



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hjelp meg hjemme: gode intensjoner, dårlige resultat?

Help me at home: Good intentions, bad results?

Dromnes, Gunn Beate

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Antall ord:11716

Molde, 20.05.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Gøran Jensen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 20.05.2016

Forord

Om psykiatrien.

En psykiatrisk diagnose
har ingen betydning for meg
og hvordan jeg velger å leve mitt liv
Den bare gjenspeiler den uretten
som begås av mennesker
som prøver å hjelpe..

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	3
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVEN	3
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	5
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	5
1.4 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREP	5
1.4.1 PSYKISKE LIDELSER	5
1.4.2 PSYKISK HELSEARBEID	6
1.4.3 PSYKISK HELSEVERN	6
1.4.4 DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTER (DPS)	6
1.4.5 ROP-LIDELSER	7
1.4.6 KOMMUNEREFORMEN	7
1.4.7 SAMHANDLINGSREFORMEN	7
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	8
2.0 METODE	9
2.1 LITTERATURSTUDIUM SOM METODE	9
2.1.2 KVANTITATIV OG KVALITATIV METODE	10
2.2 SØKEORD OG UTVELGELSE AV LITTERATUR	11
2.3 KILDEKRITIKK	12
2.3.1 RELIABILITET OG VALIDITET	13
2.4 FEILKILDER	14
2.5 VITENSKAPELIG FORSTÅELSE	15
2.6 FORFORSTÅELSE	16
3.0 TEORI	18
3.1 KOMMUNALT ANSVAR INNENFOR PSYKISK HELSEARBEID	18
3.1.1 KOMMUNENS ORGANISERING AV PSYKISK HELSEARBEID	19
3.2 KOMMUNEREFORMEN OM PSYKISK HELSEARBEID	20
3.2.1 PSYKISK HELSEVERN- SPESIALISTHELSETJENESTEN	21
3.3 SAMHANDLINGSREFORMEN OM PSYKISK HELSE	21
3.3.1 PASIENTFORLØP OG PASIENTROLLE I SAMHANDLINGSREFORMEN	22
3.4 RIKSREVISJONEN - OM INNFØRING AV SAMHANDLINGSREFORMEN	23
3.4.1 OM PSYKISK HELSE I SAMHANDLINGSREFORMEN	24
3.5 "FREMtidENS PRIMÆRHELSETJENESTE"	26
3.6 LOVVERK	28
3.6.1 LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	28
3.6.2 FOLKEHELSELOVEN	29
3.6.3 PASIENT OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN	29
3.7 ENDRINGER I RAMMEBETINGELSER	30
4.0 DRØFTING	31
4.1 KOMMUNENS ORGANISERING OG UTFØRELSE AV PSYKISK HELSEARBEID	31
4.1.1 LAVTERSKELTILBUD	31
4.1.2 LIVSKVALITET	33
4.2 KOMPETANSE, ARBEIDSTIDSORDNINGER OG ØKONOMISKE RAMMEVILKÅR	35
4.3 SAMARBEID OG SAMHANDLING	39
4.3.1 SAMARBEID INNAD I KOMMUNENE	39

4.3.2 SAMARBEIDSRUTINER MED SPESIALISTHELSETJENESTEN	41
5.0 AVSLUTNING	42
5.1 KONKLUSJON	42
5.2 REFLEKSJON	43
6.0 LITTERATURLISTE	45
7.0 VEDLEGG 1: DEN HERMENEUTISKE SPIRAL	48

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av oppgaven

I løpet av de årene jeg har jobbet i helsevesenet har min interesse alltid vært fokusert på psykisk helse. Opplevelsen av mennesker i egen hjemkommune som har vandret rundt i gatene mens de snakker med seg selv, roper og hylar har satt spor. Dette oppleves, for meg, som svært stigmatiserende, og min påstand er at dette bidrar til å opprettholde en usikkerhet –og kanskje også frykt for personer med psykiske vansker.

Disse opplevelsene gjør at jeg undres på hvilke behandlingstilbud som ytes i de enkelte kommunene. Hvilke resurser har en gjennomsnittlig kommune til rådighet, både i forhold til boliger, økonomi og personale?

Oppgavens intensjon er å søke status på kommune-Norges håndtering av psykisk helse. Dette i lys av de ulike reformer som har vært innført i de siste årene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) (Helse- og omsorgsdepartementet, A) hadde som overordnet mål å resultere i en bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser, både kvalitativt og kvantitativt. Målet skulle være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dermed måtte tjenesteyterne bidra til etablering av behandlingsnettverk på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

I 2012 kom samhandlingsreformen der det skrives at en stor utfordring innenfor psykisk helse, er at døgnplassene i både Distrikts Psykiatriske Sentre og sykehusavdelingene i for stor grad benyttes av pasienter som burde hatt forsterkede bo-og tjenestetilbud i kommunene. Det poengteres og at manglende desentralisering av behandlingsoppgaver og resurser får ”*konsekvenser for samspillet rundt pasienten og dermed for tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen i hele det psykiske helsevernet*” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009:68. B).

Videre kom kommunereformen, som gir mer makt og myndighet til kommunene.

(Kommunal –og Moderniseringsdepartementet, 2014-2015.A). I dette ligger et økt ansvar for psykisk helsearbeid i kommunene. Dersom kommunen selv kan yte tilstrekkelig og

forsvarlig helsehjelp, bør ikke pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten.

Forutsetningen er at kommunen selv har både nødvendig fagkompetanse –og kapasitet, slik at hjelpen utøves forsvarlig (Kommunal og Moderniseringsdepartementet, 2014-2015. A).

Til slutt har vi opptrappingsplan for rusfeltet. Planen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har etablert et rusproblem. Den gyldne regelen lansert av Ansgar Gabrielsen etter opptrappingsplanen, handler om at veksten i helseinnsatsen skulle skje innenfor rus- og psykiatri i større grad enn innen somatikken, skal nå følges opp.

En rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2015 viser at forekomsten av ruslidelser er opptil ti ganger høyere blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse sammenlignet med den generelle befolkningen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015-2016,C).

Rusmiddelproblemer er så vanlige blant mennesker med en alvorlig psykisk lidelse at samtidig rus- og psykisk lidelse snarere bør betraktes som regelen enn unntaket. Derfor er det så viktig at de to problemene ses i sammenheng (Helsenorge.no).

Mennesker med ROP-lidelser har krav på utredning, diagnostikk og behandling, men har i mange tilfeller ikke fått den behandlingen de burde ha. De har ofte sammensatte utfordringer og trenger koordinert innsats fra et bredt spekter av hjelpeapparatet, ulike deler av spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og NAV (rop.no).

Psykiske plager og lidelser utgjør en av de største helsemessige utfordringene samfunnet vårt står overfor: Halvparten av oss utvikler psykiske helseproblemer i løpet av livet, og det i et omfang som krever kvalifisert hjelp. Over en ettårsperiode vil en tredjedel av befolkningen streve med psykiske plager og lidelser (Schjødt med flere, 2012:28).

Etter innføring av alle disse reformene, er spørsmålet om kommunene er godt nok rustet til å ta dette ansvaret? Klarer en gjennomsnittskommune å yte forsvarlige tjenester ut i fra kompetanse og kapasitet?

1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut i fra temaet har jeg utarbeidet problemstillingen:

”Klarer kommunene å yte forsvarlige tjenester innenfor feltet psykisk helsevern?”

Denne oppgaven tar sikte på å belyse konsekvensene for psykisk helsearbeid i etterkant av noen av de ulike reformene som har vært iverksatt i løpet av de siste årene.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

For å avgrense oppgaven vil jeg se på psykisk helsearbeid som en helhetsbetegnelse. Jeg vil ikke belyse spesifikt hverken rus eller psykiske lidelser, men se alle diagnoser innenfor rammene til psykisk helsearbeid som en enhet. Jeg vil og begrense aldersinndelingen til å gjelde voksne mennesker, men ikke inkludere demente og eldre mennesker over 60 år. Jeg har dessuten valgt å fokusere på norske forhold, siden problemstillingen spesifikt retter seg mot det kommunale ansvaret i Norge. Oppgaven vil rette seg mot samfunnsnivå, og dermed er ikke pasientrolle og medvirkning belyst i stor grad. Jeg har likevel tatt med noe om pasientrolle og pasientforløp, for å kunne belyse oppgaven bredere.

1.4 Definisjon av sentrale begrep

Her vil jeg definere noen begrep som brukes gjennom oppgaven.

1.4.1 Psykiske lidelser: i følge Folkehelseinstituttet (2011) defineres psykiske plager og lidelser som ”alle plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre” (Schjødt med flere, 2012:27).

Schjødt med flere (2012) sier at det er vanlig å skille mellom det å ha psykiske plager/vansker og de diagnostiserbare lidelsene.

I den første kategorien finner vi mer moderate former for plager, som for eksempel lettere former for engstelse, stressplager og nedstemthet. Plagene kan gi uttalte symptomer uten at symptombelastningen er så høy at det kvalifiserer til å sette en diagnose, selv om de kan være betydelige over en periode. De kan likevel gå utover den daglige fungeringen: psykisk og fysisk overskudd, mental kapasitet, livsglede og ikke minst opplevelsen av kontroll i eget liv (Schjødt med flere, 2012:27)

Schjødt med flere (2012) sier videre at vurderingen om en tilstand er en psykisk lidelse bygger på kartlegging av symptomenes intensitet, varighet og grad av påvirkning i personens daglige fungering. Symptombelastningen for en psykisk lidelse betegnes som så stor og av en slik karakter, at grunnlaget for en diagnose er tilstede.

1.4.2 Psykisk helsearbeid: Betegnelse på kommunehelsetjenestens ansvarsområde. I veilederen "Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene" (Helsedirektoratet, 2007) beskrives dette feltet som "*tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk*". Helsedirektoratet (2007) sier videre at psykisk helsearbeid overfor voksne er tenkt innrettet mot en avgrenset målgruppe med mennesker, som er utskrevet fra behandlingsopplegg i psykisk helsevern og er tilbakeført til oppfølging i bokommunen.

1.4.3 Psykisk helsevern: spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Består av desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), mer spesialiserte sykehusavdelinger og privatpraktiserende avtalespesialister (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, A).

1.4.4 Distrikts Psykiatriske Senter (DPS): DPS har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område, både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. Et DPS vil normalt være første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten. DPS skal gi spesialisert utredning og tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. De skal og ha en akuttberedskap, enten selv eller i samarbeid med andre enheter der lokale forhold tilsier det. DPS har ansvar for å behandle alle typer alvorlige psykiske lidelser, som psykoser, spiseforstyrrelser, alvorlige angst- og

depresjonslidelser, tvangsnevroser, alderspsykiatri, posttraumatiske stresslidelser, dobbeltdiagnoser med mer.

1.4.5 ROP-lidelser: Personer med ruslidelser har ofte samtidige psykiske lidelser, og personer med psykiske lidelser har hyppigere ruslidelser enn gjennomsnittet i befolkningen. Kombinasjonen ruslidelser og psykiske lidelser kalles ROP-lidelser (ROP.no).

1.4.6 Kommunereformen: kommunene er sentrale aktører for å løse viktige samfunnsutfordringer. Dette stiller store krav til kommunene, som må rustes for å kunne møte fremtidens krav og behov. Kommunereformen skal legge til rette for at flere kommuner slår seg sammen til større kommuner som bedre kan møte morgendagens utfordringer.

Reformen handler om å utvikle velferd og lokalt folkestyre i store og små lokalsamfunn, til det beste for innbyggerne, næringslivet og lokalsamfunnet (Kommunal – og Moderniseringsdepartementet, A).

1.4.7 Samhandlingsreformen: Dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester står i fokus i denne stortingsmeldingen.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke –og utvikle videre, sin spesialiserte kompetanse.@

Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, B)

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er i hovedsak bygd opp med innledning, metodedel, hoveddel og avslutningsdel.

I innledningen, kapittel 1, har jeg presentert problemstillingen og gitt en begrunnelse på hvorfor jeg valgte akkurat dette temaet. Kapitlet inneholder og forklaringer på noen ord som blir brukt igjennom oppgaven.

Hovedkapitlet er inndelt i en teoridel og en drøftingsdel. I teoridelen har jeg funnet relevant teori som jeg mener kan belyse min problemstilling. Denne delen inneholder og nyere forskning og ulike rapporter om blant annet samhandlingsreformen.

I drøftingsdelen har jeg satt de ulike funnene opp mot hverandre og belyst problemstillingen fra ulike vinklinger.

Avslutningsdelen inneholder konklusjon og refleksjon.

Konklusjonen er et produkt av drøftingsdelen. Denne inneholder en sammenfatning av de funn jeg har gjort og de tankene jeg har gjort meg ved å jobbe med denne oppgaven.

I refleksjonsdelen har jeg skrevet litt om læringsprosessen og mine tanker etter å ha jobbet med denne oppgaven -og denne problemstillingen.

2.0 Metode

En metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland 2012:112).

2.1 Litteraturstudium som metode

Jeg har valgt å basere denne oppgaven på litteraturstudie. Jeg har valgt dette på grunn av tidsbegrensingen og oppgavens ordbegrensning.

Aadland (2011) sier at det ikke bare er notater etter observasjoner og intervjuer som kan være utgangspunkt for kvalitativ tekstanalyse og tolkning.

Dalland (2012) sier at ved litteratursøk bør en notere seg det en allerede vet, og de erfaringer og opplevelser en har som har gjort inntrykk. Dette kan lede veg i søkeprosessen. Dalland (2012) sier videre at i letingen etter relevant litteratur er det en fordel å prøve å plassere problemområdet innenfor et hovedemne. Når en har funnet dette, kan en ved hjelp av lærebøker og samleverk skaffe seg oversikt.

Dalland (2008) sier at ”...Vi alltid må forholde oss til litteraturen i faget. Litteraturen sørger for linjene bakover, og hjelper oss til å se sammenhenger og utviklingstrekk”.

I tillegg kunne andre metoder som blant annet intervju og spørreskjema vært brukt, men på grunn av tidsbegrensingen har jeg valgt å ikke gjøre det. Min hovedbekymring er at tiden til å skrive selve oppgaven ville blitt for liten, og jeg ville dermed fått et dårlig og unøyaktig resultat.

2.1.2 Kvantitativ og Kvalitativ metode

Å kvantifisere, tallfeste, er noe vi forbinder med måling. Det viktige poenget med kvantitativ forskning er at et kvalitativt element logisk sett alltid går foran den kvantitative undersøkelsen av et fenomen. Kvantitative metoder er dermed alle typer undersøkelser som produserer meningsfullt tallmateriale om menneskelige og sosiale forhold. Kvantiteten er en indikator på noe, mer enn det er sannheten om det, slik tall på det samfunnsvitenskapelige området ofte vil være (Nyeng, 2012).

Kvalitativ forskning er fellesnavnet på ulike metoder som benyttes for å identifisere og beskrive kvaliteter ved sosiale fenomener. Kvalitativ forskning har sjelden som mål å bygge eller teste allmenngyldig teori. Derimot er ofte selve forståelsen av et fenomen, en hendelse eller en case et selvstendig mål. I kvalitativ forskning arbeider man med rikholdige skriftlige eller muntlige kilder som gir forskeren tolkninger i form av ord. Skillet mellom kvalitativ og kvantitativ metode kan forstås som bruk av ulike verktøy til ulike formål (Nyeng, 2012).

Aadland (2011) sier at den kvalitative metode er subjektiv, induktiv, viser en helhet og dybde. Røttene til den kvalitative tilnærming grunnmodellen for tolking ligger i den hermeneutiske tradisjon. I kvalitative undersøkelser begynner datainnsamlingen nesten med en gang, og hoveddelen av arbeidet skjer etter det empiriske materialet er hentet inn. Aadland (2011) sier videre at vanligste innsteget i kvalitativ forskning, er at forskeren på forhånd har bestemt seg for et avgrenset område som oppmerksomheten konsentreres omkring.

Samfunnsvitenskapelig forskning klassifiseres som kvalitativ eller kvantitativ etter hvilken form for innsamling og analyse av data som benyttes.

En kvalitativ metode er ikke av bedre kvalitet enn kvantitative metoder. Nyeng(2012) sier at det ikke ligger en verdimeessig bedømmelse i betegnelsene kvalitativ og kvantitativ.

Jeg har i denne oppgaven brukt kvantitative søk for å finne både kvantitativ og kvalitativ forskning og teori på området.

2.2 Søkeord og utvelgelse av litteratur

Jeg har etter beste evne prøvd å ikke la min forforståelse influere mitt valg av litteratur. Likevel vil mine tanker om området påvirke litteratursøket. For eksempel kan søkeord og nettsteder jeg bruker påvirke hvilken litteratur jeg finner.

Vitenskapshistorien har vist at total objektivitet ikke synes å være oppnåelig. En større eller mindre grad av subjektivitet vil alltid gjøre seg gjeldene gjennom den eller de personene som samler inn og fortolker data, og de som leser og kategoriserer tekster (Garsjø 2001:125).

Dalland (2012) sier at internett gir en nesten ubegrenset mulighet til å søke etter litteratur, men faren er at vi kan komme til å drukne i informasjon. Det er derfor viktig å utarbeide kriterier som kan begrense søkingen.

Jeg har brukt søkeordene *psykisk helse*, *psykiatri*, *kommune*, *opptrappingsplan*, *samhandlingsreformen* og *kommunereformen* i mitt litteratursøk. Dette er kvantitative søk gjort på databasene *Idunn via Oria* og *Norart*. Disse databasene er tilgjengelige – og anbefalt, via biblioteket på Høyskolen i Molde.

Disse søkeordene begrenset søket mitt i stor grad, og ved å bruke alle samtidig fikk jeg dermed ingen treff. Flest treff ble funnet ved å bruke psykisk helse og kommune, samt psykisk helse og opptrappingsplan. Ved å variere mellom hvilke ord jeg brukte sammen, fikk jeg endel treff samtidig som jeg begrenset litteraturstrømmen. Jeg har valgt å se bort ifra alle utenlandske kilder, med tanke på min innskrenking av oppgaven.

I søkene har jeg først og fremst søkt etter artikler som er fagfellevurderte.

Dalland (2012) sier at artikler som publiseres i de vitenskapelige tidsskriftene gjennomgår en mye strengere kvalitetssikring enn i fagtidsskriftene. Det stilles bestemte krav til innhold og form i et vitenskapelig tidsskrift. Artikkelen gjennomgår det som kalles fagfellevurdering, noe som betyr at de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet.

Ved å søke etter artikler, har jeg og kommet over bøker som kan være relevante. Noen av disse kommer opp via artikkelsøk på *Oria*, mens andre har stått i artiklenes litteraturlister.

Ansatte ved bokhandelen på Høyskolen har og vært behjelpelige. Ved å bruke mine søkeord i sitt datasystem har de vært til stor hjelp for å finne relevante publikasjoner. Blant annet “psykisk helse som kommunal utfordring”(2012) skrevet av Schjødt, Britt Randi Hjartnes, Anne Kari Hoel og Ragnhild Onsøyen.

Jeg har og søkt etter forskning på området, og da i hovedsak brukt *Møreforskning* og *SINTEF*s nettsider. Der har jeg blant annet funnet en analyse av kommunereformens betydning for lokalt folkehelsearbeid.

Jeg har lest forskjellig litteratur, som gjør at jeg føler at jeg har fått et bedre perspektiv på kommunenes utfordringer. Jeg har deretter valgt ut den litteraturen jeg mener er mest relevant for min oppgave og som kan være med på å gi et helhetlig bilde av situasjonen i psykisk helsearbeid i kommunene.

2.3 Kildekritikk

Alt som kan bidra til min oppgave er kilder.

Aadland (2011) sier at man ikke underordner seg vitenskapens påstander fordi de har vitenskapelig autoritet.

Den eneste tvingende grunnen er gyldigheten og sannheten i argumentasjonen -og dette kalles kritisk fornuft. Status og rolle skal ikke påvirke avgjørelser –bare kraften i argumentasjonen (Aadland, 2011: 21).

Ut i fra Aadlands (2011) forklaringer ser jeg at jeg både bør og kan sette spørsmålstegn ved forskning og ulike artikler jeg leser. Dette er vanskelig da jeg anser de ulike forskere og forfattere som eksperter på sitt felt, og dermed som autoriteter jeg må underordne meg.

I arbeidet med kilder og kunnskap skilles det gjerne mellom informasjon og kunnskap. Informasjonen er knyttet til opplysninger der riktigheten ikke alltid er fastslått, mens kunnskap er kontrollerte opplysninger (Dalland, 2012).

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Dalland (2012) sier at dette betyr å vurdere og å karakterisere de kildene som benyttes. Han sier videre at

kildekritikk er et samlebegrep for metoder som brukes for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Kildekritikken skal vise at jeg er i stand til å forholde meg kritisk til det kildematerialet jeg bruker i oppgaven, og hvilke kriterier jeg har benyttet under utvelgelsen. Det betyr videre å kunne karakterisere den litteraturen som er benyttet. Jeg skal ikke opphøye meg til dommer over forskningsarbeidet bak en rapport eller bok. Så godt jeg kan, skal jeg vurdere i hvilken grad teoriene og resultatene jeg har funnet lar seg bruke til å beskrive min problemstilling (Dalland, 2012).

Fossum & Meyer (2008) skriver at det skilles mellom primære og sekundære kilder. Primærkilder er førstehåndskilder, som står nærmest den historiske virkeligheten, mens sekundærkilder er fremstillinger som bygger på primærkilder.

Jeg har i min oppgave tilstrebet å bruke primærkilder, men jeg har og noen sekundærkilder. Ved bruk av sekundærkilder har jeg hatt et kritisk blikk for feiltolkninger og unøyaktigheter.

2.3.1 Reliabilitet og validitet

En del av arbeidet med bachelorprosjektet har vært å finne og anvende kilder, som kunne være med på å gi meg svar på mitt forskningsspørsmål, samt å reflektere over troverdigheten og påliteligheten i kildene. Jeg har og sammenlignet litteratur som har forsket på samme tema.

Med pålitelighet mener vi kort og godt at opplysningene i kildematerialet er holdbare – at de stemmer med virkeligheten. Med troverdighet mener vi derimot at personene som presenterer kildematerialet, opptrer på en måte som gjør at vi tror på henne (Fossum og Meyer 2008:62) .

Reliabilitet er nøyaktighet, eller målesikkerhet, i en undersøkelse.

Nyeng (2012) sin forståelse av holdbarhet i data forklarer at for at en empirisk undersøkelse skal ha god kvalitet, er reliabilitet bare en av betingelsene.

Reliabilitet handler om hvor robust en undersøkelse eller en konkret måling er, om dataene er tillitvekkende eller til å stole på. Reliabilitet er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for god forskning (Nyeng, 2012).

Validitet er gyldigheten i data. Begrepsvaliditet er at man undersøker det fenomenet man ønsker å undersøke, og ikke noe annet. Empiriske data har verdi selv om de ikke er 100% gyldige, ettersom man sjelden oppnår fullkomment valide resultater. Når man innhenter data vil man aldri være sikker på at man ikke samtidig får med noe mer og annet som gjør dataene urene (Nyeng, 2012).

Kilde brukes som opphav til kunnskap, men ikke alt som presenteres er like holdbart. Når kilden er funnet, må den vurderes både i forhold til kvalitet og relevans for mitt arbeid. Til dette trenger man informasjonskompetanse (Dalland, 2012).

Informasjonskompetanse defineres som en samling ferdigheter som gjør en person i stand til å identifisere når informasjon er nødvendig, og som setter vedkommende i stand til å lokalisere, vurdere og effektivt anvende denne informasjonen (Dalland, 2012:63).

2.4 Feilkilder

Under oppgaveskrivingen må jeg tenke på de ulike feilkildene jeg kan møte på. Et eksempel er dersom fagstoffet er gammelt og utdatert.

Siden oppgaven omhandler reformer og lovverk av nyere dato, har jeg spesifikt søkt etter teori om psykisk helse som er av nyere dato, helst nyere en fem år. Generell teori kan være eldre, men jeg har tilstrebet at all teori i oppgaven ikke skal være gamlere enn ti år.

Lovtekster endres, og dermed kan noe av litteraturen jeg bruker gi et feil bilde av tilstanden. Fagbøker blir utgitt i nye opplag, der teksten kan være endret for å tilpasses dagens samfunn. Dersom jeg bruker de eldre utgavene, er muligheten for at min oppgave gir et feil- og utdatert svar på problemstillingen min stor.

En annen feilkilde er min forforståelse.

Bie (2012) sier at i en refleksjonsprosess er det meg selv og mine motiver, handlinger, tanker og følelser jeg skal konsentrere meg om, og at det har lite for seg å spekulere over

andres væremåte. ”Når du forsøker å forklare andres adferd ut fra det du observerer, er det en vanlig feilslutning å tillegge det andre mennesket egenskaper det ikke har”

(Bie, 2012:52).

Dette ser jeg er direkte overførbart fra tanker om menneskers adferd, til mine tanker om temaet psykisk helse. Det er lett å ta med mine tanker inn i tolkningen av fagstoffet, og dermed få en konklusjon som stemmer overens med min forforståelse.

2.5 Vitenskapelig forståelse

Nyeng (2012) omtaler grunnstammen i all vitenskap som at man etter den naturvitenskapelige revolusjon gikk bort fra å forklare ting med Guds inngripen, eller andre usynlige krefter. Det vitenskapelige arbeidet forankres i det som positivt lar seg observere og teste. Dette er kjernen til det som kalles positivismen, en vitenskapelig skoleretning som vektlegger empiriske oppdagelser og bruk av fornuft.

I følge den positivistiske vitenskapsteorien finnes det rene erfaringsdata som kan sikre at kunnskap blir objektiv og verdinøytral, og teori bygget på slike data erstatter oppfatninger basert på spekulasjoner, følelser og overtro (Nyeng, 2012:45).

Dette understøttes av Aadland (2011) som sier at positivismen er den objektive fagkunnskapen. Den bygger på en forståelse av at det ikke fins noe bak eller ved siden av det sansbare og empirisk gitte. ”Det du ser er det som er” (Aadland, 2011:126).

I vårt arbeid med mennesker blir vi som fagpersoner en del av en hermeneutisk sirkel. I Røkenes og Hansen (2002) defineres hermeneutikk som utlegging av forforståelse, meddeling av det forståtte gjennom tale. Vi forstår andre på bakgrunn av egne erfaringer, følelser og tanker.

Dalland (2012) sier at hermeneutikken handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens, og at denne tilnærmingen derfor er viktig for alle som forbereder seg til å jobbe med mennesker.

Dalland (2012) sier videre at ”den hermeneutiske spiral” (vedlegg 1) illustrerer noe som aldri tar slutt, men som stadig utvikles. ”*Dette handler om tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse*”.

Dette er slik jeg ser for meg arbeidet med denne oppgaven. Jeg ser på hermeneutikken som en metode for, gjennom refleksjon og tolking, å kunne oppnå en forståelse for det tema jeg har valgt å skrive om. Ved hele tiden å gå i en spiral mellom tolking- og forforståelse til forståelse.

Dette vil og være en forutsetning for min videre yrkesutøvelse som kommende vernepleier.

2.6 Forforståelse

Aadland (2011) sier at noe av det mest avgjørende perspektivet fra hermeneutikken for en oppgaveskribent, er oppmerksomheten på hvilken rolle forforståelsen spiller. Egne perspektiver og premisser vil alltid utgjøre konteksten man selv er rammet inn av. Dermed vil egenrefleksjoner i høy grad være relevant innledning til analysen og tolkingen av materialet.

Min forforståelse hva angår problemstillingen, er mer i den negative retningen. Jeg er usikker på om kommunene har de rette kvalifikasjonene tilgjengelig, slik at brukerne får den hjelpen de behøver. Jeg tror heller ikke at de fleste kommunene har økonomi til å makte å behandle, samtidig som de driver forebyggende arbeid.

Bie (2010) sier at reaksjoner kan skyldes bevisste eller ubevisste oppfatninger, overbevisninger, verdier, holdninger, selvinstruksjoner, tolkninger eller følelser jeg har overfor meg selv eller andre – og det er dette som kalles forforståelse.

Dette underbygges av Dalland (2012) som sier at våre fordommer eller vår forforståelse alltid er med inn i en undersøkelse. Dermed har vi en mening om et fenomen før vi undersøker det.

Dalland (2012) sier videre at selv uten å ville det er det alt for lett å la seg påvirke til å bare se det som kan bekrefte vår forforståelse, og at for å motvirke dette bør vi lete etter det som kan avkrefte våre forforklaringer.

Når vi har klargjort for oss selv hvilke tanker vi har om fenomenet på forhånd, er det lettere å lete etter data som eventuelt kan avkrefte de forklaringene av fenomenet som vi selv har funnet i forkant av undersøkelsen (Dalland, 2012:118).

Mye av denne negativiteten jeg kjenner på er nok påvirket gjennom media, som ofte har store oppslag der psykisk helse og rus får heller slett omtale. Mediedekningen er etter min mening lite nyansert. Er det virkelig så ille som det ser ut i media? Jeg er usikker, men har i tankene at det ofte er de som roper høyest som blir hørt. Dette er antakelig de som har opplevd svikt i tilbudet. De andre, de som er fornøyde, er usynlige...

Jeg ser og at hjelpeapparatet ikke går ut i særlig stor grad for å forsvare tilbudene de yter. Bunner dette i frykt for å bryte taushetsplikten, eller vet de at de er på gyngende grunn?

3.0 Teori

I denne delen har jeg først og fremst funnet teori på kommunenes ansvarsområder innenfor psykisk helsearbeid. Deretter har jeg funnet hva noen av de ulike reformene sier om kommunenes ansvarsområder.

3.1 Kommunalt ansvar innenfor psykisk helsearbeid

Psykisk helse i kommunene reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven som sier at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse – og omsorgstjenester. Dette omfatter forebygging, kartlegging, behandling rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient bør ikke pasienten henvises til spesialhelsetjenesten (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, A).

Psykisk helsearbeid i kommunene dreier seg om tilgjengelig fagkompetanse for innbyggerne og tilbud om rask psykisk helsehjelp der folk bor. Det handler om å oppdage og korrigere uønsket utvikling tidlig i livsløp og i sykdomsforløp. Men like mye dreier det seg om å legge forholdene til rette for positive utviklingsforløp i befolkningen, å bygge opp under trivsel og tilpasning, og å styrke innbyggernes egne muligheter til å hjelpe seg selv (Schjødt med flere, 2012:17).

Schjødt med flere (2012) sier at kommunenes lovpålagte oppgaver er et svært sammensatt ansvarsfelt som spenner fra helseovervåkning til helsefremmende, forebyggende og kurativt arbeid. Dette fordrer at arbeidet organiseres effektivt og at ressursene utnyttes godt. I Samhandlingsreformen (2008-2009) sier regjeringen at tjenestene skal være tilgjengelige, framstå som helhetlige og sette brukerne i sentrum.

Schjødt med flere sier at det stadig utgis stortingsmeldinger, retningslinjer, rundskriv, veiledere, offentlige utredninger og andre publikasjoner som har til hensikt å forankre,

fordele ansvar og definere innhold i ulike tjenester i hver kommune, og mellom kommuner, fylkeskommuner og staten.

3.1.1 Kommunens organisering av psykisk helsearbeid

Schjødt med flere (2012) sier at egenskaper ved kommunene vil påvirke aksjonsmulighetene, og ulike debatter rundt alt fra kommunesammenslåing til interkommunale løsninger diskuteres for å møte brukernes behov.

Små kommuner kan ofte ikke tilby samme fagmiljø som større kommuner kan. Schjødt med flere (2012) sier videre at helsetjenestenes splittes i ”psykisk” og ”somatisk”, på tross av flere forsøk på å forene begrepene. Dette vanskeliggjør kommunenes intensjoner om å anlegge en helhetlig tilnærming og realisere visjonen om sømløse, samordnede tjenester. Psykisk og fysisk helse går på tvers av kommunens etater og virksomhetsområder.

Kommunene må forholde seg til 17 departementer som forvalter ulike lovverk som gir føringer og rammer for kommunenes tjenesteorganisering. Schjødt med flere (2012) påstår at det til dels er vanntette skott mellom departementenes nedslagsfelt som påvirker kommunenes handlingsrom og dermed bidrar til fragmentering av tjenester ut til innbyggerne. Brukerne kan på sin side oppleve kommunens tjenester som byråkratiske, lite effektive og lite brukervennlige.

Med økt ansvar og bredere arbeidsfelt i kommunene, øker også behovet for flere og ulike kompetansemiljøer. Schjødt med flere (2012) sier at større virkefelt, mer proaktivt og forebyggende helsearbeid og styrket behandlingstilbud fordrer mange typer kunnskap. Krav til kvalitet i tjenestene må imøtekommes.

Samhandlingsreformen sier at vi i dag ikke har gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, B).

3.2 Kommunereformen om psykisk helsearbeid

I følge Kommunereformen (2014-2015) ønsker Regjeringen å gi kommunene større frihet til å prioritere og tilpasse velferdstilbudet til innbyggernes behov. ” Dette vil styrke lokaldemokratiet og vil også gi en mer effektiv ressursbruk innenfor begrensede økonomiske rammer”.

Målene for kommunereformen er gode og likeverdige tjenester til innbyggerne, helhetlig og samordnet samfunnsutvikling, bærekraftige og økonomisk robuste kommuner og styrket lokaldemokrati (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, A).

Kommunens ansvar innenfor psykisk helsearbeid omfatter i følge Kommunereformen (2014-2015) forebygging, kartlegging, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Kommunereformen (2014-2015) sier videre at dersom kommunene selv kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient bør ikke pasienten henvises til spesialhelsetjenesten. Dette forutsetter at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet, slik at helsehjelpen kan utøves forsvarlig.

Kommunereformen (2014-2015) sier at etter den omfattende omstillingen gjennom Opptappingsplan for psykisk helse (1998-2008) økte behandlingsaktiviteten betraktelig, og det fortsatte den med i årene etter dette. Hovedelementene i Opptappingsplanen (1998-2008) var utbygging av DPS og generell omlegging fra døgn- og institusjonsbehandling til større innslag av polikliniske og ambulante tjenester. Målet var å nå flere med et bredere tilbud tilpasset brukernes individuelle behov.

Ekspertutvalget for kommunereformen skriver i sin sluttrapport at det både er fordeler og ulemper ved å overføre ansvar og oppgaver innenfor det psykiske helsevernet til kommunene. Utvalget peker på at kommunen og spesialisthelsetjenesten yter samtidige tjenester til mennesker med sammensatte lidelser, og mener ut i fra dette at det kan være store fordeler med å overføre ansvaret for psykiske helsetjenester til kommunene.

Departementet foreslår å opprette en forsøksordning med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse (Kommunal – og Moderniseringsdepartementet, A).

3.2.1 Psykisk helsevern- spesialisthelsetjenesten

I følge Kommunereformen (2014-2015) består spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern for voksne av desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS), mer spesialiserte sykehusavdelinger og privatpraktiserende avtalespesialister. DPS vil være første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten.

Med psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten menes undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, jf.lov om psykisk helsevern § 1-2. Loven regulerer tjenester som drives av regionale foretak, helseforetak, private avtalespesialister eller andre som har avtale med regionale helseforetak. Loven regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling (Kommunal – og Moderniseringsdepartementet, A).

3.3 Samhandlingsreformen om psykisk helse

Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse og sosialtjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, B). Regjeringen sier videre at gode helhetlige pasientforløp i større grad enn i dag bør bli en felles referanseramme for alle aktører i helse –og omsorgstjenesten.

Forløpstenkningen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad. Gitt de utfordringer som helsetjenesten

står overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvaret som befolkningen må ta for egen helse.

(Helse- og omsorgsdepartementet:2014-2015, B).

Regjeringen vil med samhandlingsreformen etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Videre skriver regjeringen at kommunenes rolle vurderes endret slik at de i større grad en i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser.

Samhandlingsreformen ble iverksatt 01.01.2012, og perioden varte fram til 01.01.2016. Etter denne innføringsperioden har *“Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen”* kommet med en del kommentarer til de ulike punktene i Samhandlingsreformen.

3.3.1 Pasientforløp og pasientrolle i Samhandlingsreformen

I Samhandlingsreformen (2008-2009) sier Regjeringen at sett fra pasientens ståsted, er det neppe særlig viktig om ansvaret for tjenestene er delt mellom en kommunehelsetjeneste og en spesialhelsetjeneste. Målet må være en ”helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingkjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvaret”

(Helse- og omsorgsdepartementet, B:48).

I Samhandlingsreformen (2008-2009) legges det vekt på at ved behov for koordinerte tjenester, er ikke gode deltjenester bra nok. Sammensatte helse- og omsorgstjenester forutsetter god samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dårlig eller manglende samhandling vil gi pasienten en opplevelse av fragmenterte og uoversiktlige tjenester. Dermed blir pasienten den tapende part.

I arbeidet med Samhandlingsreformen gjennomførte Helse- og sosialdepartementet et prosjekt, der det ble forsøkt å utvikle en felles forståelse av hva som er de sentrale

forløpene på noen ulike sykdommer. Målet var å utvikle standardiserte pasientforløp, med gode pasientforløp/ behandlingsskjeder, der pasienter står i sentrum.

Samhandlingsreformen (2008-2009) sier etter dette prosjektet at *“psykisk sykdom og rus viser kompleksiteten på områder der samhandlingsbehovet kan strekke seg ut over helse- og omsorgssektoren”*. Dermed krever samhandlingen et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller forvaltningsnivå.

Samhandlingsreformens verdimeslige utgangspunkt er at det skal tilstrebes at de ulike oppleggene for pasientmedvirkning i størst mulig grad er forankret i det helhetlige pasientforløpet. Det er pasientens behov som er utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestens eksistens. Det vil stride mot dette utgangspunktet dersom ikke tjenestene, både på individ og systemplan, viser vilje til å fange opp hva som er pasientens forståelse av sitt behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, B: 47).

3.4 Riksrevisjonen - om innføring av samhandlingsreformen

Riksrevisjonens rapport *“Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen”*, viser at ansvarsfordelingen er utydeligere mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på psykisk helseområdet enn innen somatikken.

Mens nær alle kommunene mener at samarbeidsavtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for de utskrivningsklare somatiske pasientene, mener under halvparten av kommunene at avtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter innen psykisk helse og rus. Når oppgave- og ansvarsfordelingen ikke er klargjort, er det en betydelig risiko for at pasientene ikke får helhetlig og koordinert behandling. Dersom intensjonene med samhandlingsreformen skal oppfylles, skal flere pasienter, også under psykisk helsevern og rusomsorg, behandles i kommunene. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at tilbudet til en utsatt gruppe ikke er styrket fire år etter at reformen trådte i kraft (Riksrevisjonen, 2015-2016).

Helseminister Bent Høie svarer på dette i en egen del av rapporten at “Pasienter med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet er en høyt prioritert gruppe for regjeringen. Derfor ble den gyldne regel gjeninnført ved regjeringsskiftet 2013”.

Den gyldne regel innebærer at veksten innen psykisk helse og rus skal være større enn veksten i somatisk sektor for spesialisthelsetjenestens vedkommende.

Høye mener videre at “det at kommunene ikke har økt sin personellinnsats innen psykisk helsearbeid de siste årene, gir ikke grunnlag for å slå fast at tilbudet i kommunene ikke er styrket” (Riksrevisjonen, 2015-2016).

Riksrevisjonens undersøkelser avdekker at ”*antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014*”.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det skyldes at det foregår en omstrukturering fra døgnbehandling ved sykehus til dagbehandling ved distriktpsikiatriske sentre (DPS).

Omstruktureringen betyr at en del pasienter mottar noen tjenester fra spesialisthelsetjenesten samtidig som de mottar tjenester fra kommunen i hjemmet. Reduksjonen i antallet heldøgns- plasser i spesialisthelsetjenesten har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Nesten 70 prosent av kommunene har bare i liten grad økt antall årsverk på rus- og psykiatriområdet, og bare hver sjettede kommune har i stor grad økt kompetansen på området (Riksrevisjonen, 2015-2016).

3.4.1 Om psykisk helse i samhandlingsreformen

I artikkelen ”Psykisk helse i samhandlingsreformen” har Kullerud med flere (2013), sett på samhandlingsreformens intensjoner. De sier at på tross av de gode intensjonene har mangel på effektive økonomiske og organisatoriske virkemidler ført til flere bekymringsfulle utviklingstrekk. Blant annet blir nedbyggingen av tilbud i spesialhelsetjenesten, uten at det bygges opp tilstrekkelige lokale tilbud, sett på med stor uro. Dette skaper et gap mellom behov og tilbud. De mener og at forebyggende arbeid nedprioriteres og at brukervedvirkningen fortsatt står svakt. Mental Helse får ofte henvendelser fra personer som er fortvilet over ikke å få den hjelpen de trenger.

Kullerud med flere (2013) sier og at ambisjonene i samhandlingsreformen samsvarer godt med Mental Helses politikk, og at dersom målene med reformen oppfylles, betyr det at tilbudene i kommunene blir bedre. Det blir da lettere for de med psykiske helseplager å få hjelp lokalt.

Dessverre ser en at mindre kommunal ressursbruk på psykisk helse, samtidig med et økt ansvar i kommunene fører til at forebyggende arbeid blir nedprioritert. I SINTEFs omfattende evaluering av samhandlingsreformen rapporterer de at *”kommunale tjenester rettet mot psykisk helse bruker nesten alle ressursene sine på svært syke mennesker, med omfattende og sammensatte behov, som ofte har et begrenset tilbud i spesialhelsetjenesten”*.

Videre i rapporten sies det at kommunene mener forebygging er en viktig prioritering, men at det ikke er nok resurser til det (Sintef.no).

SINTEF sier videre at befolkningen vokser, trenden er dermed at stadig færre årsverk per innbygger går til psykisk helsearbeid i kommunene. Befolkningsveksten følges altså ikke opp med flere årsverk.

I SINTEFs rapport om Samhandlingsreformen, tar de opp noen av hovedutfordringene. Deriblant mangelfull boligsituasjon, der det meldes om økende behov for heldøgns omsorgsbolig, andre boliger med eller i nærhet til døgnbemanning, botilbud til mennesker med ROP-lidelser og bofellesskap.

Samtidig nevnes mangelfullt samarbeid og felles forståelse av lovverk, roller og ansvar med spesialisthelsetjenesten, mangel på reell brukervedvirkning, mangel på dag/aktiviseringstilbud – og en meningsfull hverdag, manglende kompetanse knyttet til ROP-lidelser, manglende kartleggingsverktøy for utvikling av handlingsplaner og manglende ressurser til å følge etterspørselen.

SINTEF sier også noe om hvem det er vanskelig for kommunene å hjelpe. De nevner brukere med ROP lidelser, mennesker med alvorlig psykiske lidelser som ikke ønsker tilbud, alvorlige psykiske lidelser, brukere som har problemer med utagering eller vold, brukere med personlighetsforstyrrelser, de som ikke møter til avtaler, de som har behov utenfor kontortid, de som ikke ønsker tjenester, brukere med sammensatte utfordringer som krever mange aktører, andre -som for eksempel flykninger, asylsøkere, brukere med autismelidelser og voldsutsatte.

3.5 ”Fremtidens primærhelsetjeneste”

I mai 2015 la Helse- og omsorgsdepartementet fram en tilråding for hvordan den fremtidige primærhelsetjenesten skal se ut. I denne rapporten gir regjeringen tydelig uttrykk for at de ønsker en endring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen sier her at ”de vil skape pasientens helsetjeneste, der pasientens behov settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten.” (Helse- og omsorgsdepartementet, C:9).

Samhandlingsreformens utfordrings- og målbilde er bredt forankret i Stortinget. Med reformen har kommunen fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Denne rollen krever en annen kommunestruktur en vi har i dag. En ny kommunestruktur der kommunene blir større og mer kompetente, vil gjøre kommunene bedre istand til å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i tråd med dagens og fremtidens behov (Helse- og omsorgsdepartementet, C).

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) sier at psykiske plager og rusproblematikk er blant de største helseutfordringene i Norge. Videre sier de at området har vært høyt politisk prioritert over lengre tid ved utforming av egne opptrappingsplaner, stortingsmeldinger og satsninger. Likevel er behovet for forbedringer stort.

For å understreke kommunens ansvar overfor personer med psykisk sykdom og rusmiddelproblem, ble disse bruker- og pasientgruppene særskilt nevnt i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudene skal være forsvarlige og likeverdige over hele landet. Likevel beskrives det store forskjeller i tjenestetilbud til psykisk syke og personer med rusmiddelproblem fra kommune til kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, C).

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) vil gjennom sin tilråding styrke tjenestetilbudet til personer med psykiske helseutfordringer og rusproblemer. Dette skal gjøres blant annet ved å innføre krav om psykologkompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dette vil bidra til en nødvendig kompetanseheving i kommunene og samtidig være et verktøy i folkehelsearbeidet.

Tydeliggjøring av kommunens ansvar for å gi forsvarlige tjenester, vil blant annet gjøres ved å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det poengteres og at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgntilbud også omfatter brukere med psykisk helse- og rusproblematikk.

Om en legger alle evalueringer, rapporter og avisartikler oppå hverandre, kan en bli sittende igjen med et inntrykk av at ingen med psykisk helse- eller rusproblemer får det tilbudet de har rett til og behov for i kommune-Norge. Slik er det selvsagt ikke. Mange kommuner har et godt tjenestetilbud til sine innbyggere, og mange steder fungerer samarbeidet mellom spesialhelsetjeneste og de kommunale helse- og omsorgstjenestene bra (Helse- og omsorgsdepartementet, C: 114)

I ”fremtidens primærhelsetjeneste” (Helse- og omsorgsdepartementet, C) sier regjeringen at selv om pasienter som mottar behandling i psykisk helsevern har økt kraftig samtidig som antall døgnplasser er redusert, lar det seg ikke underslå at omleggingen av psykisk helsevern har medført at kommunene har fått større ansvar for flere brukere med omfattende psykisk helse- og rusproblematikk. Tilsvarende har behovet for kommunale tjenester økt. Regjeringen poengterer her at en forklaring kan være at selv om kommunene hele tiden har hatt ansvar for denne gruppen, har mange i stor grad mottatt sine tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen (2015) tydeliggjør videre i denne rapporten at mennesker med alvorlige psykiske helse- og rusproblemer i dag får i for liten grad sammenhengende og koordinerte tjenester. Dette går deretter på bekostning av helse, tilfriskningspotensial og livskvalitet for den enkelte.

3.6 Lovverk

Her nevnes noe av lovverket som regulerer kommunenes arbeid med psykisk helse.

Merk at Lov om psykisk helsevern ikke er nevnt, da denne regulerer spesialhelsetjenestens arbeide og ikke i hovedsak kommunen.

3.6.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i Prop.91 L (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m ”..en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven” (Helse- og omsorgsdepartementet, E). I tillegg ble endring i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven foreslått.

Denne loven trådte i kraft 01.10.2015 og var en oppfølging av Samhandlingsreformen, som blant annet bygger på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester. Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tydeliggjorde kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester, uten å samtidig pålegge kommunene en bestemt måte å gjennomføre disse tjenestene på.

Helse- og omsorgstjenesteloven sier blant annet at;

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, E)

3.6.2 Folkehelseloven

Folkehelsearbeid er sektorovergripende og omfatter tiltak i ulike sektorer.

Formålet med folkehelsearbeid er å:

...bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (folkehelseloven).

Schjødt med flere (2012) sier at i folkehelseloven tydeliggjøres kommunens overordnede ansvar og planlegging av helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid på alle arenaer og sektorer i kommunen. *”Myndighetene forventer altså større innsats fra kommunene for å forebygge helseproblemer i befolkningen”* (Schjødt med flere 2012:21).

3.6.3 Pasient og brukerrettighetsloven

Denne loven ble sist endret 01.11.2015, og har som formål å *”...bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten”* (pasient og brukerrettighetsloven).

Videre skal lovens bestemmelser *“..bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd”* (Pasient og brukerrettighetsloven).

3.7 Endringer i rammebetingelser

Ramsdal (2013) sier i artikkelen *”statlige reformer og lokal iverksetting- hva betyr det for psykisk helsearbeid?”* at de skiftende regjeringer har tatt initiativ til omfattende statlige reformer og satsinger på helse- og sosialfeltet.

Et generelt trekk er at forvaltningspolitikken har hatt som intensjon å avvikle detaljstyring, hierarkisk kontroll og unødvendig byråkrati. Dette nevner Ramsdal (2013) som en paradoksal situasjon, *”siden en tradisjonelt har ment at en statlig styrt velferdsreform forutsetter sterke statlige virkemidler for å oppnå ønskede resultater.”* Ramsdal (2013) sier videre at perspektivene på dette paradokset vil være svært ulike. Noen vil se kommunene som instrumenter for gjennomføring av på forhånd klart definerte oppgaver, mens andre ser kommunens frihet til å utforme tiltak og tjenester i tråd med lokale forutsetninger som vesentlig.

Samhandlingsreformen har som overordnet mål å fremme utviklingen av en samordnet og helhetlig tjenesteyting, samtidig som en skal redusere veksten i helseutgiftene gjennom styrking av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Ramsdal (2013) sier at når det gjelder økonomiske virkemidler, benyttes *”relativt raffinerte incitament snarere enn øremerking. Dette gjelder spesielt for ordningen med kommunal medfinansiering og finansieringsformen for utskrivningsklare pasienter”* (Ramsdal, 2013:25)

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven har jeg drøftet de teoretiske funn opp mot min problemstilling

”Klarer kommunene å yte forsvarlige tjenester innenfor feltet psykisk helsevern?”

4.1 Kommunens organisering og utførelse av psykisk helsearbeid

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) sier at psykiske plager og rusproblematikk er blant de største helseutfordringene i Norge.

Ulland med flere ((2015) sier at de ulike reformene på psykisk helse-feltet primært har resultert i administrative, sammhandlende og geografiske endringer.

Er dette et tegn på at regjeringen ikke ser kommunens begrensninger, eller er det kommunene som er for rigide i sin arbeidsform – og dermed ikke klarer å omstille seg etter de nye reformene?

”Hjelpen må bringes nærmere brukeren” nevner Ulland med flere(2015:13) som et slagord i helsefeltet. Selv om det er enighet om innholdet i dette slagordet, er det ikke sikkert at enigheten er like stor når spørsmålet om hvor vi finner kunnskapsgrunnlaget for hjelpen skal besvares. Heller ikke når det kommer til hva hjelpen består i, hvem hjelperne er og hvor hjelperne bør lokaliseres.

Har kommunene den fagkompetansen og de resursene som skal til for å dekke dette behovet? Riksrevisjonen sier at reduksjonen i antallet heldøgns- plasser i spesialisthelsetjenesten ikke har blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Dette vil jeg anta fører til et gap mellom forespørsel- og kommunenes mulighet til å yte forsvarlige tjenester. SINTEFs (2015-2016) rapport viser til at en del kommuner oppgir ressursituasjonen innenfor psykisk helse slik at de kun kan gi et tilbud til de med størst hjelpebehov.

I følge Schjødt med flere (2012) vil kommunene, som følge av det stadig økende ansvaret og økt antall arbeidsoppgaver, møte flere dilemmaer; Hvordan kan etatene og tjenestene organiseres –og til beste for hvem? Hva innebærer godt psykisk og fysisk helsearbeid, og hvilke behov har innbyggerne i de enkelte kommunene? Vet kommunene nok om hvem innbyggerne er, i forhold til alderssammensetning, minoriteter, levekår og helse? Hvordan er det lurt å prioritere ressursene? Hvilken kompetanse trengs for å ta alt dette ansvaret?

I følge Kommunereformen (2014-2015) vil ikke de små kommunene klare dette ansvaret alene. Kommunesammenslåinger og interkommunalt samarbeid nevnes som mulige løsninger ”for at små kommuner skal kunne bedre robustheten overfor brukernes behov”.

Jevnt over vil ikke de små kommunene kunne tilby samme fagmiljø som store kommuner. Likevel er jeg usikker på om kommunesammenslåinger er veien å gå. Jeg tror at dersom intensjonene i Samhandlingsreformen overholdes, at første – og andrelinjetjenestene klarer å samarbeide til beste for brukerne, vil de fleste kommunene klare å opprettholde et godt tilbud innenfor psykisk helsearbeid. Dette forutsetter selvfølgelig at kommunene har de økonomiske rammene på plass, og klarer å utnytte ressursene på best mulig måte. Hvordan dette skal gjøres, tror jeg ikke det kan utarbeides en fasit på. Jeg tror at hver enkelt kommune må sette inn innsatsen der de ser behovet, og våge å tenke annerledes.

4.1.1 Lavterskeltilbud

Kommunene er som tidligere nevnt nå pålagt å jobbe både forebyggende og behandlende. Derfor er det viktig å ha ulike strategier for å komme tidlig inn i et behandlingsopplegg. Tiltakene vil variere veldig, noen er omfattende og dyre, mens andre koster lite i forhold til gevinsten. Schjødt med flere (2012) sier at lavterskeltilbud og lavterskeltiltak ofte er billigere og mindre omfattende enn et større behandlingstiltak.

En del pasienter/brukere er kritiske til å motta hjelp fra tjenesteapparatet, og de kan ha lite nytte av tradisjonelle tilbud. I følge Helsedirektoratet (2008) skjer kontakt med behandlere oftest i kriser, mens de ellers trekker seg fra kontakt og samarbeid. Lavterskeltilbud og ambulant virksomhet kan være et egnet tiltak overfor denne gruppen.

I følge Helsedirektoratet (2008) er lavterskeltilbud tilbud som gir direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandling, er billige eller gratis for bruker, er tilgjengelig for alle, settes inn tidlig i et behandlingsforløp, innbefatter kompetent personale med tanke på hjelpen som tilbys, har brukervennlige åpningstider, har høy grad av brukerinnflytelse, framstår som tydelig, seriøst og hensiktsmessig, samt er et tillitsvekkende sted for innbyggerne å henvende seg.

Schjødt med flere (2012) sier at behovene for tjenester, fagmiljøer og tiltak er i stadig endring, da de følger den demografiske sammensetningen i befolkningen.

Ut i fra dette ville jeg anta at lavterskeltilbud ville vært en viktig del av det kommunale psykiske helsearbeidet, da det favner bredt, og vil gi mulighet for tidlig inngripen dersom en ser en forverring i tilstanden hos bruker/brukere av tjenesten.

I Samhandlingsreformen (2008-2009) nevnes forebygging og tidlig innsats, med bruker i sentrum, som svært viktige faktorer i behandlingsforløpet. Likevel viser det seg at disse tilbudene blir kuttet først, da de ikke gir synlige gevinster med en gang. Som nevnt i teoridelen, er behandlingstilbud som gir rask virkning mest etterspurt av brukere og dermed de tjenestene det blir lagt mest innsats i fra kommunens side.

4.1.2 Livskvalitet

Eknes og Løkke (2009) sier at definisjonen på livskvalitet varierer i de ulike fagmiljøene, og at det ikke fins en felles definisjon. De velger å konkretisere begrepet slik;

Livskvalitet er et bredt begrep som på en kompleks måte omhandler personens fysiske og psykiske helse, grad av selvstendighet, sosiale relasjoner, individuell tro, tilgang på tilfredsstillende og mulighet til å innvirke på sine omgivelser (Eknes og Løkke, 2009:31).

Schjødt med flere (2012) sier at psykiske reaksjoner og vansker ofte kan bedres med enkle tiltak. Godt kosthold, mindre rus, bedre søvn, sosialt samvær og bedre styring på egen

økonomi nevne som noen av tiltakene. I følge Schjødt med flere (2012) vil kroniske sykdommer og smertetilstander både påvirke og påvirkes tilsvarende av søvn, livskvalitet, aktivitetsnivå og opplevelse av stress.

Gundersen og Moynahan (2006) sier at livskvalitetsperspektivet også innbefatter et livsløpspektiv. Dette bygger på erkjennelsen av at meningsfulle endringer i en persons liv ofte krever flere års systematisk og målrettet innsats. Dette mener jeg er i tråd med, og støtter opp under, Samhandlingsreformens ønske om tidlig og langsiktig innsats innen forebygging og behandling.

Et annet viktig perspektiv i forhold til livskvalitet, er den materielle velvære. En tidligere nevnt faktor er styrerett over egen økonomi –og å styre denne på en god måte.

En bolig der en føler seg hjemme og trygg, er viktig for oss alle. I tilfeller der psykiske plager eller rus har pågått over tid, kan pasienten få økonomiske vansker, som dermed vil kunne påvirke personens mulighet til valg av bolig.

Rent sosioøkonomisk, sier Eknes og Løkke (2009) at utsatte grupper ofte ligger på det laveste nivået i samfunnet.

Jeg vil anta at hjelpeapparatet, ved å tilby hjelp til økonomiske spørsmål i en vanskelig livsfase, kan en lette noe på de psykiske plagene. Dette er et vanskelig tema, og jeg vil tro det er tøft både for behandler og pasient å skulle stå i en slik situasjon. Jeg mener likevel at behandlerne må våge å spørre, selv om økonomi er et personlig tema.

Dersom økonomien er dårlig etter lang tids sykdom eller rus, kan NAV tilby ulike økonomiske tiltak som arbeidsledighetstrygd, bostøtte, økonomisk veiledning, gjeldsrådgivning og andre tiltak.

Norsk helseinformatikk sier at mange som ikke klarer å holde orden på økonomien, får en form for økonomisk ubehag. Dette igjen kan føre til angstsymptomer, dårlig søvn og lav mestringsfølelse. Økonomiske problemer kan bli altoverskyggende og ikke bare en tilleggsbelastning. I enkelte tilfeller er også de økonomiske problemene årsaken til plagene i seg selv.

Jeg vil presisere at økonomiske vansker ikke behøver å ha noe med psykisk sykdom eller vansker å gjøre, men at det i flere tilfeller vil være en medvirkende faktor.

4.2 Kompetanse, arbeidstidsordninger og økonomiske rammevilkår

Etter innføring av Samhandlingsreformen har kommunene nå fått et større ansvar for utføring av helse- og omsorgstjenester.

Schjødt med flere (2012) sier at psykisk helsearbeid i kommunene handler om tilgjengelig fagkompetanse for innbyggerne. Det omhandler tilbud om rask psykisk helsehjelp der folk bor -og om å oppdage og korrigere uønsket utvikling tidlig i livsløp og sykdomsforløp.

Jeg ser av Samhandlingsreformen (2008-2009) at regjeringen har store forventninger til hva kommunene skal kunne utrette innenfor helse- og omsorgssektoren.

Riksrevisjonen (2015-2016) sier at dersom intensjonene med samhandlingsreformen skal oppfylles, skal flere pasienter, også under psykisk helsevern og rusomsorg, behandles i kommunene. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at tilbudet til en utsatt gruppe ikke er styrket fire år etter at reformen trådte i kraft. Riksrevisjonen sier videre at det er liten kunnskap om kvaliteten på tjenestene som ytes i kommunene.

Denne kvaliteten mener jeg styrkes ved å øke kunnskapen i kommunene. For å kunne øke kvaliteten i de ulike feltene må kommunene, etter min mening, utdanne personell innenfor den kompetansengrenen de har behov for- og som de mangler innad i kommunen.

Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen (2015) har i sin sluttrapport sagt at ”utdanningstilbudet i universitet og høyskoler må stå i samsvar med og møte utfordringene til både kommuner og helseforetak”. Her påpekes det et forbedringspotensiale som jeg anser som svært viktig i forhold til en kunnskapsheving. Dette innebærer at innholdet i utdanningene må endres i takt med forventede behov i tjenestene. Riksrevisjonen(2015) underbygger dette i sin rapport, der fokuset på kompetansestyrking i kommunene trekkes frem.

For å realisere intensjonene i Samhandlingsreformen kreves det systematiske tiltak. Å styrke kompetansen fordrer systematiske tiltak som gjør det attraktivt å jobbe i kommunene, og som utnytter og utvikler kompetansen til de eksisterende (Riksrevisjonen, 2015-2016: 25).

Jeg vil anta at kommunenes utvidede ansvarsområde og styrkede behandlingsansvar i seg selv kan være en motivator for å jobbe innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Likevel ser jeg at spesialhelsetjenesten nå skal bli enda mer spesialisert, og dermed mener jeg at denne faglige utfordringen og vil være et trekkplaster for fagpersoner som ønsker utfordringer og videre kompetanseheving. Jeg er derfor usikker på hvor avgjørende dette vil være for de ulike yrkesutøverne. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har etter min mening både utfordringer, stort ansvar og muligheter for kompetanseheving. Dermed er jeg usikker på hvilke tiltak som vil kunne gjøre kommunehelsetjenesten attraktiv for flere yrkesutøvere med rett kompetanse.

Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen sier i sin sluttrapport at den demografiske utviklingen betyr at både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestene i årene som kommer må *”yte flere og bedre tjenester med relativt sett færre ansatte”*. En organisasjonskultur preget av heltidsstillinger virker positivt både i forhold til kvalitet, pasientsikkerhet og rekruttering. *”Effekten av dagens arbeidstidsordninger må vurderes og nye arbeidstidsordninger utvikles for å sikre en heltidskultur. Dette vil kreve en større innsats nasjonalt”*.

Ut i fra dette vil jeg anta at målet må være å endre de arbeidstidsordningene vi kjenner i dag, og tenke nytt. Dette må antakelig vis til for å kunne møte alle utfordringene som vil komme.

Ut i fra den nevnte sluttrapporten, leser jeg videre at det er ønskelig med flere heltidsstillinger og færre personer i jobb. Dermed vil, etter min mening, en omorganisering tvinge seg fram. Jeg registrerer en endring i arbeidstider, når vi nå kan jobbe 12-timers arbeidsdager. Flere heltidsstillinger mener jeg vil sikre kontinuitet i tjenestene, og en større trygghet for pasientene. Hvordan dette skal organiseres vil bli spennende. Jeg tror ikke at lengre arbeidsdager vil passe for alle arbeidstakere, eller for alle arbeidsplasser.

Jeg vil anta at ulik livssituasjon og ulik tyngde på arbeidsoppgavene, vil spille en stor rolle i hvordan arbeidstakerne opplever en nyorganisering. Likevel vil nok en nytenkning innenfor både tjenestestruktur og arbeidstidsordninger tvinge seg fram etter hvert. Av erfaring vet jeg at flere arbeidsplasser sverger til små stillinger for å dekke personaletterspørselen på helg. Hvordan denne etterspørselen skal dekkes når stillingsprosentene skal økes, vet jeg ikke.

Hvordan dette skal skje videre har jeg ingen svar på, men det blir interessant å følge utviklingen.

Et annet perspektiv, som er like viktig, er den økonomiske muligheten kommunene har til å utføre alle tjenestene de er pålagt. Dessverre hjelper det ikke med kompetanse dersom de økonomiske rammene ikke er tilstede.

Samhandlingsreformen (2008-2009) sier at *”et sentralt element er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger”*.

Riksrevisjonen påpeker i sin rapport at dersom kommunene skal kunne ta ansvar for en større del av de samlede helse- og omsorgstjenestene, må finansiering være i tråd med oppgaveoverføringen- og det må etableres insentiv for at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene. De sier videre at disse insentivene ikke er tilstrekkelig tilstede ved rapportens utgivelse, og at dagens finansieringssystem ikke understøtter arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på en god nok måte.

Samhandlingsreformen påpeker at det har vært *”for liten sammenheng mellom kostnad og økonomisk gevinst hos aktørene”*. Et eksempel på dette er at økt vekt på forebyggende tiltak og oppgradering av kommunehelsetjenesten er en kostnad for kommunene, mens de bare delvis vil se gevinsten fordi den også vil framkomme i spesialisthelsetjenesten i form av færre sykehusinnleggelser.

Mange kommuner har etter innføringen av Samhandlingsreformen gradvis vridt innsatsen mot forebygging, men uten ressurstilgang er mange bekymret for hva en slik vridning vil

bety for personer med alvorlige psykiske lidelser. Disse pasientene forventes kanskje ikke å ha et stort rehabiliteringspotensiale, men har behov for habiliteringstjenester.

I Samhandlingsreformen (2008-2009) legges det opp til kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Dette setter kommunene i en ny situasjon ved at de *”kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom kommunal bruk av midlene”*.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten finansieres i hovedsak gjennom frie inntekter, det vil si skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten, men også ved enkelte øremerkede tilskudd, bidrag fra folketrygden og brukerbetaling (Helse- og omsorgsdepartementet B, 2008-2009: 101).

Regjeringen vil som sakt innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette vil Regjeringen finansiere ved å *”overføre deler av tilskuddene til de regionale helseforetakene som nå går direkte fra stat til regionale helseforetak over til kommunene”* (Helse- og omsorgsdepartementet B, 2008-2009:102). Dette tiltaket er ment som en bevisstgjøring på systemnivå for kommunene om kostnadene ved helsetjenester.

Det er viktig at en er bevisst på at det ønskede forebyggingsarbeidet vil ta lang tid, og kreve mye ressurser. Det vil og ta lang tid før tiltak settes inn og resultatene vises. Dette vil erfaringsvis koste mye penger for kommunene, uten at resultatene kommer i overskuelig framtid.

For brukergruppene i kommunen vil kanskje ikke resultatene av forebygging være så åpenbare. Jeg antar at en lettere merker resultat av en behandling, enten med medisiner eller en form for terapi. Dermed er jeg usikker på hvor mye kommunene er villige til å bruke på forebygging i sine budsjetter. Dette underbygges av Schjødt med flere (2012) som sier at *”helsefremmende og forebyggende virksomhet ikke er like synlig og etterspurt av den enkelte i befolkningen eller av interessegrupper”*.

Schjødt med flere (2012) sier videre at siden forebygging ikke er like etterspurt, får det ofte heller ikke like sterk betydning som det burde hatt lenger opp i beslutningssystemet. *”Erfaringsmessig vet vi også at om økonomien svekkes i kommunen, er det helsefremmende og forebyggende arbeid som mister midler”* (Schjødt med flere, 2012: 204).

4.3 Samarbeid og samhandling

Eknes og Løkke (2009) sier at samhandling baserer seg på gjensidig kunnskap og respekt for andres fag og arbeidsbetingelser. *”Hver enkeltes bidrag skal være en del av et hele”*.

Et poeng med samhandlingsreformen er bedre samordning mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men og mellom de ulike enhetene innad i kommunehelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten. Selv om dette er et av målene med Samhandlingsreformen, ser jeg at dette ikke er tilfelle på de fleste områder.

Samhandlingsreformen (2008-2009) sier videre at befolkningen forventer å møte en *”sømløs”* helsetjeneste der de kan *”krysse grenser mellom linjer eller avdelinger uten det oppstår kommunikasjons- eller koordineringsproblemer”*. Samhandlingsreformen (2008-2009) sier videre at flaskehalsen i behandlingsskjeder kan ofte forklares ut fra begrensede ressurser, forvaltningsskiller, rekrutteringsproblemer, spesialisering, profesjonsstrid, lovverk, holdninger eller kulturforskjeller. *”Ingen av disse systembaserte forklaringene gir fullgodt svar på hvorfor samhandling fungerer dårlig. Problemene skyldes sannsynligvis langt oftere svikt i prosesser og forskjeller i holdninger”*.

4.3.1 Samarbeid innad i kommunene

Schjødt med flere (2012) sier at både ansatte og ledere kan framstå som om *”de har en begrenset interesse for andre enheter og for helheten”*. Mye handler om tid, ressurser, lovverk om målstyring, men en del handler om samarbeid.

Samhandling skal prioriteres. Det er en utfordring for de ansatte og viktig for brukerne. Samhandling gjelder alle nivå. Det skal være god nok overordnet kunnskap til politikere som grunnlag for prioriteringer og beslutninger, gode nok helhetlige planer som tydeliggjør alle bidrag til helheten (Schjødt med flere, 2012:204).

Djupvik og Eikås (2002/2010) sier at i en organisasjon med flere spesialiserte enheter vil det være behov for samordningsmekanismer mellom enhetene, selv om det internt i den enkelte enhet kan være en stor grad av samordning. De sier videre at behovet for samordning som oftest springer ut fra en felles interesse eller gjensidig avhengighet.

Innad i kommunene finnes det flere enheter som driver med helsetjenester. Jeg antar at de fleste kommuner har både sykehjem, hjemmetjeneste, helsestasjon og psykisk helse. Innad i disse enhetene sitter det mange dyktige fagfolk som kunne hjulpet hverandre. Dessverre har jeg ikke funnet noe teori eller forskning på samhandling innad i kommunene. Dermed er min forståelse angående dette kun fra egen yrkeserfaring.

Min erfaring tilsier at den enkelte har liten kunnskap om hvilken kompetanse som befinner seg rundt i kommunens enheter. Dermed er det vanskelig å dra veksler på hverandres erfaringer og kompetanse. Jeg vil og anta at travle arbeidsdager hindrer samhandling. Ofte er den enkelte i kommunens helsetjenester så travel i sitt virke at det blir lite rom for samhandling på tvers av enheter. I teoridelen har jeg vist til Schjødt med flere (2012) som sier at *”kommunenes lovpålagte oppgaver er et svært sammensatt ansvarsfelt”*.

Dette underbygges i både Samhandlingsreformen (2008-2009) og i Kommunereformen (2014-2015).

I Kommunereformen (Kommunal og moderniseringsdepartementet, A) anbefales endringer i dagens kommunestruktur. Først og fremst gjelder dette små kommuner som bør bli større for å oppnå tilstrekkelig kvalitet i oppgaveløsningen. Dette gjelder spesielt innenfor spesialiserte tjenester som barnevern, PPT og helse. Dette vil ifølge kommunereformen styrke kommunenes handlefrihet og redusere Statens detaljstyring. Kommunereformen (2014-2015) sier videre at *”dersom kommunesammenslåing ikke blir løsningen, bør forpliktende samarbeid mellom ulike kommuner inngås, for å imøtekomme fremtidige krav”*.

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene allerede fått et større ansvar, og et utvidet ansvarsområde. Gjennom kommunesammenslåing mener Regjeringen at kommuner med 15000- 20000 innbyggere vil være istand til å overta enda flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Jeg ser poenget med styrking av kommuner gjennom sammenslåing. Det er dyrt å drifte mange små enheter, mens større enheter antakelig vis vil stå bedre rustet både i forhold til kompetent personale og økonomi.

4.3.2 Samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten

Siden kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er organisert ulikt - og driver med endel ulikt arbeid, vil jeg anta at en må kunne en del om den andre tjenesten for å klare å nyttiggjøre seg den andres kunnskap. Å vite hvor en kan finne den støtte en behøver kan være vanskelig. Er dette med på å skape barrierer i forhold til samhandling?

I følge Samhandlingsreformen (2008-2009) skal spesialisthelsetjenesten bidra med kompetanse ut til kommunene. Like viktig er kanskje det faktum at de og skal ta lærdom fra kommunene. Dette er et ”fenomen” som jeg enda ikke har opplevd. Etter min erfaring kommer spesialisthelsetjenesten innom for en vurdering, der de stiller seg som bedrevitende og uten interesse for å ta innover seg kommunenes kompetanse. Dette behøver ikke å være slik, dette er kun mine erfaringer.

Jeg har og opplevd at kommunehelsetjenesten ikke ber spesialisthelsetjenesten om hjelp fordi de er ”så bedrevitende”, og de mener de klarer de samme oppgavene selv.

Dersom dette er tilfellet, er et viktig mål oppnådd. Kommunene skal kunne behandle pasientene selv. Men dersom dette er resultat av en feilslått samhandling, vil jeg anta at det vil påvirke pasientenes tjenestetilbud i negativ retning. Muligheten for at noen ikke får det den har krav på er, etter min mening, i aller høyeste grad tilstede.

5.0 Avslutning

I avslutningen vil jeg presentere en kort konklusjon rundt min problemstilling. Deretter vil jeg reflektere rundt min læringsprosess og mine tanker rundt oppgaven.

Jeg har tatt for meg ulike reformer, lovverk og sluttrapporter i oppgaven, som til slutt har ledet meg til en konklusjon.

5.1 Konklusjon

Etter å ha drøftet de teoretiske funnene jeg har gjort, har jeg gjort meg noen tanker rundt dette temaet.

Min problemstilling er;

”Klarer kommunene å yte forsvarlige tjenester innenfor feltet psykisk helsevern?”

Ut i fra min problemstilling har jeg funnet en hel del teori, som har ledet meg til en konklusjon.

Jeg har funnet ut at etter innføringen av Samhandlingsreformen, har det blitt mer fokus på samarbeid på tvers av Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Derimot er jeg usikker på om dette fokuset er godt nok integrert i yrkesutøvelsen.

Jeg har funnet ut at de ulike sluttrapportene etter innføring av samhandlingsreformen, er kritiske til satsingen på psykisk helsearbeid. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen gis det korte behandlingsopphold ved de psykiatriske sykehusene og distriktpsykiatriske sentrene. Likevel blir ikke kommunehelsetjenesten oppbygd i tilstrekkelig grad til å kunne håndtere pasientene som nå skal behandles der.

SINTEF-rapporten “Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid” viser at dette har gitt en sterk økning i etterspørselen etter kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og vansker, uten at kommunene har fått mer penger til psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid favner et bredt pasientgrunnlag, alt fra lette depresjoner til tunge psykiatriske lidelser. Dermed vil en bred kunnskap om hele dette feltet være en forutsetning for forsvarlig drift av kommunenes psykiske helsearbeid. Kompetansen i kommunene vil da være avgjørende for tilbudene som ytes.

At førstelinjetjenesten kan lene seg på andrelinjetjenesten dersom det oppstår situasjoner der en ikke har tilstrekkelig kunnskap, ser jeg og som en forutsetning for å kunne levere forsvarlige tjenester. Det er min mening at samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste ikke er tilfredsstillende.

Gjennom kommunereformen ønsker Regjeringen kommunesammenslåinger for å få større og mer robuste kommuner. Dermed mener de at kommunene vil stå sterkere rustet til å ta over mye av det som spesialisthelsetjenesten gjør per i dag. Om dette er tilfellet, er jeg fortsatt usikker på. Svaret får vi vel ikke før vi får se konsekvensene av de kommunene som velger en sammenslåing. Jeg registrerer at media rapporterer en lunken mottakelse av denne reformen rundt om i landet, der flere kommuner verger seg for en sammenslåing. Videre er det nå flere samfunnsvitere som går ut i media med tydelige meninger om at kommunesammenslåinger ikke er løsningen.

Min konklusjon rundt dette er at det fortsatt gjenstår endel arbeid før en kan si at målene med de ulike reformene er nådd. Kanskje når vi dem aldri. Men per i dag mener jeg at kommunene fortsatt mangler både økonomi -og kompetanse, for å kunne yte forsvarlige tjenester innenfor feltet psykisk helsevern.

5.2 Refleksjon

I løpet av arbeidet med denne oppgaven har jeg lest mye fagstoff, lovverk og reformer. Dette mener jeg har vært med på å øke min kunnskap rundt dette temaet. Det hadde vært spennende å kunne bruke spørreskjema som metode rundt i noen ulike kommuner, men med oppgavens begrensninger på størrelse er det dessverre ikke mulig.

Likevel føler jeg at jeg har lært mye, og dette er kunnskap jeg vil ta med meg inn i mitt virke som fremtidig vernepleier.

Jeg ser at Regjeringen har gode intensjoner med de ulike reformene de presenterer. Likevel er jeg usikker på om alt er oppnåelig. Det gjenstår å se, men jeg føler sterkt på at de ulike Regjeringene, med sine ulike reformer, har bygd noen luftslott...

6.0 Litteraturliste

Aadland, Einar (2011). ”Og eg ser på deg...” Vitenskapsteori i helse –og sosialfag. 3.utgave, 2.opplag 2013. Oslo: Universitetsforlaget.

Bie, Kristin (2012). *Refleksjonshåndboken*, 2.utgave 2.opplag 2013. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav (2012).*Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Djupvik, Alf Roger og Magne Eikås.(2002/2010). *Organisert velferd-organisasjonskunnskap for helse og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget

Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red.). (2009). *Utviklingshemming og habilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fossum, Egil og Sidsel Meyer (2008) *Er det nå så sikkert?* Oslo: Kappelen Akademisk.

Gundersen, Knut og Luke Moynahan. (2006). *Nettverk og Sosial kompetanse*. 1.utgave, 3. Opplag 2010. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2007) ”*Veileder: Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*”.

Kullerud, Hilde, Tonje Rock Løwer og Bjørn Lydersen (2013). *Psykisk helse i samhandlingsreformen: god intensjon – for dårlig resultat*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04/2013.

Nyeng, Frode (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ramsdal, Helge (2013). *Statlige reformer og lokal iverksetting- hva betyr det for psykisk helsearbeid?*” Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 04/2013.

Røkenes Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2002). *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, 3.utgave 2012. Bergen: Fagbokforlaget.

Schjødt, Britt Randi Hjartnes, Anne Kari Hoel og Ragnhild Onsøyen (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo:Universitetsforlaget.

Ulland, Dagfinn, Anne Britta Thorød og Erna Ulland (red.) (2015). *Psykisk helse – Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. 1999-2006 *Opptappingsplanen for psykisk helse*. St.prp. nr. 63.(A)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2008-2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid*. St.meld.nr. 47. (B)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2014-2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Meld.St.26. (C)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015-2016. *Opptappingsplan for rusfeltet*. Prop.15 S (D)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2010-2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse og omsorgstjenesteloven)*. Prop. 91 L (E)

Kommunal – og Moderniseringsdepartementet. 2014-2015. *Kommunereformen - nye oppgaver til større kommuner*. Meld. St. 14 (A)

Dokument 3:5 (2015/2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen. 2015. *Råd for vegen videre- Sluttrapport*.

Elektroniske kilder:

Lovdata.no [Pasient og brukerrettighetsloven. 2015.](#)

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_1)

[63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_1) (Lest 02.05.2016).

Helsenorge.no [Helsenorge.no https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser](https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser). (Lest 20.04.2016).

<http://rop.no/om-rop-tjenesten> (Lest 18.04.2016).

SINTEF.no <http://www.sintef.no/siste-nytt/samhandlingsreformen-svekker--forebyggende-psykisk-helsearbeid/> (Lest 01.05.2016).

Helsedirektoratet.no <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> (Lest 19.04.2016).

Norsk helseinformatikk.no <http://nhi.no/forside/nar-darlig-okonomi-gir-helseplager-40063.html> (Lest 20.04.2016).

7.0 Vedlegg 1: Den hermeneutiske spiral

