigjøring fra stigma forbundet med lidelsen, men også frigjøring fra et umyndiggjørende institusjonsliv.

Informantenes uttalelse er også i tråd med hva Bredland et. al (2002) sier; at vi må finne en balanse mellom det å ta kontroll når vi ser at vedkommende ikke kan overskue konsekvensene, og gi fra oss kontroll etter hvert som brukeren gjenvinner evnen til å ta ansvar for sine egne valg. Vi må hele tiden være oppmerksom på endringer, og det må også være en del av virksomheten vår å bygge opp brukerens evne til å ta kontroll over sitt eget liv (Bredland et. al, 2002).

I forhold til den individuelle planleggingen (Veileder, 2005) skal det sikres at det foretas nødvendige kartlegginger og at det etableres et samarbeid på tvers av sektorer, etater, og nivåer for at tjenestemottakeren skal få et helhetlig tilbud. Arbeidsmetoden betinger en målrettet innsats fra kommune, helseforetak og deres samarbeidspartnere for å løse felles utfordringer. Det er mange måter å samarbeide på i helse og sosialtjenesten (Ødegård, 2006), og utfordringene i forhold til denne brukergruppen, kan være større enn i psykiatrien generelt. Sentrale behandlingsmål for denne brukergruppen er i følge Bjørkly (1997) personlig vekst, ansvarliggjøring, samhandling og adferdskontroll. Evnene til å mestre eget liv i konstruktiv samhandling med andre mennesker er en av disse målenes fellesnevner. Mange mennesker har alt i utgangspunktet betydelige problemer med å mestre samhandling med andre. Hvis de i tillegg bruker aggresjon for å kompensere for sine sosiale problemer, så kompliseres bildet ytterligere (Bjørkly, 1997), og samarbeidet kan bli vanskeligere.

Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998)) beskriver rehabilitering som tidsavgrenset, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. Når informantene sier at de ønsker et tettere samarbeid i utskrivelsesprosessen, mer kontakt mellom institusjon og kommune, og sett i sammenheng med behandlingsfilosofien for Sikkerhetsenheten (Bjørkly, 1997), vil dialog være nødvendig. Sosial kompetanse (Fyran, 1994) skal bygges opp, og en bør stimulere til at brukerne opparbeider og ivaretar sitt eget nettverk, finner egne løsninger i fellesskap med andre utenom de profesjonelle kontaktpersonene. Noe av det mest sentrale i tilværelsen er det vi opplever i samspill med andre. Det sosiale samspillet er med på å forme oss som mennesker og øver oss opp i visse ferdigheter. Som tidligere nevnt har brukere fra en sikkerhetsenhet erfart et komplisert samspill, og dette skal bygges opp i prosessen ved en utskrivelse fra institusjon. I denne prosessen inngår det mange faktorer, der alle eller noen faktorer kan være virksomme på samme tid (Hargie & Hargie, 1995). Her kommer et ønske

fra informantene inn som et av de viktigste argumentene etter deres mening. Som en del av spesialisthelsetjenesten vil en viktig funksjon være å gi opplæring og kompetanseheving av de som skal følge opp lokalt. Tilsatte i kommunen ønsker at prosessen med utskrivelsen skal starte så tidlig, at de får tid til å bygge opp et team av folk som er interessert. Hvis de følelsesmessige belastningene som hører med til å arbeide med andre menneskers psykiske og fysiske lidelser får overtaket, kan vi i følge Bang (2003) miste initiativ og retning i arbeidet vårt. I verste fall risikerer vi å føre det enkelte menneske vi er satt til å hjelpe, dypere inn i sine problemer og hjelpeløshet. Hun mener også at vi bidrar til å tilsløre de sosiale ulikhetene og den offentlige diskrimineringen av forskjellige minoritetsgrupper som mange brukerne tilhører (Bang, 2003).

Alle informantene kunne fortelle at de trivdes godt i arbeidet ute i kommunene. Bang (2003) hevder at de samme faktorene som tapper behandleren, også beriker. Det er ikke slik at vi enten blir tappet eller beriket. Det er naturlig å bli påvirket, tynget og utmattet av arbeidet innimellom. Det er ikke til å unngå. Det avgjørende er hvilke holdninger, hvilke personlige ressurser og hvilke faglige redskaper vi møter disse utfordringene og belastningene med. I denne sammenheng blir det viktig å lytte til de tilsatte sitt ønske om opplæring, skoling, veiledning og kompetanseheving. Dette for å bevare det engasjementet som de signaliserer er tilstede hos tilsatte i kommunepsykatrien, og for å gjøre prosessen med utskrivelsen av brukerne best mulig. Veiledning og kompetanseheving er også i tråd med det Bjørkly (1997) sier om samhandling med andre mennesker for denne brukergruppen.

4.6.2 Prosess fra kommune til institusjon

Undersøkelsen viser at brukerperspektivet står sterkt hos de tilsatte i kommunene. Noen informanter sier likevel at til tider kan det være vanskelig å slå seg til ro, og ha respekt for brukernes valg. Hjelperne tenker da om brukeren er i stand til å se at de tar de riktige valg, og spesielt når de snakker om alvorlig syke mennesker som gjør mye rart, og oppfører seg i et grenseland, og der hjelperne skulle ønske de fikk til en innleggelse. Det kan også komme inn bekymringsmeldinger fra pårørende eller naboer. Informantenes uttalelser kan tolkes som at det vil være dilemmaer i forhold til behandling og oppfølging av brukere med store psykiske vansker. Hvis ikke brukeren selv ønsker å bli innlagt i institusjon, er det ikke så lett å få til en innleggelse uten eget samtykke. I følge Haugsgjerd (1986) står psykiatrien overfor brukeren som en medisinsk ekspert takket være sin viten og erfaring og ved hjelp av sin observasjonsevne kan diagnostisere brukerens sykdom. På basis av denne diagnosen kan de

sette inn den antatt beste behandling, det være seg farmakologisk, psykologisk eller av sosialt rehabiliterende art. Sykdomsbegrepet vil kunne bli mer fremtredende, og stå i motsetning til brukerperspektivet (Figur 1). Studien viser at flere tilsatte i kommunen kjenner på dette som et dilemma. Brukerperspektivet blir gjentatte ganger løftet frem som viktig av informantene. De sier at selv om en bruker ikke ønsker besøk en dag, så kommer de heller tilbake dagen etter, og de handler i respekt overfor brukerens ønsker.

De fleste brukere av en sikkerhetsenhet er innlagt på tvungent psykisk helsevern, og hjelperne må forholde seg til vedtak etter denne loven. Formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formålet. Brukeren kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og bistand fra offentlig myndighet (PHVL §3-5). Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for brukeren. Etter denne paragrafen (PHVL §3-5,3) kan en avhenting av brukeren om nødvendig gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Her kommer samarbeid med politiet inn, og det er også et dilemma som tilsatte i kommunene kjenner på. De fleste av informantene hadde gode samarbeidsrutiner med politiet. De sier at dilemmaet ligger mer i tillitsforholdet og alliansen som den enkelte hjelper har opparbeidet med brukeren. Tillit er i følge Grimen (2004) ikke alltid idyllisk, men kan være grunnlag for makt, og omvendt. Han sier at sårbarhet henger sammen med makt og avmakt, og at forholdet mellom tillit og makt er komplisert. Ved å bruke tvangsinnleggelse, vil det ta lang tid å opparbeide ny allianse til brukeren. Informantene sier at pårørende ønsker å være pårørende uten å skulle legge føringer for om brukeren skal legges inn på institusjon, selv om de i utgangspunktet ønsker dette.

Tilsatte i kommunene karakteriserte institusjonspsykiatrien som kjennetegnet på stabilitet og trygghet, og som de ønsker skal være en realitet også ute i kommunene. Det kan virke som informantene har et ønske om en lettere overgang tilbake til institusjonen for brukere som har en alvorlig psykisk lidelse. Dette temaet kom også frem i informasjonen om ambulante tjenester, der spørsmål ble stilt om hvem som kan avgjøre en innleggelse. Gjennom samarbeid med de ulike involverte parter (Ødegård, 2006; Lauvås og Lauvås, 1995) kan en unngå at forverring i tilstanden hos brukerne kommer overraskende, og en kan forbygge at prosesser stopper opp.

4.6.3 Prosess innenfor institusjonen

Også innenfor institusjonen forgår det prosesser underveis. Haugsgjerd (1986) mener det er brukerens vilje og evne til å reflektere over sin situasjon og sine følelser som er drivkraften i behandlingsprosessen, mens behandlerens rolle er å introdusere og opprettholde rammen for denne selvrefleksjonsprosessen og være en aktiv medspiller i brukerens prosess. Hva som er gjeldende praksis innenfor institusjonen, kan variere etter hvem som har behandleransvar. Noen psykiatere legger stor vekt på diagnose og medisinsk behandling, mens andre legger mer vekt på brukerperspektivet, der brukeren har stor medvirkning i behandlingen.

På bakgrunn av diagnose/farlighet blir brukerne generelt innenfor sikkerhetspsykiatrien behandlet innenfor strenge og forutsigbare rammer, slik også på en fylkeskommunal sikkerhetsenhet (Bjørkly, 1997). Rehabiliteringsprosessen kan strekke seg over flere år. For å sikre fremdrift i rehabiliteringen, kreves både tålmodighet, kreativitet og disiplin (Dale, 2006). Dale hevder at ved å sette sperrer for brukerne av sikkerhetsmessige hensyn, forringer en deres rehabiliteringspotensiale ved at de blir frustrerte og oppgitte. På den annen side, eksponerer en brukerne for tidlig ut til kommunen, kan dette gi alvorlige konsekvenser i form av gjentakelser av voldelige handlinger. I miljøterapien og gjennom utskrivelsesprosessen vil en i følge Bjørkly (1997) måtte jobbe med sentrale behandlingsmål som er personlig vekst, ansvarliggjøring, samhandling og adferdskontroll.

Innenfor institusjonen vil en i følge informantene være utålmodig etter å få skrive ut brukere til kommunen. Informantene refererer til at brukere oppleves bedre mens de er inne i institusjonen, og forandrer seg etter utflytting til kommunen. Det kan virke som informantene opplever utskrivelsen som hastverk fra institusjonen, og at prosessen ikke har tatt lang nok tid.

I undersøkelsen kom det frem at informantene stilte spørsmål ved hvem som skal definere hva som er livskvalitet for et menneske. De sier at innefor behandlingsapparatet er det andre målestokker over hva som er god livskvalitet enn hva brukerne har. Det kan tolkes som at det ikke legges så stor vekt på at brukerne skal ha et eiedomsforhold til egen utviklingsprosess (Vatne, 1998). I prosessen som foregår i institusjonen, kan det være ulike formeninger om dette, som gjerne dukker opp i forbindelse med utskrivningen.

Institusjonen prøver å få til en stabil rehabilitering, der motivasjon og mestring står sentralt (Bang, 2003; St.meld.nr.21 (1998)). Samarbeid med sentrale aktører ute i kommunene er en forutsetning for å få til rehabilitering (Ødegård, 2006; Lauvås og Lauvås, 1995). Institusjonen prøver å bygge opp relasjoner til brukerne og til kontaktpersoner ute i kommunene. I miljøterapien legger en vekt på at partene i samspill skaper hverandres forutsetninger. For å utvikle seg må partene gjensidig anerkjenne hverandre (Schibbye, 1996).

Ansvar for brukeren inne i institusjonen ligger nedfelt i lovverket, og institusjonen må handle ut ifra lovverket (PHVL). At prosessen som foregår innenfor institusjonen oppleves annerledes for tilsatte i kommunen, er viktige argument å ta med seg i enhver evaluering av utskrivelsesprosessen.

4.6.4 Prosess innenfor kommunen

Undersøkelsen viser at det psykiske helsearbeidet i kommunen har endret seg ved at en skal ha en stor bredde til tjenestene til mennesker med psykiske vansker. Det kommer frem ulikheter i forhold til hvordan tilbudet er organisert i de ulike kommuner. Dette må en betegne som en prosess i kommunepsykiatrien, der kampen om ressursene skal fordeles i budsjettet for hvert år. Men på tross av ulikhetene i kommunene viser undersøkelsen at det som står i fokus hos de tilsatte, er å gjøre tilbudet til enhver bruker så godt som mulig etter hver enkelt sitt ønske. Respekt for brukeren står som tidligere nevnt høyt hos informantene. Dette vil etter min mening være en kontinuerlig prosess for de tilsatte i kommunene, da det alltid vil være hjelpere som ikke forstår atferden til disse brukerne, og som kan kjenne på en avsky samt risikoopplevelse i forhold til brukere med voldsadferd. Behandling av aggressive mennesker byr på ekstreme utfordringer når det gjelder krav til selvkontroll, tåleevne og analytisk presisjon i følge Bjørkly (1997). Han mener at aggressiv adferd i seg selv er så truende og personlig utfordrende i behandlingssammenheng, at det lett blir subjektive forsvarsreaksjoner og ikke faglige og analytiske vurderinger som styrer vår samhandling (Bjørkly, 1997). Dette kan være en hindring for empati. Vatne (2006) sier at fordi empati er forbundet med at en kan finne gjenklang med liknende følelser eller opplevelser i seg selv, kan empati bli vanskelig i møte med brukere som oppleves forskjellig fra en selv, eller som vekker avsky og antipati. Antipati må oppfattes som en kontrastfølelse til sympati. En annen forutsetning for empati er et ekte ønske om å forstå den andre. Dette er vanskelig i situasjoner en opplever som truende.

Respekt for menneskeverdet er i teorien fremsatt som en overordnet verdi for omsorgsarbeidet (Vatne, 2006). I følge Vatne (2006) er det å behandle brukere med respekt, å se brukeren og behandle han eller henne som et menneske, et menneske som er lik en selv, tross avvikende adferd. Det vil si at brukeren skal behandles som likeverdig på tross av sydomsuttrykkene. Det kommer frem i undersøkelsen at å skulle etablere en bruker med tidligere voldsadferd i et bofellesskap, byr på store utfordringer for de tilsatte i kommunen. De tilsatte i kommunen har kanskje historien til brukeren sterkt i minne, og dette må gjennomarbeides både hos tilsatte og de beboerne som er i bofellesskapet. Her vil prosessen med informasjon, veiledning og kompetanse stå sterkt i forberedelsen til at brukeren skal komme tilbake til hjemstedet.

I følge Bang (2003) er det å være vitne til brukerens styrke og mot, noe som gir en håp både for brukeren, meg selv og for andre mennesker. Hun mener at finnes det mot og styrke, gjør dette utviklingsmulighetene uendelige. Å mestre noe, gir styrket selvbilde. Når for eksempel en kollega trekker frem positive sider ved meg, kjenner jeg hva det gjør med meg. Dette gir meg i neste omgang mulighet til å føre over en god opplevelse til brukeren. Dette kalles i veiledning for parallellprosesser (Bang, 2003). Den relasjonen kollegaer opparbeider seg i mellom, får innvirkning på relasjonen til brukerne. At veiledning til tilsatte i kommunene kommer inn som et viktig tiltak, ser jeg på som særdeles viktig i prosessen for brukere fra en sikkerhetsenhet skal skrives ut. I følge Bjørkly (1997) er det i klinisk praksis viktig å sørge for at de ulike samarbeidspartnerne har forenlige referanserammer og forståelsesmåter, og at teoretisk kunnskap er viktig motvekt til at subjektive reaksjoner skal undergrave mulighetene for å skape gode behandlingstiltak.

Livskvalitet til brukerne ble gjentatte ganger referert til som viktig av informantene. Tidligere forskning viser en evaluering av livskvalitet hos tidligere langtidsinnlagte brukere av det psykiske helsevernet som nå bor i bolig i kommunen (Vatne et.al, 1999). Funnene viser at det store flertallet av brukere opplever at de har fått et bedre liv etter at de flyttet ut i egen bolig. Carroll et. Al (2003) beskriver opplevelsen av integritet og livskvalitet hos femten brukere på tvunget psykisk helsevern som bor i Canada. Funn i denne studien viste at brukerne kjente på en tilhørighet i samfunnet og var tilfredse med sosial tilknytning på tross av begrensningen for sosial integrasjon. Dette kan tolkes som at ikke alle prosesser som foregår innad i kommunene er synlige prosesser, men at noe skjer underveis. I følge Bredland et.al (2002) er

det ofte en rekke enkelttiltak som i seg selv ikke tar lang tid, men prosessen går sin gang både når vi er tilstede, og når vi ikke er det. Dette tar ofte lang tid.

5.0 OPPSUMMERING

Som oppsummering vil jeg trekke ut det som har kommet frem i analysen som viktig for informantene i utskrivelsesprosessen. Informantene beskriver flere viktige aspekter i prosessen. Funnene danner et mønster for videre rehabiliteringsarbeid for denne brukergruppen. Studien viser flere ulike prosesser som foregår i utskrivelsesprosessen fra institusjon til kommunalt nivå (figur 1). Flere prosesser foregår på samme tid. Studien viser at informantene har mer enn ett perspektiv som de ser utskrivelsesprosessen i lys av. Hovedkategoriene fra analysen er: Institusjonspsykiatri, Kommunepsykiatri, Brukerperspektivet og Sykdomsperspektivet. Perspektivene og prosessene er beskrevet i oppgaven, men likevel ligger det noe bak dette som overstiger det uttalte i intervjuene. Dette ser jeg som viktig å trekke frem i arbeidet videre.

For meg virker det som de tilsatte i kommunene henvender seg til institusjonen, og sier at prosessen handler om hvor du fester **BLIKK**et i forhold til brukere og det psykiske helsearbeidet. For å forklare hva som ligger i ordet **BLIKK**, har jeg rangert perspektivene i den orden som informantene har vektlagt som viktig, og forbokstavene laget ordet selv.

Brukerperspektivet står sterkt hos de tilsatte i kommunene. Det kommer i første rekke, og synes å være det viktigste. Respekt for brukeren, og hva han selv kan gjøre er sentralt. De tilsatte arbeider ut ifra de ressursene brukerne har, og det virker ikke som de er så opptatt av diagnosene. Informantene legger ikke stor betydning til hvilke avdeling brukeren kommer fra, hvis oppfølgingen fra institusjonens side fungerer.

Livskvalitet står også sterkt, og det blir jobbet i enhver sammenheng ut ifra at hver enkelt bruker skal kjenne på livskvalitet, som de definerer som livskvalitet for seg. I følge informantene er styring i eget liv viktig for brukerne. Informantene mener at livskvalitet bør defineres av brukerne. Funnene viser at de tilsatte i kommunene mener at å få dekket de basale behovene er grunnleggende for å kjenne på livskvalitet.

Institusjonspsykiatri er en nødvendighet, og kjennes som en stabilitet og trygghet som de tilsatte i kommunene har stor tiltro til. De ønsker at institusjonen kan stille opp når brukerne til tider trenger mer hjelp, og at det burde være lettere å få til et kort institusjonsopphold ved behov for dette. Det skaper tygghet både for brukeren og de tilsatte i kommunene. Utskrivelsesprosessen bør starte så tidlig som mulig, gjerne ved innleggelsen. Informantene har en forventning om at Sikkerhetsenheten overfører til kommunalt nivå den kunnskapen, kompetansen og erfaringen som de sitter med.

Kommunepsykiatri er en betingelse mener informantene. Brukerne skal leve livet ute i kommunen, og de tilsatte i kommunene ser utfordringene fremfor begrensningene i arbeidet. Trivselen er stor blant de tilsatte. Studien viser at de tilsatte i kommunene mener institusjonens tilsatte må se livet ute i kommunen, lytte til erfaringene og ha respekt for lokalkunnskapen som finnes. Dette blir nevnt som en suksesskriterie.

Kompetanse vektlegges på alle plan, både for brukerne og de tilsatte i kommunen. Overføringen av kunnskap fra Sikkerhetsenheten til kommunene gjennom veiledning, kursing, dialog og samarbeid sees på som helt nødvendig, så vel som at brukerkompetansen blir tatt i betraktning.

Med **BLIKK** et rettet mot brukeren slik tilsatte i kommunene gjør det, er det gode håp videre for rehabilitering av brukere fra en sikkerhetsenhet. Det kan virke som brukere fra en sikkerhetsenhet blir sett på med samme øyne som de som kommer fra andre avdelinger i voksenpsykiatrien. Flere informanter mener det er ingen forskjell, fordi de trenger oppfølging uansett hvilke avdeling brukerne kommer fra, men oppfølgingen har en avgjørende betydning. Informantene ønsker å bli sett og hørt, og brukerne ønsker å bli sett og hørt. Samarbeid og dialog er grunnpilarer, men poenget med samarbeid og dialog blir avhengig av at samarbeidspartnere fester blikket på samme sted både før, gjennom og etter utskrivelsesprosessen.

6.0 AVSLUTNING

Denne studien har hatt fokus på rehabilitering av brukere som over lengre tid har vært innlagt i voksenpsykiatrisk avdeling; ved en sikkerhetsenhet. Temaet ble avgrenset til å dekke utskrivelsesprosessen fra en sikkerhetsenhet til kommunalt nivå. Informantene i studien var psykiatrikoordinatorer i åtte kommuner. Gjennom intervju kunne de fortelle hvordan de opplevde sentrale elementer i utskrivelsesprosessen.

De resultatene som kom frem i analysen, ble visualisert i en figur, for å gi et mest mulig helhetlig bilde av hvordan informantene opplever utskrivelsesprosessen fra en sikkerhetsenhet til kommunalt nivå. Figuren inneholder i alt fire hovedkategorier som er bygd opp av et antall subkategorier, som fremkom gjennom analyseprosessen (NUD*IST). Tema som har kommet frem i analysen er: Institusjonspsykiatri, Kommunepsykiatri, Brukerperspektivet og Sykdomsperspektivet. Med bakgrunn i de fire perspektivene, viser også figuren at det forgår flere prosesser på samme tid, og disse prosessene er i oppgaven diskutert ut ifra teori og påvirkningsfaktorer.

Jeg har diskutert de fire perspektivene med underkategorier hver for seg sett i lys av relevant teori, og videre diskuterer jeg utskrivelsesprosessen slik den fremkom i analysen. Sett i lys av sikkerhetspsykiatriens historie (St.meld.nr.25 (1996-97)), kan det virke som at behandlingsopplegget er endret noe i forhold til denne brukergruppen, men at overføring av ferdigbehandlede brukere til kommunene fortsatt ikke går så fort. Som det fremkommer fra informantene, står brukerperspektivet sterkt hos de tilsatte i kommunen. Relasjonens betydning blir fremhevet, og i følge Schibby (1996), må relasjonen ligge i bunnen for at det skal gå godt med brukere med store psykiske vansker. Prediksjon av aggresjonspotensial innebærer en vurdering av fremtidig sannsynlighet for at en gitt person skal påføre en annen fysisk skade (Bjørkly, 1997). Dette er aktuelt ved vurdering av eventuell innleggelse og utskrivelse, og informantene ser på dette som en forutsetning i samarbeidet, dialogen og veiledningen i forhold til denne brukergruppen.

Hensikten med denne studien var å finne ut hva som fungerer og hva som ikke fungerer i utskrivelsesprosessen. Funnene viser aspekter ved utskrivelsesprosessen som institusjonen og kommunene bør jobbe videre med sammen. Det er flere instanser ute i kommunene som sitter med relevante erfaringer, som ikke har blitt hørt i denne studien. Dette vil være nyttige å forske videre på, og som kan legges til denne studien for å få et bredere perspektiv på hva

som skjer i en utskrivelsesprosess. I arbeidet med oppgaven, har jeg ønsket å gå videre på enkelte tema, men i denne oppgaven har det vært psykiatrikoordinatorernes erfaringer som skulle belyses, og jeg måtte avgrense omfanget pga oppgavens størrelse. De funn som er fremkommet ser jeg som viktig å gå videre med, og kan tenke meg en studie der kommune og spesialisthelsetjeneste går sammen, for å videreutvikle funnene i denne studien.

7.0 REFERANSER

Andersen, A. J. W. (1997). *Uten fasit*. Perspektiver på miljøterapi. Fagernes: Cappelen Akademiske Forlag.

Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment*. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bentsen, H. (2003). *Bedrer psykoedukativ familiebehandling ved schizofreni?* Medisin og vitenskap. Tidsskrift for Den norske legeförening. Nr. 18/25 september 2003.

Bjørkly, S. (1997). *Aggresjon og vold – teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Bredland, Linge og Vik (2002). *Det handler om verdighet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dale, K. Y. (2006). *Desentralisert sikkerhetspsykiatri*. Premissgrunnlag og videre organisering av sikkerhetspsykiatrien i Møre og Romsdal. Hjelset.

Flock, H. og Lassen, B.S (2003). *Norges Lover*. Oslo: Det juridiske fakultet ved universitet i Oslo/Gyldendal Akademiske.

Friis, S og Vaglum, P (2002). *Fra idè til prosjekt*. En innføring i klinisk forskning. Otta: Tano Aschehoug.

Gerber, Prince, Duffy, Mc Dougall, Cooper, Dowler (2003). *Adjustment, Integration, and Quality of Life Among Forensic Patients Receiving Community Outreach Services*. *International Journal of Forensic Mental Health* 2003, Vol.2, 129-136.

Glaser, B.G. og Strauss, A. L. (1999). *The Discovery of Grounded Theory*. Strategies for qualitative research. United States of America.

Grimen, H. og Nordtvedt, P. (2004). *Sensibilitet og Refleksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fyran, L. (1994). *Sosialt nettverk*. Otta: Tano.

Hagen, Leren, Farstad (2000). *Brukerundersøkelse*. Rapport fra kurs ved Høgskolen i Molde. Hjelset: Trykkeriet.

Hansen, Stakseng, Stangeland og Urheim (1999). *Sikkerhet og omsorg – Møte med aggresjon og vold*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hargie, O. & Hargie C. (1995). *Sosiale ferdigheter må inn på skolens læreplan*. Kommunikasjon som sosial og tverrkulturell kompetanse. Trondheim: TAPIR.

Haugsgjerd, S. (1986). *Grunnlaget for ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag As.

Heggdal, K. (2003). *Kroppskunnskaping*. En grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom. Doktorgradsavhandling. Institutt for samfunnsmedisinske fag. Seksjon for sykepleievitenskap. Bergen: Universitetet.

Henriksen, J. O. og Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse*. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Oslo: Gyldendal.

Hodgins, S. (1999). *Violence among the Mentally III*. Effective Treatments and Management Strategies. The Netherlands: Kluwer Academic Publisher.

Hollingen, A. (2008). *Brukererfaring med nettbasert individuell plan*. Masteroppgave Høgskolen i Molde.

Høgskolen i Molde (1999). *Fagplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid. Molde: Trykkeriet.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Ad Notam.

Krøvel, Rishovd, Rund og Rør (1997). *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*. Otta: Tano Aschehoug.

Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

Lauvås, K og Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid*. Otta: Tano.

Lund, T. (2005). *The qualitative – quantitative distinction: Some comments*. Scandinavian Journal of Education Research, Vol. 49, No.2, April, pp. 115-132.

Møre og Romsdal fylkeskommune (2000). *Revidert opptrappingsplan 2000-2006*. Helse og sosialavdelinga.

Rasmussen, Jakobsen, Urheim (2002). *HCR-20 vurdering av voldsrisiko*. Trondheim/Bergen: Psykologisk institutt, Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet.

Sikkerhetspostens 10 års jubileumsutgave (1994). *Sikkerhetsposten ved Fylkessjukehuset i Molde 1984-1994*. Hjelset: Trykkeriet.

St.meld.nr.21. (1998). *Rehabiliteringsmeldinga*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

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

Skipworth, J. H. (2005). *Rehabilitation in forensic psychiatry. Vol (1) Mar 2005, 70-84*. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*.

Vatne, Berg, Michalsen, Rød, Stavik (1996). *Det er enklere å være fri*. Evaluering av livskvalitet hos tidligere langtidsinnlagte brukere av det psykiske helsevernet som nå bor i egen bolig. Molde: Møreforskning.

Vatne, S. (1998). *Pasienten først?* Om medvirkning i et omsorgsperspektiv. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne*. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Waaktaar, T. og Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider*. Oslo: Kommuneforlaget.

Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning*. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene. Oslo: Universitetsforlaget.

Ødegård, A. (2005). *Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study*. Journal of Interprofessional Care, August; 19(4): 347 – 357.

Aadland, E. (1997). *Og eg ser på deg...* Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. Otta: Tano Aschehoug.

Vedlegg 1

Til _____ kommune
v/psykiatrikoordinator

Tilbud om å delta som informant i et prosjekt vedrørende utskrivningsprosessen til pasienter som skrives ut av tvungent psykisk helsevern til kommunalt nivå.

Tittel på prosjektet:

”Når kan pasienter skrives ut av tvungent psykisk helsevern?”

En undersøkelse av utskrivningsprosessen fra en Sikkerhetsenhet til kommunalt nivå.

Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskap og informasjon om hva som fungerer, og hva som ikke fungerer i utskrivningsprosessen av pasienter som over tid har vært innlagt på tvungent psykisk helsevern.

Hva fungerer bra og hva fungerer mindre bra i utskrivningsprosessen for pasienter som er innlagt ved Sikkerhetsenheten?

Hvordan kan vi som personale ved Sikkerhetsenheten, i samarbeid med kommunalt ansatte og brukeren selv, heve kvaliteten på utskrivningsprosessen?

For å gå dypere inn i problematikken vedrørende utskrivning, ønsker vi å undersøke hvordan ansatte i den enkelte kommune opplever utskrivningsprosessen fra Sikkerhetsenheten.

Vår plan er at i alt 12 kommuner deltar i undersøkelsen. Det vil i hovedsak være psykiatriske sykepleiere som innehar rollen som psykiatrikoordinatorer, og som sitter med mye erfaringer.

Sikkerhetsenheten er fylkesdekkende. I utgangspunktet ble det tenkt at alle kommuner i vårt fylke ville bli tilskrevet, men det kunne blitt for mye stoff til bearbeiding. Dermed har jeg valgt ut 12 kommuner som blir spurt om å ta del i et intervju. Samarbeidspartnerne i kommunene utgjøre flere instanser, men jeg har valgt å begrense omfanget til å gjelde psykiatritjenesten ved psykiatrikoordinator. Psykiatrikoordinator har en oversikt over de ulike distrikt, og sitter med samlede erfaringer fra psykiatritjenesten i kommunen.

I dette prosjektet benyttes et semistrukturert intervju, med utgangspunkt i et case. Caset er en sykehistorie, der utskrivning fra sykehuset er tema, og som har likhetstrekk med flere utskrivninger vi har hatt ved Sikkerhetsenheten. Historien er laget på bakgrunn av klinisk praksis, og sammensatt så realistisk som mulig. I tilknytning til caset vil det bli gjort intervju med psykiatrikoordinatorer.

Intervjuene blir tatt opp på bånd og transkribert. Bearbeidingen av råmaterialet vil bli gjort så snart intervjurunden er ferdig. I analysedelen vil en prøve å få tak i kritiske faktorer og begreper som har betydning for utskrivningsprosessen. Funnene antas å kunne peke på problemfelt/løsninger som kan nyttiggjøres i praksis.

Det er ingen personopplysninger som skal brukes i dette prosjektet. Intervjuguiden er ment å brukes på generelt grunnlag. Som bakgrunnsstoff blir det brukt et oppkonstruert case. Denne vil ikke kunne identifiseres med noen pasient, eller eksempel fra noen kommune som kunne vært en samarbeidspartner. Forskningsprosjektet er sendt til etisk komité, og meldt til NSD.

For å bevare konfidensialiteten til informantene, blir alt materialet som er kommet inn makulert etter at analysen er gjennomført. Sitater kan ikke identifiseres av andre enn de som har uttalt seg. Anonymiteten blir således ivaretatt. De som bidrar med informasjon og uttalelser fra kommunalt nivå skal bli ivaretatt av taushetsplikten, og det vil ikke bli henvist til noen enkelt kommune.

Resultatet av undersøkelsen vil være til stor betydning for pasientene i Sikkerhetsenhetene både på fylkeskommunalt og regionalt nivå. Målet med prosjektet er å få mer kunnskap og informasjon om hva som fungerer, og hva som ikke fungerer i utskrivningsprosessen av pasienter som over tid har vært innlagt på tvungent psykisk helsevern. Dette for å komme frem til bedre samarbeid og tiltak rundt pasientgruppen.

Ønsker at de tilskrevne blir med på intervjurunden, og undertegnede vil ta kontakt. Sender med et samtykkeskjema.

Med vennlig hilsen

Svanhild Villa Nesje
Sikkerhetsenheten
sosialkonsulent

Vedlegg 2

Svanhild Villa Nesje
Helse Nordmøre og Romsdal HF
Sikkerhetsenheten
6450 Hjelset

Svar på forespørsel om å delta som informant i prosjektet:

**”Når kan pasienter skrives ut av tvungent psykisk helsevern?”
En undersøkelse av utskrivningsprosessen fra en Sikkerhetsenhet til kommunalt nivå.**

Jeg stiller meg til rådighet / jeg stiller meg ikke til rådighet for deltakelse slik det er beskrevet i forespørselen i prosjektet.

Evt. kommentarer / reservasjoner:

Vennligst send svar i vedlagte frankerte konvolutt i løpet av en uke

Sted: _____ Dato: _____.

Underskrift: _____.