

Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene

- Beskrivelse av fagfeltet
- Råd og veiledning
- Overordnede rammer

Veilederens tittel: Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene

Utgitt: Desember 2005

Bestillingsnummer: IS-1332

ISBN: 978-82-8081-077-3

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet

Postadresse: Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgaten 2, Oslo

Telefon: 24 16 30 00

Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no

Hftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Telefon: 24 16 33 68
Telefaks: 24 16 33 69

Ved bestilling oppgi bestillingsnummer: IS-1332

Grafisk design: Aase Bie Grafisk Design
Trykk: Nr 1 Arktrykk

Forord

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser gjennomgår store endringer, både internasjonalt og nasjonalt. Institusjonskapasiteten er bygd kraftig ned mens lokalbaserte tilbud i form av kommunale tjenester og distriktpsikiatriske sentra bygges opp. Denne utviklingen er i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (WHO). Nasjonalt er hovedlinjene for dette arbeidet trukket opp i St. meld. nr 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Et viktig utgangspunkt i stortingsmeldingen var at disse tjenestetilbudene hadde omfattende mangler og at det var behov for en omfattende styrking og omstrukturering.

Psykisk helsearbeid i kommunene er et nøkkelledd i dette tjenestetilbudet. Dette feltet har i de seinere årene gjennomgått en omfattende styrking. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 er sentral her.

Vi er nå syv år ute i planperioden. Kommunene bygger opp tjenester som både skal forebygge psykiske lidelser og gi tilbud til mennesker som har utviklet slike lidelser. Tjenestene bør gis som individuelt tilpassede tilbud. Kommunene er i ferd med å bygge opp samarbeid med spesialisthelsetjenesten, statlige etater som trygdeetaten og Aetat, frivillige organisasjoner og brukernes egne organisasjoner.

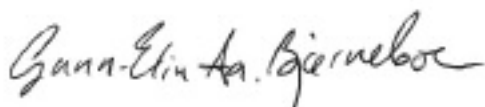
Landets kommuner har kommet godt i gang med å bygge og utvikle tjenestene. Men det er stor variasjon i hvor langt arbeidet har kommet. Stor vekt har vært lagt på strukturelle mål som antall fagpersonell, antall boliger m.v. I tida framover er det behov for økt vektlegging av innholdet i tjenestene, kvalitet og effekt for brukeren.

Arbeidet med skriving av høringsutkast til veileder ble gitt til SINTEF Helse etter en offentlig anbudsrunde. Med mindre justeringer ble utkastet sendt ut på omfattende høring. Det var bred enighet blant høringsinstansene om hovedlinjene i utkastet. Høringsinstansene stilte seg også gjennomgående meget positive til at det nå ble gitt ut en veileder på dette feltet.

I denne veilederen har vi forsøkt å bygge på erfaringene som er gjort, og med særlig vekt på å bidra til at de kommunene som ikke har kommet så langt skal få et grunnlag for sitt videre arbeid. Det er en uttalt målsetting at det psykiske helsearbeidet skal synliggjøres og tydeliggjøres, ikke minst av hensyn til de som skal finne fram i systemet, og at den faglige kvaliteten i dette arbeidet skal styrkes.

Vi håper veilederen vil være et bidrag til utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene, til glede både for brukere og for fagpersonell, administrasjon og politikere.

Vi ønsker dere lykke til med arbeidet!



Gunn-Elin Aa. Bjørneboe
konst. direktør
Sosial- og helsedirektoratet



Mari Trommald
prosjektdirektør

INNLEDNING

Formål

1 Innledning – Om godt psykisk helsearbeid 6

PSYKISK HELSEARBEID I PRAKSIS

Tilrettelegging for mestring. Behandling og oppfølging

2 Tilgjengelighet til egen bolig. Bistand og oppfølging i bolig10

3 Mestring – Arbeid og utdanning 17

4 Mestring – Sosialt fellesskap og meningsfylte aktiviteter 25

5 Faglig innhold og samhandling i psykisk helsearbeid 31

6 Folkehelsearbeid og forebygging av psykiske lidelser 36

RAMMER FOR ARBEIDET

Organisering, kompetanse, planlegging

7 Faglig innhold – Kompetanse i psykisk helsearbeid 40

8 Brukerperspektivet. Brukermedvirkning. Selvhjelp 44

9 Kvalitetsarbeid og internkontroll 50

10 Lovgrunnlaget. Saksbehandling 54

11 Individuell plan 55

12 God ressursutnyttelse – Planlegging av
og prioritering i det psykiske helsearbeidet 60

13 Samhandling 66

14 Kunnskap og tillit gjennom informasjon og kommunikasjon 71



Innledning

Formål

1. Innledning – Om godt psykisk helsearbeid

1.1 Bakgrunn og mål for arbeidet med psykisk helse

De siste 25 årene har det skjedd store endringer internasjonalt og nasjonalt med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. I Norge er institusjonskapasiteten i spesialisthelsetjenesten bygget kraftig ned siden slutten av 1970-tallet, mens lokalbaserte tilbud som distriktpsykiatriske sentra (DPS) og kommunale tjenester er under oppbygging.

Dette er en utvikling som er i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon WHO (WHO 2001) og Helsinki 2004. En stadig større del av den spesialiserte behandlingen utføres poliklinisk samtidig som det gis tjenester i kommunene. Dette innebærer at det er behov for nye samarbeidsmodeller og ny kompetanse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Sentralt for utbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene er Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 (St. prp. nr. 63 (1997–98)) som legger opp til en klar styrking av det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet. Proposisjonen bygger i stor grad på St. meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

I 2005 pågår gjennomføringen av Opptappingsplanen på det syvende året. De strukturelle målene knyttet til antall fagpersonell, boliger, konsultasjoner mv. ser ut til å bli oppfylt. Disse målene forteller lite om kvalitet, innhold og resultater for den enkelte bruker av tjenestene. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide mål og indikatorer som også forteller om innholdet i tjenestene. Formålet er å kunne målrette innsatsen, legge grunnlag for kvalitetsarbeid lokalt og gi lokale og nasjonale myndigheter en oversikt over utviklingen, ikke bare på strukturelt nivå, men også på innholdssiden. Det har vært en omfattende prosess som har involvert brukerorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner, kommuner, KS, fylkesmannsembeter og helseforetakene. Første fase har vært å konkretisere hvilke områder det er behov for å operasjonalisere mål og indikatorer. Prosessen frambrakte følgende åtte hovedutfordringer:

- Forebygging
- Mestring
- Tilgjengelighet
- Samhandling
- Brukermedvirkning
- Faglig innhold i tjenestene
- Kunnskap og tillit
- God ressursutnyttelse

Helse- og omsorgsdepartementet har varslet at oppfølging av arbeidet med psykisk helse skal baseres på de åtte områdene, og veilederen er utarbeidet på dette grunnlaget.

1.2 Psykisk helsearbeid i kommunene

1.2.1 Definisjon

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering.

Målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. I forhold til befolkningen som er flerkulturell er det et overordnet siktemål å søke å redusere den samlede psykiske sykkeligheten. Det skal være en målrettet, faglig fundert og samordnet innsats og fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).

1.2.2 Lederansvar og organisering

Det psykiske helsearbeidet i kommunene er i en opptappingsfase. For personer med alvorlige psykiske lidelser er det behov for et bredt spekter av tjenester med krav til både formell kompetanse og annen type kompetanse. Dette stiller kommunene overfor betydelige utfordringer mht. hvordan det psykiske helsearbeidet best kan organiseres. Det er gjennom en veileder ikke mulig å peke ut konkrete organisasjonsmodeller som i kraft av modell løser utfordringene. Her som ellers er det bevissthet i bruk av modeller og nødvendige tilpasninger ut fra de oppgavene som skal løses, som er avgjørende. Det viktigste er å peke ut noen grunnleggende krav som må ivaretas for at det psykiske helsearbeid skal fungere i tråd med intensjonene, uavhengig av hvilken organisasjonsmodell kommunen har valgt eller velger. Slike krav er:

- Det å sikre et tjenestetilbud som oppleves helhetlig og koordinert (innebærer godt samarbeid innad i kommunen og med andre som skal yte tjenester eller behandling)
- Det å sikre et godt fagmiljø slik at brukerne får et kvalitativt godt tilbud og at de som jobber med psykisk helse opplever fagmiljøet som stimulerende
- Det å sikre at brukeren behandles med respekt, både som individ og gruppe samt at brukeren, også som individ og gruppe, har tillit til dem som skal utøve tjenesten og opplever å bli tatt med på råd
- Det å sikre at psykisk helsearbeid skjer med basis i et felles verdigrunnlag
- Det å sikre kontinuitet for brukeren gjennom stabile relasjoner og færrest mulig å forholde seg til
- Det å sikre at personer som har behov for hjelp får hjelp – at det psykiske helsearbeidet blir tydelig nok i organisasjonen og presentasjonen av denne utad
- Det å sikre at mennesker med psykiske lidelser får et tilstrekkelig tjenestetilbud i tråd med de retter enkeltmennesker og grupper av personer har etter loven

Det er et ansvar for kommunens ledelse å sørge for at disse kravene ivaretas gjennom et kontinuerlig kvalitetsarbeid. Der kommunen har fordelt ansvaret for psykisk helsearbeid på

en rekke virksomheter, må ledelsen sørge for at det skjer en god koordinering av virksomhetene, slik at brukeren får et helhetlig tilbud basert på at virksomhetene tar et felles ansvar. I de kommunene hvor ansvaret med å definere innhold og kvalitet og selve tjenesteutøvelsen er delt, må ledelsen påse at systemet sikrer at nye brukere og brukere med endrede behov får et individuelt tilpasset tilbud. Virksomhetene som yter tjenester må også ta ansvar for psykisk lidende som ikke selv oppsøker tjenesteapparatet.

Kommunens verdigrunnlag bør reflektere at psykisk helsearbeid innebærer at møtet mellom bruker og ansatt preges av respekt og anerkjennelse. Dette kan innebære andre handlingsmønstre enn dem man ville valgt i forhold til andre brukere. Som tjenesteyter kan man måtte forholde seg til et bruker- og pårørendeforhold med innebygde konflikter.

1.3 Formålet med veilederen

Mennesker med psykiske lidelser har svært ulike behov for tjenester. Enkelte har omfattende og sammensatte behov gjennom store deler av livet, mens andre trenger spesifikk hjelp i en kort periode for å takle et akutt problem. Det har vist seg at en del mennesker med psykiske lidelser ikke klarer å nyttiggjøre seg tilbudene i det ordinære tiltaksapparatet. Årsaken kan være at de ikke tar kontakt fordi deres psykiske plager vanskeliggjør samhandling med hjelpapparatet eller at tjenestene ikke er innrettet mot de behovene som denne gruppen har.

Formålet med denne veilederen er å beskrive de hovedfunksjonene som er aktuelle for gruppen og gi eksempler og råd om hvordan tjenestene kan innrette seg. Bakgrunnen er de særskilte behovene som mennesker med psykiske lidelser kan ha og de utfordringene som tjenesteapparatet står overfor som hjelpere. I veilederen er det lagt vekt på å komme med råd om god praksis. I tillegg til lovgrunnlag og verdigrunnlag må god praksis tuftes på best mulig kunnskap om effekten av ulike måter å legge opp arbeidet på.

Veilederen tar utgangspunkt i faglig materiale, men tar ikke sikte på å legge til grunn en samlet vitenskapelig gjennomgang av feltet. Den bygger på rapporter og erfaringer fra rådgivere i psykisk helsearbeid hos fylkesmannen, på eksempler og erfaringer fra kommunene og på de evalueringene som er gjort så langt i regi av Norges Forskningsråd. En nødvendig del av dette kunnskapsgrunnlaget er viten om brukernes erfaringer og medvirkning i egen behandling og som premissleverandør for tjenesteutvikling på systemnivå. Veilederen representerer likevel ikke en endelig «fasit» for arbeidet i kommunen. Det vil trolig om noen år være naturlig å revidere veilederen i tråd med denne utviklingen.



Psykisk helsearbeid i praksis

Tilrettelegging for mestring. Behandling og oppfølging

2. Tilgjengelighet til egen bolig

Bistand og oppfølging i bolig

Aktuelt lovverk

Etter Lov om sosiale tjenester § 3–4 skal sosialtjenesten i kommunen «medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker».

Etter Lov om sosiale tjenester §§ 4–2, a–d og 4–3 har bruker rett på nødvendig praktisk bistand og opplæring for å kunne bo. I § 4–1 hjemles rett til råd og veiledning for å løse eller forebygge sosiale problemer.

Etter Lov om sosiale tjenester § 4–5 er sosialtjenesten forpliktet til å finne midlertidig husvære

2.1 Boligplanlegging

Planlegging av boliger til mennesker med psykiske lidelser bør være en integrert del av det øvrige planarbeidet i kommunen. Brukermedvirkning både på systemnivå og i forhold til tildeling av bolig til enkeltbrukere er viktig for å få til løsninger som er tilpasset brukernes behov. Det er viktig også å vektlegge økonomiske hensyn allerede i planarbeidet, slik at framtidige beboere har råd til å bo i boligen.

Å legge til rette for stabilitet i bosituasjonen for den enkelte bør være et viktig hensyn i planarbeidet. Behovene vil imidlertid kunne endre seg over tid, og det blir en utfordring for kommunen å legge inn nødvendig fleksibilitet gjennom planarbeidet slik at dette skal kunne møtes på en god måte. Erfaringer fra tidligere prosjekter, ikke minst brukererfaringer, vil være en nyttig del av planleggingsgrunnlaget.

2.1 1 Oversikt over boligbehov

Det er viktig at kommunen skaffer oversikt over hvor mange innbyggere med psykiske lidelser som trenger bistand til boligetablering og det å bo. Oversikten skal inkludere både personer hvis behov allerede er kjent for kommunen og personer med en livssituasjon som vil aktualisere et behov for bistand. For å kartlegge dette må kommunen innhente informasjon fra aktuelle instanser internt i kommunen og spesialisthelsetjenesten samt brukere og pårørende.

2.1.2 Prioritering

Det bør utarbeides faglig begrunnede prioriteringskriterier som er tilgjengelige for alle. Når brukerens individuelle plan utformes, skal vedkommendes ønsker og eventuelle behov for bolig komme fram. Det må gjøres klart i hvilken grad det er mulig å imøtekomme de ønskene som er uttrykt.

Det er etter hvert beskrevet en del erfaringer fra planlegging og bygging av boliger til mennesker med psykiske lidelser i norske kommuner, og disse rapportene kan være til hjelp for andre i planleggingsarbeidet:

- Ti års erfaringer fra Bergen kommune med å etablere bofelleskap for mennesker med psykiske lidelser (Pedersen 2004) oppsummeres i en veileder som beskriver konkrete fremgangsmåter i arbeidet. Veilederen finnes på Bergen kommunes hjemmesider.
- Brukerorganisasjoner har gjennomført et forprosjekt der de har utredet forhold omkring etableringen av et brukerstyrt botilbud i Oslo. Prosjektet oppsummeres i BruBo-rapporten som finnes under www.wso.no.
- Et idéhefte om boformer og tjenester for mennesker med psykiske lidelser er utarbeidet i Akershus våren 2001 og finnes på Fylkesmannen i Oslo og Akershus' hjemmesider.
- Oslo kommune ved daværende Boligvirkemiddeletaten (Helse- og velferdsetaten) gjennomførte i perioden 1999–2002 prosjektet «Fra Boligprogram til bolig». Prosjektet resulterte i boligfaglige idéhefter, herunder:
 - «Rus og psykiatri. Hvordan møte utfordringer i boligarbeidet?»
 - «Tilrettelagte boliger: hvordan framskaffe boliger til grupper med spesielle behov?»Heftene finnes på Oslo kommunes hjemmesider.

«Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold». Rundskriv U–10/2002: Heftet gir opplysninger og råd for kommuner som skal planlegge boliger for vanskeligstilte og hjelpetiltak i boligen. Det finnes på Kommunal- og regionaldepartementets hjemmesider.

«På vei til egen bolig»: Heftet bygger på regjeringens strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Det finnes på Oslo kommunes hjemmesider.

«Individuell bo-oppfølging»: Heftet gir praktiske råd for oppfølging av vanskeligstilte kommunale leietakere. Det fås ved henvendelse til Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten.

2.2 Ulike boformer for mennesker med psykiske lidelser

I St.prp.1 (2004–2005) understrekes at kommunene må iverksette tiltak for å sikre personer med alvorlig psykiske lidelser en tilrettelagt bolig. En tilrettelagt bolig kan være utformet som en selvstendig bolig i den ordinære boligmassen, inngå i samlokaliserte boliger eller i et bofellesskap/bokollektiv. Behov for bistand vil variere fra enkelttjenester til heldøgns tilsyn.

2.2.1 Omsorgsbolig – selvstendig bolig eller fellesskapsløsninger

Begrepet «omsorgsbolig» er knyttet til bestemte tilskuddsordninger i Husbanken for å framskaffe tilrettelagte boliger til differensierte målgrupper slik at beboerne etter behov skal kunne motta nødvendig bistand. Hjelp i boligen skal ytes individuelt med utgangspunkt i den enkeltes behov. Det kan derfor ikke settes opp normer for bistand i boligene.

Husbanken stiller visse krav til utformingen. Omsorgsboligen er beboerens eget hjem og omfatter finansiering til framskaffelse av enkeltstående leiligheter i den ordinære boligmassen så vel som samlokaliserte boliger og bofellesskap/bokollektiv. Boligene kan organiseres som kommunale utleieboliger, borettslag eller selveide boliger. Mange kommuner har etter hvert fått betydelig erfaring med å planlegge, bygge om eksisterende boliger og bygge nytt.

De fleste mennesker foretrekker å bo i en ordinær bolig og motta bistand som gjør det mulig å leve et så selvstendig liv som mulig. Noen studier tyder likevel på mer ensomhet og isolasjon i enkeltleiligheter. Strategier for å motvirke isolasjon og ensomhet bør uansett boform inngå som en sentral del i det boligsosiale arbeidet.

Enkelte foretrekker å bo i samlokaliserte boliger. Det er viktig at samlokaliserte boliger har en egnet beliggenhet og at de ikke skiller seg ut fra den øvrige boligmassen. Å bo sammen med andre mennesker kan gi støtte og fellesskap, men kan også oppleves som stress og belastning. Det bør legges stor vekt på beboernes fungering og bistandsbehov i utvelgelsen av beboere til samlokaliserte boliger/bofellesskap. Også sammensetningen av beboergruppen er meget viktig. Erfaringer tilsier at et optimalt antall beboere er fra seks til ti, men at flere eller færre kan være aktuelt. Erfaring tilsier at mennesker som er tilbake-trukne og engstelige kan bo i fellesskap med seks til ti beboere, mens utagerende beboere som regel ikke bør bo sammen med mer enn to–tre andre, eventuelt i enkeltbolig i den vanlige boligmassen.

2.2.2 Forsterket botilbud

Mennesker med stort bistandsbehov kan greie å bo i egen bolig om de får tilstrekkelig og tilpasset bistand. Også i slike forsterkede botilbud bør det tilstrebes at boligen oppleves og behandles som et eget hjem for beboeren, noe som blant annet innebærer at ansatte ikke uten videre kan låse seg inn.

Det kan være vanskelig å finne egnet bolig til mennesker med sterkt utagerende atferd og eller store samhandlingsvansker. Dette er beboere som trenger høyt kvalifisert personale.

Rekruttering, opplæring og veiledning av ansatte blir derfor viktig. Interkommunalt samarbeid kan være hensiktsmessig, både av faglige og økonomiske grunner. DPSen bør bistå både mht. til oppfølging av den enkelte og med veiledning av ansatte (se Sosial- og helsedirektoratet, Rundskriv IS–1/2004).

Ansatte i DPS har ansvar for at kommunalt personell får den veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten som er nødvendig for at kommunehelsetjenesten skal kunne oppfylle sine plikter etter lov og forskrift, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1–3. Plikten er begrenset til å gjelde «helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter, det vil si ethvert tiltak som angår pasientens fysiske og psykiske helse.» Kommunene og DPS må legge tjenestene til rette slik at dette ivaretas.

I St.prp. 1 (2004–2005) slås det fast at ved utskriving av brukere med store hjelpebehov, skal kommune og helseforetak samarbeide om faglig opplegg, organisering av det samlede tilbudet og gjerne også om økonomiske løsninger.

2.2.3 Kommunale sykehjem

Eldre mennesker med psykiske lidelser bør så langt som mulig få tilpasset bistand slik at de lengst mulig kan bo i egen bolig eller omsorgsbolig. Dersom plass på sykehjem blir vurdert som det mest egnede tjenestetilbudet, er det viktig at kommunen vurderer ressurs- og kompetansesituasjonen ved sykehjemmet og evt. følger opp med nødvendige tiltak. Det vil trolig være behov for kompetanseheving på mange sykehjem.

For pasienter som utskrives fra psykiatriske sykehjem, må DPS og kommunen samarbeide om individuelle løsninger.

2.2.4 Treningsbolig

En del DPS har etablert treningsleiligheter med begrenset oppholdstid for mennesker med psykiske lidelser. Gjennom behandling og rehabilitering skal beboerne kunne opparbeide ulike praktiske og sosiale ferdigheter. Målet er at vedkommende skal greie å bo i egen leilighet med et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Imidlertid har overføringsverdien vist seg å være liten. Folk nyttiggjør seg i liten grad opparbeidede ferdigheter fra en treningsbolig over i nye bosituasjoner.

2.2.5 Korttidsbolig

Noen mennesker kan ha behov for korttidsopphold, eventuelt som kriseintervensjon i perioder. DPS skal ha døgnenheter som bør kunne tilby korttidsopphold ved kriser, og DPS og kommunen bør samarbeide om å utvikle og anvende et slik tilbud.

2.3 Å kunne bo i egen bolig

2.3.1 Innflytting og etablering

En god innflyttingsprosess forutsetter samarbeid mellom beboer, familie, nettverk og ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Enkelte trenger lang tid på å trene seg til å bo alene. I noen tilfelle vil etablering skje trinnvis. Hensiktsmessig bruk av individuell plan ivaretar brukermedvirkningen og letter samarbeidet. Å flytte til egen bolig er en fin anledning til å fremme selvbestemmelse.

2.3.2 Naboene

Studier viser at folk er skeptiske til naboer som har psykiske lidelser og/eller sliter med rusproblemer. Naboer føler behov for informasjon, men deres rett til informasjon inkluderer ikke konkret informasjon om den enkelte beboer. Når et bofellesskap skal etableres, bør naboene gjøres kjent med planene. Det vil være klokt å gi en så fyldig informasjon som mulig. God informasjon til naboene er et viktig ledd i etableringsfasen. Når brukere flytter inn i enkeltboliger i den ordinære boligmassen, må informasjons- og integreringsarbeid foregå ut fra brukers ønsker og i nært samarbeid med vedkommende. Åpenhet gir mindre grunnlag for mistenksomhet og et bedre grunnlag for gode relasjoner.

Trondheim kommune har i tilknytning med prosjekt bostedsløse utviklet en metodehåndbok, «Gode naboer», for etablering og drift av kommunale boliger, der de beskriver tiltak som kan iverksettes for å skape gode bomiljø.

2.3.3 Nødvendige tjenester

Like viktig som boligen og utformingen av denne er kommunens tilbud om oppfølging i boligen. Bruker har rett til nødvendig praktisk bistand og opplæring for å kunne bo, og til råd og veiledning for å løse eller forebygge sosiale problemer. Et avgjørende spørsmål er hvilken hjelp beboeren trenger for å kunne bo i egen bolig.

Tjenestene må ytes med utgangspunkt i hva brukerne «ønsker med livet sitt». Brukernes rett til selvbestemmelse er grunnleggende, og ansatte må ta hensyn til at de har andres hjem som hjelpearena. Hjelpenes tenkning bør være orientert mot styrke og ressurser, og basert på et verdisyn som innebærer at alle skal gis mulighet til å ha ansvar for seg selv og bestemme hva slags liv de vil leve. Fagfolkene må ivareta brukerens rett og mulighet til å delta.

Kvaliteten på tjenesten vil ofte avhenge av at det settes av tilstrekkelig tid til mellommenneskelig kontakt (Boligsosialt arbeid 2002). Brukerne vektlegger kontinuitet og fleksibilitet i tjenestene og at en ikke må forholde seg til et stort antall hjelpere.

Individuelle planer som reflekterer brukernes spesielle styrker og svakheter vil være et godt hjelpemiddel i å planlegge, gjennomføre og evaluere individuelt tilpassede og sam-

ordnede tjenester og tiltak. Det vil også være et godt hjelpemiddel for å fatte presise vedtak om hvilke tjenester beboeren er i behov av og omfanget av disse.

DPS har ansvar for at kommunalt personell får den veiledningen og støtten fra spesialisthelsetjenesten som er nødvendig, og kommunen og DPS må sammen sikre systemer som ivaretar dette.

2.4 Økonomiske virkemidler

En akseptabel økonomi er forutsetningen for et selvstendig og verdig liv. Økonomiske bekymringer kan lett forverre brukerens situasjon. For å unngå dette bør for eksempel effekten av bostøtteordninger regnes inn før husleien presenteres.

2.4.1 Husbankens virkemidler

Husbanken disponerer over ulike virkemidler relatert til vanskeligstilte på boligmarkedet.

- Boligtilskudd og lån til utleieboliger. Utleieboliger kan finansieres 100 prosent av Husbanken, mens tilskuddsandelen kan være inntil 20 prosent.
- Startlån og boligtilskudd til kjøp og refinansiering av egen bolig.
- Boligtilskudd til utbedring/tilpasning kan bidra til at enkeltpersoner får en godt tilpasset ny eller brukt bolig.
- Bostøtten skal gå til dekning av løpende utgifter for den enkelte. Målgruppen er husstander med eldre over 65 år, barnefamilier, personer som har visse typer ytelser fra folketrygden, er langtidsmottakere av sosialhjelp eller mottar introduksjonsstønad. Det stilles visse minstekrav til boligen. Det er i forbindelse med tiltaksplan mot fattigdom gjennomført flere forbedringer av bostøtteordningen. Arealkravet for barnefamilier m.fl. er blant annet fjernet. I tillegg til den statlige bostøtten har kommuner egne bostøtteordninger som kan fungere som supplement til den statlige.
- Kompetansetilskudd er en tilskuddsordning til utviklingsprosjekter og kan benyttes til utviklingsprosjekter som blant annet sikrer forvaltningssamarbeid.

Husbanken og Fylkesmennene er gitt ansvar for å opprette et samarbeidsnettverk for å bedre og samordne tjenestene. Målsettingen er at den enkelte klarer å beholde boligen sin. I tillegg til den statlige bostøtten har kommuner egne bostøtteordninger som kan fungere som supplement til den statlige.

I forbindelse med Regjeringens tiltaksplan mot fattigdom er det etablert en tilskuddsordning til oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse. Undersøkelser har vist at en stor andel av de bostedsløse har psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det er i statsbudsjettet for 2005 bevilget 52 mill. kroner til dette formålet. Nærmere informasjon om tilskuddsordningen finnes på www.shdir.no «Rundskriv IS-1/2005 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2005».

2.4.2 Tilskuddsordning for ressurskrevende brukere

Det er fra 2004 opprettet en ny ordning med tilskudd til kommunene for personer som trenger særlig mye bistand (Sosial- og helsedirektoratet, Rundskriv IS-7/2005). Formålet med ordningen er at mennesker som har behov for omfattende bistand fra det kommunale tjenesteapparatet, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Alle kommuner skal årlig rapportere til Sosial- og helsedirektoratet om antall ressurskrevende brukere og kostnadene fra foregående år. For nærmere informasjon om kriterier og krav til rapporteringen se: www.shdir.no/pleieomsorg/ressurskrevende_brukere/.

2.5 Gode råd

- En del mennesker med psykiske lidelser trenger bistand til å skaffe en egnet bolig. Bruk tid i samarbeid med brukeren og pårørende på å klargjøre den enkeltes boligbehov. For noen kan relativt enkle løsninger være tilstrekkelig. Ikke alle personer med alvorlige psykiske lidelser og behov for bolig henvender seg til kommunen med sitt behov. Bruk også tid på oppsøkende virksomhet og kartlegg behov systematisk for eksempel ved hjelp av IPLOS, Bokart eller andre fagsystemer.
- Behovene knyttet til boliger varierer for mennesker med psykiske lidelser, som for innbyggere for øvrig. Både boligplanleggingen og boligforvaltningen bør derfor legges opp slik at kommunen har et differensiert boligtilbud.
- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser vil ofte, men ikke alltid, ha en svak økonomi. Sørg for et botilbud og finansiering av dette som er forsvarlig ut fra brukerens økonomi, og informer brukeren og evt. pårørende godt om de økonomiske betingelsene både før innflytting skjer og underveis. Dette er et naturlig ledd i sosialkontorets veiledning og oppfølging. Økonomiske vansker gir risiko for ytterligere svekking av den psykiske helse-tilstanden hos brukeren.
- En grundig kartlegging av behov for bistand knyttet til bolig i samråd med bruker og pårørende er viktig. Vurder nøye om bistand bør skje i eller utenfor bolig. Dersom bistand kan skje utenfor bolig, kan dette bidra til å hindre sosial isolasjon.
- Å tenke forebyggende, også i forhold til bistand i bolig, er gunstig både fra bruker og det offentliges side. Daglig oppfølging kan bidra til at bruker forblir i arbeid og/eller utdanning.
- Når personer skrives ut fra institusjon, er det viktig med et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten på et tidligst mulig tidspunkt. Tidlig kontakt kan bidra til at vedtak om botilbud i størst mulig grad kan skje ut fra funksjonsevne og at en unngår midlertidige løsninger.

3 Mestring – Arbeid og utdanning

3.1 Arbeid

Deltakelse i arbeidslivet er en sentral verdi i vårt samfunn. Lønnet arbeid har vesentlig betydning for den enkeltes økonomi og bidrar til innflytelse og uavhengighet. Mestring, selvtillit og selvrealisering er i stor grad knyttet til arbeid.

Opptappingsplanen vektlegger deltagelse i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser. Mange kan ha vansker med å komme inn på arbeidsmarkedet eller ha problemer med å stå i jobben. Hvert år sykmeldes mange på grunn av psykiske lidelser. Uansett alvorlighetsgrad og diagnose vil tilrettelegging av arbeidet være viktig. Et nært samarbeid mellom de kommunale helse- og sosialtjenestene, spesialisthelsetjenesten, Aetat, trygdeetat, arbeidsgiver og frivillige organisasjoner er viktig. Utgangspunktet vil være brukerens behov, ønsker og ressurser. Individuell plan vil i mange tilfelle være et viktig verktøy.

Den nye arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) innebærer en felles førstelinjetjeneste med et arbeids- og velferdskontor i hver kommune. Borgerne får ett sted å henvende seg, mot tre i dag. Samarbeid og samlokalisering vil bli lovmessig forankret. Aetat og trygdeetaten samles i én ny etat; Arbeids- og velferdsetaten. Kommunene skal fortsatt være en viktig medspiller i arbeids- og velferdspolitikken og beholder sitt ansvar for oppgaver etter Lov om sosiale tjenester. Fordi ny benevnelse for Aetat og trygdeetat ikke er fastsatt når veilederen trykkes, brukes Aetat og trygdeetat her.

Intensjonsavtalen mellom regjeringen og partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv er også viktig i denne sammenhengen. Avtalen uttrykker et ønske om å tilrettelegge for at folk skal kunne være i arbeid selv om de har begrenset funksjonsevne.

3.2 Arbeidsmarkedstiltak

Aetat Arbeidsdirektoratet har ansvaret for sysselsetting etter lov om arbeidsmarkedstjenester. Mennesker med psykiske lidelser er arbeidssøkere hos Aetat på linje med andre som ønsker arbeid, enten som ordinære arbeidssøkere eller yrkeshemmede arbeidssøkere. Målet er uansett å finne fram til et opplegg tilpasset den enkelte og etaten har et bredt spekter av virkemidler. For å finne fram til et slikt opplegg er det avgjørende med en avklaring mellom brukeren og Aetat.

For mange med psykiske lidelser vil det være nødvendig med tett oppfølging underveis. Det er ofte behov for fleksibel arbeidstid, noe tiltakene legger til rette for. Det er ikke uvanlig at arbeidssøkeren deltar i flere tiltak som gradvis fører søkeren nærmere en ordinær arbeidssituasjon. For dem som ønsker det, kan det være aktuelt å prøve seg direkte i en ordinær arbeidssituasjon, forutsatt nødvendig tilpasning og oppfølging på og av arbeidsplassen.

Det er ikke et absolutt krav at man må være minst 50 prosent arbeidsfør for å delta i Aetats arbeidsmarkedstiltak. Aetats godkjenning av tiltak tar utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker, og alle tiltakene skal gjennomføres på bakgrunn av en individuell handlingsplan.

Kort oversikt over Aetats arbeidsmarkedstiltak

Oversikten omfatter også endringer som vil tre i kraft f.o.m. 1. januar 2006:

- **Lønnstilskudd:** Det er to ulike former for lønnstilskudd. Kortvarig lønnstilskudd: skal bidra til at arbeidssøkere/yrkeshemmede som har problemer med å komme i arbeid, tilsettes på vanlige lønns- og arbeidsbetingelser for å utføre vanlige arbeidsoppgaver. Lønnstilskuddet kan gis i inntil ett år. Arbeidsgiver mottar lønnkompensasjon for en avtalt periode. Langvarig lønnstilskudd: Arbeidssøkere med nedsatt og varierende arbeidskapasitet kan få mulighet til å utnytte sine ressurser på en vanlig arbeidsplass ved at Aetat yter lønnstilskudd, gir veiledning og bistår arbeidsgiver med tilrettelegging på arbeidsplassen. Lønnstilskuddet kan gis inntil tre år.
- **Arbeidspraksis:** Arbeidspraksis, enten i ordinær eller skjermet virksomhet, innebærer at den enkelte er i en opplæringssituasjon på arbeidsplassen og ikke mottar lønn. Arbeidspraksis tilbys arbeidssøkere/yrkeshemmede som har behov for tilrettelagt arbeidstrening og oppfølging. Arbeidspraksis tilbys både i skjermet og i ordinær virksomhet.
- **Arbeidsmarkedskurs:** Aetat kan tilby arbeidssøkere opplæring som tilfredsstiller arbeidslivets behov for kompetanse. Kursene gjennomføres innen et bredt spekter av fag- og yrkesområder.
- **Arbeid med bistand:** Yrkeshemmede med behov for tilrettelegging og oppfølging for å få eller beholde arbeid. Deltakerne får hensiktsmessig og nødvendig oppfølging på arbeidsplassen av en tilrettelegger.
- **Avklaring:** Avklaring kan tilbys yrkeshemmede personer dersom behovet for arbeidsmarkedstiltak er uklart. Tiltaket skal gi et tilbud om motivasjon, veiledning, kartlegging og utprøving av den enkeltes arbeidsevne for å få klarlagt evt. behov for tiltak som kan bidra til at arbeidssøker får arbeid.
- **Tiltak i arbeidsmarkedsbidrifter:** Tiltakene skal gi yrkeshemmede tilrettelagt opplæring og arbeidstrening samt mulighet for varig tilrettelagt arbeid for deltakere som har liten mulighet for å få arbeid i det ordinære arbeidslivet.
- **Varig tilrettelagt arbeid:** Varig tilrettelagt arbeid skal tilby personer arbeid i en skjermet virksomhet, med arbeidsoppgaver tilpasset den enkeltes yteevne. Varig tilrettelagt arbeid kan også tilbys som enkeltplasser i ordinære virksomheter. Tiltaket er rettet mot personer som har eller i nær fremtid ventes å få innvilget varig uførepensjon. Andre arbeidsmarkedstiltak skal være vurdert og funnet å være uaktuelle.

3.3 Yrkesrettet attføring

Formålet med yrkesrettet attføring er å gjøre søkeren i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid med bistand fra Aetat. Bistanden skal være veiledning om yrker og utdanning, formidling til arbeid, avklaring av muligheter og begrensninger i arbeidslivet, arbeidspraksis eller kvalifisering.

Yrkeshemmede arbeidssøkere er personer som har fått vedtak i Aetat om attføring på helsemessig grunnlag etter folketrygdlovens § 11–5. Søkere må ha varig nedsatt arbeidsevne eller vesentlig innskrenkede muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass pga. sykdom, skade eller lyte. Vurderer Aetat det som nødvendig med tiltak for at søkeren skal kunne stå i inntektsgivende arbeid, gir dette også rett til attføringsytelser for gjennomføring av disse tiltakene (§ 11.6). Aetat kan også gi godkjenning på sosialt grunnlag, blant annet med utgangspunkt i sosialrapport fra den involverte kommunen.

Folketrygdloven sikrer stønad til livsopphold under sykdom og uførhet, men omfatter også bestemmelser om ulike virkemidler for å fremme aktivitet og motvirke varige trygdelsøsninger.

Arbeidsmiljøloven har bestemmelser som omhandler arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge for arbeidstakere med redusert arbeidsevne samt plikt for arbeidsgiver og arbeidstaker til å utarbeide oppfølgingsplaner for tilbakeføring.

For mer informasjon se www.aetat.no

3.4 Trygdeetatens ytelser og virkemidler

Trygdeetaten har som oppgave å støtte opp under tiltak på arbeidsplassen og disponerer ulike virkemidler til dette, for eksempel tilretteleggingstilskudd til arbeidsgiver og aktiv sykmelding. Trygdekontoret bidrar med individuell oppfølging, eventuelt i samarbeid med andre instanser. Trygdeetatens arbeidslivssenter kan bidra med veiledning til virksomhetene. Koordinering av parallelle støttetiltak fra kommunen overfor personer som er sykmeldt fra arbeid, kan være av stor betydning for at mennesker med psykiske lidelser inkluderes i arbeidslivet.

Noen virkemidler for å bidra til at folk kan være i arbeid til tross for sykdom

- Aktiv sykmelding
- Lønn/sykepengen (graderte sykepengen)
- Tilretteleggingstilskudd til arbeidsgiver
- Reisetilskudd til arbeidsreiser
- Unntak fra arbeidsgiverperioden ved langvarig eller kronisk sykdom
- Kjøp av helsetjenester (også for personer med lettere psykiske lidelser)
- Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut
- Hjelpemidler på arbeidsplassen

Antall personer som mottar uføreytelser (uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad) pga. psykiske lidelser er høyt.

Virkemidler for at uføre kan prøve å komme tilbake i arbeid:

- Friinntekt ved siden av uførepensjon
- Rett til å få tilbake uførepensjon etter arbeidsforsøk som ikke fører fram
- Rett til å beholde uføreytelsen under ulønnet hospitering/arbeidsforsøk
- Forsøk med uførepensjon som lønnstilskudd i fem fylker

For mer informasjon se www.trygdeetaten.no

Prosjektet «Vilje viser vei»

Som et ledd i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 pågår et prosjekt i regi av Aetat Arbeidsdirektoratet i samarbeid med Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet skal systematisere kunnskap, utarbeide og spre praktiske metoder som bidrar til at flere personer med psykiske lidelser kommer ut i høvelig arbeid helt eller delvis. Arbeidet ses i sammenheng med andre satsinger som omfatter målgruppen. Det baseres på det arbeidet som Aetat alene og i samarbeid med andre har gjort eller er i gang med. Samarbeid på tvers av etater og nivåer, bruk av individuell plan og avtalen om Inkluderende arbeidsliv er viktige elementer. Prosjektet avsluttes våren 2006. Et kontaktnett med fylkeskontakter for Aetat, trygdeetaten og fylkesmennene v/rådgiverne i psykisk helsearbeid er etablert. Mer informasjon finnes på: www.aetat.no/cgi-bin/aetat/imaker?id=32240

Arbeidsliv og psykisk helse

Arbeidsliv og psykisk helse er en del av informasjonssatsingen i Opptrappingsplanen. Rådet for psykisk helse ivaretar denne delen på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rådet har bl.a. laget heftene «Arbeidsmiljø og psykisk helse», «Psykiske problemer og jobb» og «Rehabilitering». Heftene kan bestilles fra Rådet eller lastes ned i fulltekst: www.psykiskhelse.no

3.5 Kommunale kvalifiseringstiltak

I tillegg til Aetats tilbud vil det være behov for å utvikle særskilte kommunale arbeidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Kommunen kan opprette og tilrettelegge arbeidsplasser og sysselsettingstilbud innen egen etat eller i samarbeid med andre bedrifter. En rekke arbeidsoppgaver kan tilbys som tilrettelagt kommunalt arbeid og gi mennesker med variabel funksjon muligheten til å yte det de mestrer. Lokale tilbud bør planlegges i samarbeid med Aetat, trygdeetat, ulike private og offentlige bedrifter samt ulike avdelinger i kommunen og ikke minst i samarbeid med brukerorganisasjonene.

Det finnes mange ulike tiltak, her er noen få eksempler:

KIM-senteret i Trondheim er en brukerstyrt og brukerdrevet rehabiliterings- og attføringsbedrift. KIM står for Kontakt – Informasjon – Mestring. Se www.kimsenteret.no

Valmuen verksted i Storfjord kommune er et tilrettelagt arbeids- og aktivitets-senter som produserer og selger varer og tjenester og tilbyr arbeidsopphold på kortere eller lengre sikt. Arbeidstakerne har ulik bakgrunn og målet er å legge til rette for kreativ utfoldelse i et fellesskap som utvikler den enkeltes ressurser. Se www.storfjord.kommune.no

Alternativet er et eksempel på tverretattlig og interkommunalt samarbeid i fire kommuner i Nord-Trøndelag om samordnet og målrettet bistand til sosialklienter for å få dem ut i arbeidslivet. Se www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no eksempler eller Idé- og ressursboka

ALF AS – senter for arbeidslivsforberedelse – i Bergen er et kommunalt aksjeselskap som tilbyr arbeidsforberedende trening og arbeidsutplassering med bistand. Se under bokstaven a www.bergen.kommune.no

Inn på tunet er et tiltak der gårder tilrettelegges for opplærings- samt helse- og sosialsektoren. Meningsfylte aktiviteter uten arbeidspress, tilrettelagt for læring og mestring gjennom praktiske og sansefylte opplevelser tilbys. Bl.a. måltidene gir mulighet for sosial trening, tilhørighet og samspill. Se www.innpaattunet.no

Fontenehusene i Oslo, Stavanger og Hønefoss har erfaring med å skape brukerstyrt og godt tilrettelagt tilbakeføring til arbeidslivet. Fontenehusbevegelsen er også omtalt under meningsfylte aktiviteter i kapittel 6. Se www.fontenehuset-oslo.no

Rådet for psykisk helse har laget flere nyttige hefter om arbeidsliv og psykisk helse. «Oversikt over psykiske sykdommer og konsekvenser på jobb» er utgitt av RTV i samarbeid med Rådet. Se www.psykiskhelse.no for nærmere informasjon og gode eksempler.

Flere eksempler og opplysninger finnes på nettsiden *Psykisk helsearbeid – Idé- og ressursbase*, under fanen Idé og ressursbok eller eksempler som er Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sine nettsider om psykisk helsearbeid: www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no

Se også www.tiltak.no, tiltaksforsøket, for flere eksempler.

3.6 Utdanning og opplæring

Opplæring og utdanning gir kunnskap og kompetanse. Alvorlige psykiske lidelser rammer ofte ferdigheter og funksjoner som er avgjørende for å få utbytte av det ordinære skole- og utdanningssystemet. Dette kan resultere i ufullstendig skolegang og at en ikke er kvalifisert for eller avbryter høyere utdanning. For mange med psykiske lidelser vil tilpasset opplæring være avgjørende. Å få mulighet til å øke kunnskapen på ulike områder for på den måten å mestre hverdag og arbeidsliv bedre, er viktig.

Økonomiske, personlige og sosiale problemer hindrer mange i å fullføre utdanning. Sosial støtte vil være viktig for mange. Det bør legges til rette for at undervisning og opplæring gir mulighet for sosialt samvær med flere enn én personlig støtteperson. Det kan være aktuelt med veiledning og støtte til oppgaveløsning, pensumgjennomgang m.v.

Aktuelt lovverk

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (Opplæringslova) omhandler også opplæring organisert spesielt for voksne. Kapittel 4 A slår fast at alle voksne som trenger det, har rett til grunnskoleopplæring så langt de ikke har rett til vidaregåande opplæring etter lovens § 3–1.

Voksne som ikke har eller ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet for voksne, har etter Opplæringslovens § 4 A–2 rett til spesialundervisning på grunnskolens område. Opplæringslovens § 4 A–3 gir voksne som er født før 1978 som har fullført grunnskolen eller tilsvarende, men som ikke har fullført vidaregåande opplæring, rett til vidaregåande opplæring etter søknad. Kommunen har ansvaret for grunnskoletilbud, fylkeskommunen for vidaregåande opplæring.

Lov om voksenopplæring har som målsetting å «bidra til å gi mennesker i voksen alder likestilling i adgang til kunnskap, innsikt og ferdigheter som fremmer den enkeltes verdiorientering og personlige utvikling og styrker grunnlaget for selvstendig innsats og samarbeid med andre i yrke og samfunnsliv». Stat, fylkeskommune og kommune har alle ansvar for voksenopplæringstilbud.

3.6.1 Rett til utdanning

Voksne har krav på grunnskoleutdanning og vidaregåande utdanning, eventuelt spesialundervisning ved behov. Samarbeid mellom de som yter kommunale helse- og sosialtjenester og skoleetaten (på kommunalt eller fylkeskommunalt nivå) er avgjørende for å utvikle tilrettelagte undervisningstilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Ved behov for spesialundervisning skal det utarbeides en individuell opplæringsplan, og det er et krav at denne skal inngå som en del av brukerens individuelle rehabiliteringsplan hvis en slik

utarbeides. Også tett samarbeid med Aetat og trygdeetat kan være nødvendig, eventuelt også spesialisthelsetjenesten.

Ulike undervisnings- og studietilbud som kan være aktuelle

Studieforbundet er en paraplyorganisasjon for frivillige ideelle organisasjoner med voksenopplæring som hovedoppgave. Opplæringen omfatter en rekke ulike emner, fra fritidsorienterte kurs til yrkeskvalifiserende kurs og kurs på universitets- og høgskolenivå.

Folkehøgskoler gir allmenndanning til ungdom og voksne og har ingen formell eksamen.

Fjernundervisning har betydelig omfang i Norge, og det tilbys i dag en rekke multi-mediaprogrammer. Fjernundervisningen skal i årene som kommer bidra til alternative og mer fleksible utdanningsveier for å imøtekomme behovet for etter- og videreutdanning.

Arbeidsmarkedsopplæring tilbys av arbeidsmarkedsmyndighetene i samarbeid med utdanningsmyndighetene. Kursene er yrkeskvalifiserende og gjennomføres av ulike aktører, først og fremst vidaregåande skoler, egne ressursentra tilknyttet skolene samt studieforbund og andre private tilbydere. Virksomheten fullfinansieres av staten. Se også pkt. 3.2.

3.6.2 Trening av sosiale og praktiske ferdigheter

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan mangle grunnleggende sosiale og praktiske ferdigheter som er nødvendig for å greie seg i samfunnet. Noen har ikke utviklet tilstrekkelige ferdigheter, andre kan ha mistet dem for eksempel på grunn av langvarige institusjonsopphold. Sosial samhandling og praktiske ferdigheter er nødvendig for å kunne greie seg i arbeid. Dette er ferdigheter som kan trenes. Denne typen trening er et kommunalt ansvar etter sosialtjenesteloven.

Praktiske boferdigheter trenes best i hjemmet. I tillegg er det aktuelt med sosial ferdighetstrening i ulike former; de kan gjennomføres i aktivitetshus eller andre treffsteder, i kommunal regi eller i samarbeid med DPS. Det bør legges til rette for at brukerne får kontakt med andre med mulighet for sosial samhandling og utvikling av sosiale nettverk.

Aktuelle kurstilbud kan være «Et selvstendig liv», en serie strukturerte gruppebaserte trenings- og rehabiliteringsprogrammer for personer med alvorlige psykiske lidelser. Programmene går over noen måneder og målet er å lære sosiale ferdigheter. Vellykket opplæring må planlegges og gjennomføres i nært samarbeid

mellom bruker og de ulike tjenesteytere. Denne type opplæring kan også bidra til jobb kvalifisering og til å klare å beholde en jobb.

«Bokstøtten» er et tilbud som drives av Fontenehuset i Oslo for studenter med psykiske problemer/lidelser som tar høyere utdanning.
Se www.fontenehuset-oslo.no

3.7 Gode råd

- Det å kunne fortsette i ordinært arbeid eller utdanningssituasjon, eventuelt tilpasset arbeid og/eller utdanning på midlertidig eller mer permanent basis, har en egenverdi både for den enkelte og for samfunnet. Kommunen kan på en rekke måter bidra til at mennesker med psykiske lidelser har mulighet til å utnytte egen arbeidsevne.
- Når det gjelder utarbeiding av individuell plan for personer med behov for sammensatte tjenester, sørg for at representanter for arbeids- og trygdeetaten er representert. (se kap 11) slik at planen også omfatter yrkesrettet attføring, skolegang/utdanning eller (tilpasset) arbeid for brukere der dette er aktuelt. Det er etablert en rekke typer attføringstiltak samt støtteordninger fra trygdeetaten som skal bidra til at den enkelte skal få utnytte egen arbeidsevne, på kort og lang sikt. Brukerens arbeidsevne kan variere over tid. Bruk tid, i samarbeid med brukeren, med å utvikle en dynamisk plan.
- Over 50 000 sykmeldinger årlig skyldes psykiske lidelser. Å sette i verk tiltak raskt kan forebygge at psykiske lidelser utvikler seg.
- For kommunen kan det å støtte opp under attføringstiltak som oppfølging til og/eller fra utdanningssted eller arbeidssted, eller gi sosial trening, være en god investering. Ekstra oppfølging i en startfase eller i en kritisk fase kan være avgjørende for at tiltaket skal være vellykket. Oppfølging kan heller reduseres eller avvikles når behovet ikke lenger er til stede.
- Vær bevisst at kommunen både er tjenesteyter, arbeidsgiver og lokal utviklingsaktør. Kommunen kan som arbeidsgiver legge til rette for tilpassede arbeidsplasser. Personer med psykiske lidelser utenfor arbeidslivet kan også representere en ressurs i forhold til frivillig arbeid, både i brukerstyrte og brukerdrevne aktiviteter og andre aktiviteter hvor frivillig innsats er aktuelt. Det er viktig å motivere og så optimisme hos den enkelte om tro på eget arbeid, utdanning eller innsats for fellesskapet for øvrig.

4 Mestring

– Sosialt fellesskap og meningsfylte aktiviteter

4.1 Sosialt nettverk

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte mindre sosialt nettverk enn andre. Ikke sjelden er familien og de profesjonelle hjelperne brukerens viktigste nettverk. Familie-medlemmene kan bli slitne og selv ha det vanskelig. Det er derfor avgjørende å ivareta de relasjonene og nettverkene den enkelte allerede har. Nettverket bør trekkes inn i planlegging av tjenester og aktivitetstilbud hvis brukeren ønsker det. Man bør også søke å bistå den enkelte i å utvikle nye nettverk. Spesielt i krisesituasjoner må ansatte være tilgjengelige for råd og hjelp.

I psykisk helsearbeid er det viktig å legge til rette for deltakelse i kommunens ordinære lokale tilbud, det være seg kaféen som sosial møteplass, idrettslaget, husflidslaget, sangkoret, menigheten, ungdomsklubben og politisk arbeid. For noen brukere kan dårlig økonomi, manglende transport, manglende følge eller andre praktiske problemer gjøre det vanskelig å delta. Det blir viktig å vurdere hva som kan gjøres for å sikre at flere deltar.

For mange mennesker med psykiske lidelser er ordinært arbeid ikke oppnåelig, og meningsfulle aktiviteter kan være et alternativ hva gjelder arbeidets sosiale aspekt. Det løser imidlertid ikke de økonomiske problemene som mangel på lønnet arbeid medfører.

4.2 Sosialt fellesskap. Sosiale møteplasser

Mennesket har behov for tilhørighet. For mennesker med psykiske lidelser kan dette være spesielt viktig. Samtidig er dette personer som kan være ekstra sårbare i mellommenneskelig forhold, og noen har liten evne til å se andre og forstå hva som foregår i samhandlingen med andre. For eksempel kan personer med schizofreni og autistiske trekk – som følge av forstyrrelser i språk, tanker og følelser – ha vanskelig for å tolke mellommenneskelige signaler. Det gjør alminnelig samspill med andre problematisk. Andre har negative erfaringer og stoler ikke på andre av den grunn.

Den enkelte brukeren må ha mulighet til selv å velge grad av nærhet. Noen må gradvis venne seg til samvær med andre. Noen vil helst prate, mens andre heller vil gjøre ting sammen. I enkelte tilfeller vil det være nødvendig å trene på sosiale ferdigheter. Behovene vil være forskjellige, og behovet for tilgjengelig hjelp vil variere.

Det bør legges til rette for ulike former for samvær og samhandling og utvikles flere små møteplasser. Noen kan drives av brukere med lite eller ingen involvering fra ansatte, mens andre krever et personale som kan møte brukernes behov. Sosiale møteplasser skal gi deltakerne en følelse av trygghet, fellesskap, støtte og tilhørighet og gi muligheter for vekst og utvikling. Når møteplasser skapes, bør samhandlingen baseres på gjensidighet og like-

verd mellom brukere og ansatte. Miljøet bør være anerkjennende i den betydning at alle føler seg respektert og verdsatt. Å møte mennesker med liknende erfaringer som en selv, kan også gi trygghet og styrke og gjøre det lettere å komme i kontakt med andre.

4.3 Støtte og utfordring

Det gir trygghet og selvtillit å bli møtt og anerkjent som den man er. En alvorlig psykisk lidelse og de problemene sykdommen medfører, kan redusere folks selvtillit og bidra til at de mister av syne sine muligheter. De kan trenge hjelp til å få øye på dem. Folks behov er imidlertid svært ulike, så sensitivitet hos ansatte er helt nødvendig. Det er også nødvendig med en balanse mellom støtte og utfordring. Det bør gis støtte nok til at folk kan føle seg trygge og utfordring nok til å kunne skape vekst og utvikling.

Samtidig med at det legges til rette for vekst og utvikling, må det også være lov å ikke endre seg, i alle fall ikke akkurat nå. Det er slitsomt å ha psykiske plager, og noen ganger trenger man hvile og ikke aktivitet. Det bør derfor etableres treffsteder hvor brukerne kan møtes og hvor de både kan delta i aktiviteter og velge å hvile når det er det de trenger mest. Passivitet er ikke nødvendigvis et tegn på tilbaketrekking, det kan også være uttrykk for den enkeltes behov for hvile. Det er viktig at noen av de ansatte har kontakt med brukeren og nok kompetanse til å vurdere om de skal respektere tilbaketrekking eller oppmuntre til aktivitet.

4.4 Meningsfylte aktiviteter

I de tilfellene hvor ordinært arbeid ikke er aktuelt, er det kommunens ansvar å legge til rette for aktiviteter som mennesker med psykiske lidelser kan oppleve som meningsfulle. Dette er viktig for så vidt som det skaper struktur i hverdagen og gir den enkelte en opplevelse av å være til nytte. De aktivitetene det legges opp til, må derfor være noe deltakerne kan mestre.

Mennesker med psykiske lidelser er forskjellige. Det bør derfor etableres aktivitetstilbud som kan romme ulike ønsker og interesser og som samtidig tar høyde for ulikhet i kjønn, alder og grad av funksjonsevne. Fleksibilitet vil være ønsket, ikke minst bør kommunen etterstrebe mer fleksible åpningstider på sine aktiviteter.

Mange kommuner har etablert ulike typer aktivitetshus, dagsentra og liknende møteplasser. Kommunale etater, brukerorganisasjoner, brukere, frivillighetssentraler, eldresentre og privatpersoner bør samarbeide i planleggingen av nye tilbud. Ved alle aktivitetstilbud er medvirkning fra brukerne avgjørende.

Aktivitetssentra har ofte flest kvinnelige brukere. Det er viktig å utvikle tilbudene slik at de oppleves meningsfulle også av ungdom og menn.

31 B i Oslo åpnet allerede i 1980. Det er et aktivitetssenter og møtested for mennesker med erfaring fra psykiatrien.

Aktivitetshuset Prindsen i Oslo er åpent for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Målet er å bidra til å skape mening i tilværelsen for mennesker som er mer eller mindre avskåret fra å delta i normalsamfunnets aktiviteter (ytterligere informasjon på Oslo kommunes hjemmesider).

Dagsenteret i Suldal kommune inviterer lokalsamfunnet inn for lunsjpause der sentrale personer i lokalsamfunnet snakker om aktuelle spørsmål i bygda. (Kontakt: Avdeling for psykiatrisk helsetjeneste, Suldal kommune).

Huset Greven i Larvik er en møteplass for mennesker som har eller har hatt psykiske lidelser. Hovedmålet er å skape trygghet, trivsel, trening og vekst. To gårdsbruk med ti vernede arbeidsplasser er knyttet til huset. Huset er i størst mulig grad brukerstyrt. (Se www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no)

Elvahuaset i Førde er et allaktivitetshus med flere aktiviteter tilrettelagt for sysselsetting. Huset skal være en møteplass for mennesker på tvers av alder, kjønn og funksjonsnivå. En frivillig forening står ansvarlig for driften.

(Se www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no)

4.5 Fysisk aktivitet

Mange mennesker med psykiske lidelser er i dårlig fysisk form. Fysisk inaktivitet kan disponere både for fysiske og psykiske lidelser. Det er vist at fysisk inaktive har større sannsynlighet for å utvikle depresjon enn fysisk aktive.

Det kan være mange årsaker til at mennesker med psykiske lidelser har drevet lite fysisk aktivitet. Å endre dette innebærer at de ofte må venne seg til å like det. Noen kan derfor trenge hjelp for å kunne delta i ordinære aktivitets- og treningstilbud.

Effekten av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er godt dokumentert ved ulike psykiske lidelser som bl.a. milde til moderate former for depresjoner, kronisk tretthetssyndrom, panikk lidelse, generalisert angstlidelse, schizofreni og konversjonslidelse. Behandlingseffekt er også dokumentert ved kroniske smertetilstander og alkoholavhengighet.

De psykologisk gunstige virkningene av fysisk aktivitet kan oppnås med ulike typer aktivitet. Hvilken type aktivitet man velger, er ikke avgjørende. Jogging, gange og lett vekttrening kan være like effektivt. Imidlertid er tilrettelegging av tilbudet avgjørende. Brukerne bør

involveres helt fra starten, bl.a. ift. hvilke aktivitetstilbud man skal tilby. Det er også viktig at utfoldelse og glede er målet for aktiviteten, mer enn helse eller slankhet.

Fysioterapeuter og personell med idrettsfaglig utdanning har kompetanse på å tilrettelegge fysisk aktivitet for ulike målgrupper, men det krever nødvendigvis ikke omfattende kompetanse å etablere denne typen aktivitetstilbud. Ambisjonsnivået bør ikke legges for høyt. Uansett vil god oppfølging bli avgjørende for å lykkes.

Å tilrettelegge for fysisk aktivitet bør være et viktig element i i det samlede helsefremmende arbeidet i alle kommuner. Fysisk aktivitet av moderat intensitet vil gi mange en betydelig helsegevinst. Relativt moderat trening reduserer angst og depresjon og bedrer mentalt velvære generelt. Dette understreker betydningen av å styrke tiltak som tar sikte på å fremme en mer systematisk bruk av fysisk aktivitet også i psykisk helsearbeid.

Moderat fysisk aktivitet tilsvarer for eksempel 30 min. rask gange. Aktiviteten kan deles opp i 3 x 10 min. og fortsatt ha samme gode virkning. Ulike typer fysisk aktivitet er også velegnet for sosialt samvær og sosial inkludering fordi det representerer samværsformer som er lite sosialt krevende. Friluftsliv kan gi både naturopplevelser og fysisk trening.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et hefte med råd for tilrettelegging og tips om ulike aktiviteter (Tipshefte IS-12/2002).

Aktiv på dagtid i Oslo og Follokommunene, i samarbeid med idrettskretsene, er et omfattende og variert tilbud om tilrettelagt fysisk aktivitet for mennesker som er utenfor arbeidslivet.

Asker kommunes fritidsetat har lyktes med å få til et variert fritidstilbud for mennesker med behov for et tilrettelagt tilbud. De har bl.a. positive erfaringer ift. samarbeid med frivillige organisasjoner og med å rekruttere og følge opp støttekontakter (fritidskontakter).

Psykiatrisk klinikk i Førde og kommunene i Sogn og Fjordane har utviklet/etablert en ordning med treningskontakter. Mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer får oppfølging lokalt av enkeltpersoner som gis opplæring som treningsledere innenfor rammen av en støttekontaktordning.

4.6 Kunst og kultur

Kultur kan gi gode opplevelser, og ved egen deltakelse får den enkelte mulighet til å uttrykke seg og til å skape noe. Noen ganger kan kunsten bidra til å avmystifisere psykiske lidelser ved å bidra til forståelse for at det sårbare er et generelt menneskelig trekk og at grenseoppgangen mellom det normale og det unormale ikke er noe som er gitt en gang for alle. Så langt det er mulig bør ansatte i kommunen stimulere og støtte mennesker med psykiske lidelser til å delta i ordinære kulturaktiviteter. Parallelt bør man også nytte kulturtiltak i det psykiske helsearbeidet. Det bør utvikles kunnskap og kompetanse på hvordan dette kan tilrettelegges i kommunen. Planlegging bør foregå i samarbeid mellom ulike etater i kommunen og med blant andre brukerorganisasjoner/brukere, frivillighetssentral, frivillige organisasjoner og ikke minst enkeltpersoner som gjerne kan være profesjonelle kunstnere.

En del er gjort på feltet, og kommuner som ennå ikke har startet sin kultursatsing kan lære av andre:

Kultur og helse var et treårig samarbeidsprosjekt mellom Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet som varte fra 1997 til 1999. Målet med prosjektet var å styrke lokalsamfunnets og kommunenes innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med utgangspunkt i det lokale kulturlivet. I 35 lokale prosjekter sto arbeid rettet mot såkalte marginaliserte grupper sentralt. Evaluering av prosjektet konkluderte med at kulturtiltak syntes å ha bidratt til bedre helse på to måter: 1) aktivitetene hadde skapt trivsel og samvær som har trukket isolerte grupper og enkeltpersoner inn i et sosialt miljø og 2) selve kulturopplevelsen har gitt menneskene livsinnhold. Når man engasjerer kunstnere i lokalt psykisk helsearbeid, er det ikke nødvendig at de har kunnskap om psykiske lidelser, men hvis brukerne har alvorlige psykiske lidelser, bør det finnes noen ansatte med klinisk kompetanse.

Noen eksempler på kulturtiltak i norske kommuner:

Kultur og helse i Sunndal kommune (gjennom bevisst tilrettelegging av kulturtilbud til utsatte grupper).

Amalie Skrams hus i Bergen (et samlingssted hvor det gis mulighet for å bli kjent med sine kreative sider).

Porsgrunn kommune, Porsgrunn distriktpsykiatriske senter og Høgskolen i Telemark (bl.a. i samarbeid med lokale kunstnere).

Nasjonalt knutepunkt i Levanger ble etter initiativ fra Kulturdepartementet og Sosial- og helsedepartementet opprettet som et ledd i å videreføre arbeidet fra Kultur og helseprosjektet. Levanger kommune har ansvaret for driften av nettstedet til det nasjonale nettverket av kommuner i Norge som satser på kultur og helse i sitt daglige helse- og rehabiliteringsarbeid.

Utfyllende informasjon finnes under www.kulturoghelse.no

4.7 Støttekontaktordning, fritidsassistanse og avlastning

For å bistå mennesker med alvorlige psykiske lidelser i utvikling av sosiale nettverk og sosial aktivitet av ulike slag vil det være viktig å ha et støtteapparat i tillegg til familien og det profesjonelle hjelpeapparatet. Det er i den anledning sentralt å vurdere nytten den enkelte kan ha av henholdsvis støttekontakt, fritidsassistanse og avlastning.

Støttekontakt og fritidsassistanse er viktige tilbud for å motvirke isolasjon, og skal utvide fritidsmulighetene for personer med funksjonsvansker. Støttekontakt er hjemlet i Sosialtjenestelovens § 4–2. Fritidsassistanse er ikke lov hjemlet og organiseres ofte av andre enn sosialtjenesten, for eksempel avdeling for kultur, for oppvekst eller tilsvarende. Avlastning, som også er hjemlet i Sosialtjenestelovens § 4–2, skal gi pårørende noe fritid der de ikke er sammen med et familiemedlem som er syk eller funksjonshemmet. Avlastningstilbudet skal samtidig være til nytte og glede for dette familiemedlemmet. Kvaliteten på disse tjenestene vil ofte avhenge av at det settes av tilstrekkelig tid til mellommenneskelig kontakt (se Rundskriv U–10/2002).

I Opptappingsplanen legges det opp til en omfattende videreutvikling av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, og det er viktig at kommunen satser atskillig på så vel rekruttering som faglig oppfølging av avlastere, støttekontakter og fritidsassistenter. Det kreves ingen formell utdanning for å yte disse tjenestene. Av den grunn er opplæring og oppfølging viktige oppgaver for kommunen. Avklaring av ansvarsforhold og veiledning er viktig, og kurs og opplæring for støttekontakter bør legges opp i et samarbeid mellom kommuner og det tilhørende DPS.

Det er kjent at mange kommuner sliter med rekrutteringen av personer som kan gå inn i disse tjenestene. En aktiv rekruttering og god oppfølging av støttekontakter, fritidsassistenter og avlastere har vist seg å gi positive effekter. Høgskolen i Bergen tilbyr deltidsstudium i organisering og veiledning av personell med slike oppgaver.

4.8 Gode råd

- Det er viktig å ha et sted å samles. I mange kommuner finnes det lokaler som står ledig hele eller deler av døgnet. Ved etablering av aktivitetshus er det viktig å fokusere på mulighetene som ligger i lokalene og ikke begrensningene. Brukere og brukerorganisasjoner kan med fordel inviteres til et samarbeid om driften av lokalene, evt. at brukerne gis ansvar for driften. Klargjør rammene for driften tydelig i forkant og sørg for nødvendig oppfølging med driften og den enkelte bruker. Tilbudet bør omfatte ulike samværsformer slik at brukerne selv kan velge. Aktivitetene må oppleves meningsfulle og legges opp på en måte som styrker brukerens nettverk.
- Organisasjoner i frivillig sektor utgjør et viktig supplement til de offentlige tilbudene i mange kommuner. Mange medlemmer og enkeltpersoner ønsker å gjøre en innsats på fellesområdet. Det kan være hensiktsmessig både for kommunen og frivillig sektor å inngå mer forpliktende samarbeidsavtaler. For å utløse frivillig innsats kreves ofte at de frivillige oppgavene er konkrete mht. innhold og omfang. Avtaler gir forutsigbarhet for alle involverte.

- Fysisk aktivitet har en egenverdi i tillegg til å bidra til sosialt fellesskap. Kommunen bør samarbeide med brukere/ brukerorganisasjoner, idrettslag og andre frivillige organisasjoner om tilbud. Oppfølging og bistand til den enkelte gjennom ordinær ansatt eller støttekontakt kan være nødvendig i en start- eller overgangsfase.
- Støttekontakter og fritidsassistenter er av stor betydning for mennesker med lite nettverk. Driv aktiv rekruttering og oppfølging av støttekontakter, gjerne gjennom et forpliktende samarbeid med bruker- og frivillige organisasjoner.

5 Faglig innhold og samhandling i psykisk helsearbeid

5.1 Aktuelle oppgaver i psykisk helsearbeid

Helse- og sosialtjenester til mennesker med psykiske lidelser utgjør hovedtyngden i kommunens psykiske helsearbeid og omfatter forebygging, utredning og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning. Psykisk helsearbeid inkluderer også tiltak for å fremme psykisk helse i befolkningen og forebygge psykiske vansker og vil dermed utgjøre et viktig ledd i kommunens folkehelsearbeid. Ideelt må tiltak settes inn på flere områder samtidig, og på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Arbeid for å utvikle mer inkluderende lokalsamfunn representerer en særlig utfordring.

Ved siden av faglig gode tjenester vil samarbeid mellom tjenestene i den enkelte kommune og spesialisthelsetjenesten og med andre sektorer være nødvendig for å etablere et godt tilbud. For mindre kommuner vil interkommunalt samarbeid kunne være et tiltak for å styrke tilbudet.

5.2 Tverrfaglighet – et kjennetegn ved psykisk helsearbeid

I psykisk helsearbeid møtes ulike faggrupper med forskjellig tilnærming til de problemene som skal løses. Det viktige er å fremme et tverrfaglig perspektiv som forener de ulike fagperspektivene med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Begrepet behandlingsnettverk kan illustrere hvordan samarbeid kan foregå på tvers av fag-, etats- og nivågrenser. Det er i denne sammenheng viktig at de ulike deltjenestene har nødvendig kompetanse innen psykisk helsefeltet slik at brukere med psykiske lidelser blir møtt på en god måte og får et individuelt tilpasset tilbud.

En rekke faggrupper er sentrale i psykisk helsearbeid; sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, allmennpraktiserende leger (fastleger), psykologer, annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (for eksempel vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter). Også hjelpepleiere, særlig med videreutdanning i psykisk helsearbeid, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere er viktige. I tillegg til helse- og sosialutdannet personell bidrar også andre faggrup-

per og ansatte som støttekontakter, avlastere, fritidsassistenter og kulturarbeidere til det tilbudet som nå utvikles i kommunene.

Tverrfaglig samarbeid er en betingelse for godt psykisk helsearbeid. For at dette skal fungere kreves gjensidig respekt og anerkjennelse i tillegg til fagkunnskap og trygg faglig identitet. Det er sentralt å legge til rette for at de ulike faggruppene spesielle kompetanse kan supplere og utfylle hverandre i utviklingen av helhetlige tilbud. Godt tverrfaglig samarbeid forutsetter også tydeliggjøring av de ulike faggruppene fagspesifikke kompetanse.

5.3 Utredning og vurdering. Medisinsk diagnostikk

Utredning og vurdering må ligge til grunn når hjelpetiltak skal planlegges og gjennomføres. Medisinsk diagnostikk er en slik utredning. En diagnose skal være et hjelpemiddel for forståelse, og den er nyttig for kommunikasjon med andre fagpersoner. Diagnosen gir medisinen et faglig grunnlag for å handle rasjonelt i en gitt situasjon. Ideelt skal den informere om årsaksforhold, hvordan sykdommen utvikler seg og om hva som er virksom behandling.

Fastlegene utreder og behandler et stort antall pasienter som ikke har kontakt med andre deler av helse- og sosialtjenesten. De er ofte de første som får kontakt med mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser og som har behov for flere ulike tjenester. Disse henvises vanligvis videre og får den første utredningen i spesialisthelsetjenesten. Det dreier seg gjerne om en medisinsk utredning som omfatter: «kartlegging av sykehistorie, vurdering av nåværende tilstand og supplerende undersøkelser ved hjelp av medisinske og psykologiske metoder. En god kartlegging av sykehistorie forutsetter solide kunnskaper om hvordan ulike psykiske lidelser debutterer og utvikler seg, slik at terapeuten vet hva han skal spørre om, observere og lytte etter» (Den norske lægeforening 2004).

Det legges i økende grad vekt på funksjonsvurderinger og oppmerksomhet mot å identifisere og tydeliggjøre brukernes ressurser, interesser, sosiale situasjon, økonomi og brukernes mening om og erfaring med hva som hjelper. Brukerne har kunnskap om seg selv, sitt liv og hvordan de ønsker å leve. De har verdifulle erfaringer med hva som hjelper dem og hva som ikke hjelper. Vurdering av brukerens ressurser, problemer, behov og ønsker danner grunnlag for videre samarbeid mellom bruker, familie og hjelpere. Vurderingen vil være et sentralt ledd i utarbeidingen av en individuell plan der dette er aktuelt.

5.4 Behandling og oppfølging

Uttrykket *behandling* brukes på ulike måter, og begrepet kan verken knyttes opp mot spesielle tjenestenivå eller profesjoner. Fagfeltet psykisk helsearbeid er under utvikling, og språkbruken om feltet er også i endring. I denne veilederen brukes ordet behandling pragmatisk uten en uttalt definisjon.

Psykoterapeutisk behandling, individuelt eller i gruppe, medikamentell behandling og spesifikk symptomrettet behandling er viktige elementer i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Hvilke behandlingstilbud kommunen har og hvilke som skal fås fra

andre deler av tjenesteapparatet, vil kunne variere avhengig av hvilken kompetanse og kapasitet som finnes i kommunen. Hvilke personer som må henvises videre til spesialisthelsetjenesten/DPS vil også avhenge av personens tilstand/funksjonsevne og behov for diagnostisering/utredning. Behandling rettet mot spesifikke symptomer som for eksempel traumerelaterte plager, fobisk angst eller spiseforstyrrelser kan også foregå i kommunen (hos psykiatrisk sykepleier, fastlegen, psykologen eller andre med videreutdanning i psykisk helsearbeid). Det kan også være aktuelt å sette sammen behandlerteam til for eksempel gruppetilbud med ansatte fra kommunen og DPS.

Alle innbyggere har rett til å stå på en fastleges liste. Dette medfører at fastlegen får et medisinsk faglig ansvar over tid for mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det er viktig at fastlegens tiltak i forhold til diagnostikk, behandling og videre oppfølging inngår som en integrert del av et helhetlig tilbud hvis brukeren har behov for flere tjenester. For mange med alvorlige psykiske lidelser er medikamentell behandling svært viktig. God oppfølging av slik behandling forutsetter ofte et nært samarbeid mellom fastlegen og de kommunale tjenestene.

Kommunalt psykisk helsearbeid har hovedfokus på at mennesket i større grad skal kunne mestre sitt eget liv og oppleve verdighet. Arbeidsfeltet blir i stor grad enkeltmennesker i deres sosiale og kulturelle sammenheng. Psykisk helsearbeid er også forandringsarbeid, og brukerne kan fortelle mye om hva som er viktig for endring. Kanskje trengs nye behandlingsmål og bedringskriterier med større vekt på å leve et godt liv og ikke bare på symptombedring. I dette perspektivet kan det være vanskelig å sette et skarpt skille mellom behandling og rehabilitering.

Psykisk helsearbeid er i sin natur et relasjonsarbeid, og tidsnød og instrumentelle metoder er lite egnet i møte med mennesker som har alvorlige psykiske problemer. Det er tålmodighet og tid brukerne etterspør. De ønsker seg hjelpere som «stiller opp» og som kan hjelpe dem også med små hverdagsproblemer knyttet til matlaging, handling, rydding og organisering. Det er viktig at bistanden settes inn i et mestringsperspektiv.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har behov for stabil kontakt og oppfølging over tid. Det er derfor helt grunnleggende å oppnå god allianse og samhandling med den enkelte. Det forutsetter kunnskap og kompetanse om å utvikle helende relasjoner. Slikt arbeid bygger bl.a. på psykoterapeutisk tenking, læringsteori og nettverkskunnskap. Arbeidsformen er gjerne oppsøkende med nært samarbeid med pårørende, folk i lokalmiljøet og andre fagfolk i helse- og sosialtjenestene samt i spesialisthelsetjenesten. Gjennom kartleggingen av brukernes ressurser, problemer, behov og ønsker kan en få et grunnlag for videre samarbeid mellom bruker, familie og hjelpere.

5.5 Fastlegens rolle

Fastlegens medisinske arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommunen. De aller fleste som har psykiske lidelser og trenger medisinsk utredning og behandling, kommer først til fastlegen. Bare et fåtall henvises til spesialisthelsetjenesten, og de fleste pasienter med lettere og moderate psykiske lidelser blir behandlet og fulgt opp av

fastlegene. Fastlegene har også medisinsk oppfølgingsansvar for de fleste pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Fastlegereformen har som mål å bidra til kontinuitet i lege-/pasientforholdet og bedre tilgjengeligheten til allmennlegetjenester for mennesker med sammensatte og kroniske problemstillinger som eksempelvis de psykisk syke. En viktig utfordring for fastlegene er at det settes av nok tid til arbeid med alvorlig psykisk syke. Dette betyr blant annet å kunne være fleksibel i å tilby hjelp når brukeren ber om det. Støtte til pårørende vil være en del av legens oppgave i denne sammenhengen.

For samarbeidspartnere innen kommunen er det gunstig at den medisinskfaglige kunnskapen om den enkelte pasienten kan samles, bygges og gjenfinnes hos en bestemt fastlege. Det forutsetter at fastlegen har et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten, at begge instanser forpliktes, og at fastlegen er lett tilgjengelig for andre som yter tjenester overfor brukeren. På den måten vil fastlegen kunne ha en sentral rolle som medisinskfaglig koordinator. Denne rollen må ses i nær sammenheng med kommunens psykiske helsearbeid for øvrig, jf. avsnitt 5.6.

For dem som har behov for et bredt spekter av kommunale tjenester er det viktig at også allmennlegen deltar i vurderingen av behov og tiltak med sikte på at brukeren skal motta et helhetlig tilbud.

Fastlegene har en sentral rolle som «døråpnere» overfor andre tjenester og ytelser. Dette gjelder både som henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten, i forhold til økonomiske ytelser som sykmelding, midlertidig uførestønad og uførepensjon og i forhold til Aetat når det gjelder attføring, arbeidsutprøving og legeerklæringer. «Døråpnerrollen» innebærer at fastlegene bør delta i arbeidsgrupper rundt mennesker med psykiske lidelser. De må samarbeide med andre hjelpere ved å delta i ansvarsgrupper og i utarbeiding av individuell plan der dette er aktuelt. Et godt fungerende samarbeid mellom fastlegen, annet helsepersonell og øvrige kommunale tjenester er viktig for å sikre helhetlige og faglig gode tjenester for den enkelte brukeren.

Å etablere et velfungerende samarbeid mellom fastlegene, som i stor utstrekning er å betrakte som selvstendig næringsdrivende, og det kommunalt tilsatte personellet kan representere en utfordring. Det er viktig at en finner fram til praktiske løsninger ut fra lokale forhold og at en tar hensyn til ulikheter i rammebetingelser. De partssammensatte samarbeidsutvalgene og allmennlegerådene som skal finnes i alle kommuner, bør kunne være viktige fora for å finne fram til praktiske samarbeidsrutiner også innen det psykiske helsearbeidet. Videre vil fastlegeavtalen være viktig for kommunen mht. oppfølging av legetjenesten. Kommunen bør derfor vurdere om eksisterende fastlegeavtaler oppfyller behovene. (Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet, I-3/2005).

En viktig praktisk side ved tverrfaglig samarbeid er at avtaler inngås i god tid slik at alle deltakere, også fastlegen, har mulighet til å sette av tid og delta på møter. Det kan være gunstig å avtale faste «møteplasser».

5.6 Individuell koordinator

Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser har behov for tiltak og tjenester utover medisinsk behandling. Mange av dem kan ha betydelige bistandsbehov og vansker med selv å koordinere tiltak fra en rekke ulike instanser. Ved siden av fastlegen som medisinskfaglig koordinator kan det derfor være behov for en individuell koordinator som kan sikre et mest mulig helhetlig og sammenhengende tilbud til brukeren det gjelder. De dette gjelder vil som hovedregel ha rett til individuell plan. Koordinering av utarbeiding og gjennomføring av planen vil kunne være en viktig oppgave for den individuelle koordinatoren. Oppgaven som individuell koordinator vil være en hovedoppgave for høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

5.7 Krisehåndtering

Krisehåndtering er et viktig område i psykisk helsearbeid. Med krise tenker vi i denne sammenheng ikke på dramatiske hendelser som rammer mange mennesker eller hele lokalsamfunn. Her defineres kriser som situasjoner enkeltmennesker eller familier og nettverk opplever som kritisk for seg og der personens, familiens eller nettverkets vanlige mestingsstrategier ikke strekker til. Tilgjengelighet til adekvat hjelp er et hovedpoeng i forhold til å håndtere kriser. Det må være mulig å få tak i hjelp når man trenger det, uansett tidspunkt. I beredskap og håndtering av akutte psykiske kriser er det avgjørende at en har gode og klare avtaler med spesialisthelsetjenesten, slik at en kan få den bistand og hjelp som er nødvendig, vanligvis fra DPS. I krisesituasjoner vil det ofte være nødvendig at de det gjelder får bistand både fra kommune og spesialisthelsetjeneste.

Kriseberedskap og krav til samarbeidsrutiner i krisesituasjoner må inngå i planen for psykisk helsearbeid, og krisehåndtering må være et viktig tema i kvalitetsutviklingsarbeidet. Beredskap i akutsituasjoner er under utvikling ved DPS. Døgnåpne DPS er en målsetting, og ambulante team har vist seg som en god arbeidsform i krisehåndtering. Det forutsettes at ambulante akutteam etableres ved alle DPS. Tilbudet er under oppbygging og skal være etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008. Målet er å etablere et tilgjengelig og fleksibelt akuttilbud.

I den individuelle planen kan det for enkeltbrukere være aktuelt å skissere ansvar og oppgaver for brukeren, pårørende og ulike fagfolk i en krisesituasjon.

5.8 Gode råd

- Målrettet innsats mot risikogrupper er effektivt. Familier som i gruppe eller har medlemmer som har opplevd traumer er utsatt. Barn av rusmisbrukere, familier og barn som lever i fattigdom er eksempler på andre risikogrupper.
- Gjennom et tett og faglig samarbeid mellom tjenester og profesjoner skapes et mer effektivt «nett» for å fange opp hjelpebehov i en tidlig fase slik at hjelp kan tilbys så tidlig som mulig.
- Pårørende bør ivaretas på en god måte, både ved akutt sykdom og i senere behandling og oppfølging. Innarbeid gode rutiner slik at pårørende, og særlig barn, blir ivaretatt.

- Tverrfaglig kompetanse og samarbeid øker den samlede kompetansen. Den «merviten» samarbeidet gir, vil kunne gi økt treffsikkerhet i arbeidet.
- Det er avgjørende å rette oppmerksomhet mot brukerens ressurser, kunnskaper og erfaringer, sosiale situasjon og personlige mål for å styrke brukerens evne til å mestre eget liv.
- Betydningen av samordning av tilbudet til mennesker med behov for sammensatte tjenester må understrekes. Fastlegen må som medisinskfaglig ansvarlig trekkes inn og delta i dette arbeidet, herunder arbeidet med individuell plan, deltakelse i ansvarsgrupper m.v.
- Kommunen bør vurdere om eksisterende fastlegeavtaler i god nok grad legger til rette for et godt samarbeid og tjenestetilbud for den enkelte brukeren.

6 Folkehelsearbeid og forebygging av psykiske lidelser

6.1 Hva er folkehelsearbeid?

Folkehelsearbeidet er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen i en befolkning. Det innebærer både det å svekke det som medfører helserisiko og styrke det som bidrar til bedre helse. Folkehelsearbeidet gjøres for hele befolkningen eller for store befolkningsgrupper ut fra alder, kjønn, geografisk eller sosial tilhørighet.

Folkehelsearbeid handler om å ivareta både den fysiske og den psykiske helsen. Det fysiske og det psykososiale miljøet påvirker hverandre gjensidig: et godt fysisk miljø bidrar også til god psykisk helse, og et godt psykososialt miljø bidrar til et godt fysisk miljø. Folkehelse kan fremmes gjennom påvirkning av levevaner og levekår og ved å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet. Å være inkludert i et lokalsamfunn og i sosiale sammenhenger er viktig i denne sammenhengen. Det er grunnleggende for arbeidet å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll i eget liv og situasjon.

Premissene for god helse ligger ikke først og fremst i helsetjenesten, men i andre samfunnssektorer. En rekke tiltak må derfor i stor grad iverksettes utenfor helsetjenesten.

6.2 Folkehelsearbeid i kommunene

Kommunen har ved sin helsetjeneste som formål å «fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold ...» (kommunehelsetjenestelovens § 1–2). Kommunehelsetjenesten og kommunen som sådan rår over en rekke verktøy som kan være nyttige i en slik sammenheng. Det er viktig at også hensynet til befolkningens psykiske helse blir

trukket inn i tiltak som kommunen driver når det gjelder disse verktøyene:

- Ivaretagelse av helsehensyn i konsekvensutredninger i henhold til kommunehelsetjenesteloven, plan- og bygningsloven og Regjeringens utredningsinstruks
- Ivaretagelse av helsehensyn i samfunnsplanlegging i henhold til plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven
- Utvikling av nødvendige oversikter, gjerne kalt *kommunehelseprofiler*, som ledd i fremskaffelse av politiske og administrative beslutningsgrunnlag. Slike oversikter bør danne grunnlaget for utarbeidelse av folkehelseplaner i kommunene.
- Arbeid for utjevning av forskjeller i helsetilstand og helsetilbud mellom ulike sosiale grupper i befolkningen gjennom Prosjektet *Sosial ulikhet i helse*
- Arbeid for bedre tilgjengelighet for funksjonshemmede og andre gjennom prosjektet *Universell utforming*
- Arbeide for bred tilslutning til helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom prosjektet *Partnerskap for folkehelse*

6.3 Viktige påvirkningsfaktorer for helse og fordeling av denne

I Sverige har man pekt ut tolv påvirkningsfaktorer for helse som med fordel også kan brukes hos oss. Innsats på disse områdene bør beskrives i folkehelseplanene. Av disse faktorene anses følgende som viktige for å bidra til å sikre den psykiske helsen i kommunen:

- deltagelse og innflytelse i samfunnet
- sosial og økonomisk trygghet
- trygge og gode oppvekstvilkår
- bedre helse i arbeidslivet
- sunne og sikre miljøer og produkter
- en mer helsefremmende helsetjeneste
- trygg og sikker seksualitet og god reproduktiv helse
- mer fysisk aktivitet
- redusert rusmiddelmisbruk

6.4 Forebyggende psykisk helsearbeid

I det forebyggende arbeidet bør kommunen ha særlig oppmerksomhet rettet mot grupper og enkeltpersoner som lever med risiko for eller er i ferd med å utvikle psykiske lidelser. Behov bør avdekkes og hjelp tilbys så tidlig som mulig for å hindre at problemene utvikler seg. Individrettet forebygging er godt innarbeidet som tenkning og arbeidsmåte i helse- og sosialtjenesten i mange kommuner. Det er viktig at kommunene samler erfaring fra ulike tiltak med sikte på en kontinuerlig kvalitetsforbedring, jf. omtale i kap. 9.

Eksempler på risikofaktorer er både generelle vansker som mangel på bolig, mangel på arbeid, dårlig økonomi, og marginalisering som følge av personlige og sosiale belastninger. Andre former for belastninger som kan bidra til utvikling av psykiske problemer er det å ha vært utsatt for tortur, vold, overgrep, tap eller andre traumer. Flyktninger og mennesker med innvandrerbakgrunn kan være ekstra sårbare for påkjenninger hvis de mangler nettverket sitt.

Mennesker med rusmiddelavhengighet og misbruk er mer utsatt for psykiske tilleggslidelser enn befolkningen for øvrig. Denne sårbarheten kan være forårsaket av misbruket, men rusmidlene kan også være et middel til å dempe eksisterende psykiske symptomer.

Flere undersøkelser og analyser av helsedata viser at det er høyere forekomst av psykiske lidelser hos personer med funksjonsnedsettelse (Fasting, 1998). Blant disse vil personer med kognisjons-, kommunikasjons- og interaksjonsvansker være særlig utsatt. Dette gjelder blant annet personer med talevansker pga. cerebral parese og personer med Asperger syndrom.

Pårørende til mennesker med psykiske lidelser, særlig barn, kan i mange tilfelle oppleve store påkjenninger. Kommunene bør ha rutiner for vurdering av hvilke behov barna har for oppfølging og for å sikre at disse blir godt ivare tatt.

For mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har omfattende behov for sammensatte tjenester, vil mulighetene for forebygging særlig være knyttet til å hindre utvikling av videre funksjonssvikt. Å sikre tilfredsstillende behandling og oppfølging for denne gruppen blir sentralt i det psykiske helsearbeidet.

Fagfolk må også ta på alvor den stigmatiseringen og diskrimineringen som ofte følger i kjølvannet av psykisk sykdom. For den det gjelder, kan dette være like store problemer som selve lidelsen. En reell integrering og inkludering i lokalsamfunnet gjennom en aktiv politikk vil kunne representere en stor mulighet for forebygging og bedre funksjonsnivå og livskvalitet hos for brukeren.

6.5 Gode råd

- For å kunne målrette innsatsen er det viktig å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, også hva gjelder psykisk helse. Det finnes en rekke registre og undersøkelser som gir informasjon på kommunenivå. Ta kontakt med fylkesmannen eller Statistisk sentralbyrå for ytterligere informasjon. Det er i tillegg mulig å systematisere kunnskap gjennom data fra helsestasjon, skolehelsetjeneste, allmennlegetjenesten og andre tjenestesteder. Trygdeetaten kan også bidra med kunnskap knyttet til sykmeldinger og trygd. Oversikter er nyttig folkeopplysning for innbyggere og et viktig bakteppe for kommunal planlegging. Kommunens hjemmeside og lokale media er nyttig.
- Å arbeide etter «partnerskapsmodellen» sikrer en bred deltakelse lokalt om folkehelsearbeidet. Gjennom å delta i *Partnerskap for folkehelse*, kan kommunen også påvirke folkehelsearbeidet i regionen.



Rammer for arbeidet

Organisering, kompetanse, planlegging

7 Faglig innhold – Kompetanse i psykisk helsearbeid

Det er et utgangspunkt at tjenestetilbudet til enhver tid skal bygge på faglig anerkjente metoder. Arbeidsgiver skal legge til rette for dette gjennom videreutvikling av eksisterende kompetanse, samtidig som ny kunnskap sikres. Den enkelte ansatte har også ansvar for egen kompetanseutvikling. I mange kommuner er imidlertid kompetansen spredt, fagmiljøene små og sårbare, og ansatte opplever mangel på faglig fellesskap.

Kompetansen i psykisk helsearbeid omfatter kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier. I utgangspunktet er det den enkelte ansatte som må inneha denne, men samtidig bør den prege hele organisasjonen. Det er viktig at kommunen sikrer at den samlede kompetansen utnyttes best mulig og at det gis tilstrekkelig rom for faglig utvikling. Faglig veiledning står sentralt her. Dette gir også mulighet til refleksjon.

Kompetansen må i nødvendig utstrekning omfatte flerkulturell forståelse slik at også brukere fra andre kulturer kan få et individuelt tilpasset tilbud.

7.1 Tverrfaglighet

Psykiske lidelser er komplekse og følgene kan ofte påvirke hele livssituasjonen. Det er derfor viktig at kommunene disponerer fagfolk som representerer ulike perspektiver og tilnærminger. Brukernes behov for hjelp og arbeidsoppgavene art må ligge til grunn for hvordan fagressursene utnyttes. Dersom fagpersonell organiseres i tverrfaglige team, bør deres kompetanse omfatte fagspesifikk, funksjonsspesifikk og felles basiskompetanse. Felles basiskompetanse dreier seg blant annet om holdninger og etikk, brukermedvirkning, om relasjonskompetanse, språk og samarbeidskompetanse, om kunnskap om overordnede lover og regelverk, om sykdomspanorama m.m.

Tverrfaglighet krever samarbeidskompetanse og forutsetter en ledelse som sørger for at teamet fortløpende arbeider mot felles mål, parallelt med at både fagspesifikk og generell kompetanse respekteres og videreutvikles.

7.2 Kompetanse som bør finnes på kommunenivå

Befolkningens behov skal være basis for kommunens tjenestetilbud og bestemmende for hvilken kompetanse som er nødvendig. Behandlingskjeden har flere ledd med en dynamisk ansvars- og oppgavefordeling. Det er derfor vanskelig å gi et allmenngyldig svar på hvilken kompetanse kommunene må ha. Imidlertid trenger alle ledd i behandlingskjeden en felles minste basiskompetanse. Dette omfatter ikke bare teoretisk kunnskap og generell basiskompetanse, men også personlig egnethet samt evne til og kunnskap om relasjonsbygging og samarbeid. Utover dette vises det til publikasjoner som Statens helsetilsyn har gitt ut.

I mindre kommuner kan en mangle nødvendig kunnskap i forhold til brukergrupper som

har spesielle behov for bistand. Sosial- og helsedirektoratet vil derfor anbefale kommuner etablere praktiske interkommunale samarbeidsløsninger innen områder hvor det er vanskelig å rekruttere og beholde eget personell med tilfredsstillende kompetanse.

7.2.1 Veiledning. Undervisning. Utdanning

Ulike former for faglig veiledning individuelt eller i gruppe, både i forhold til sak og prosess, bør være en del av kommunens tilbud til ansatte. Skal veiledningen innebære reell kompetanseutvikling, er det en forutsetning at det rekrutteres veiledere med nødvendig faglig kunnskap og kjennskap til kommunalt psykisk helsearbeid. Spesialisthelsetjenesten har et særlig ansvar for dette.

Lokale forhold, behov og ønsker vil avgjøre hvilke områder av psykisk helsearbeid som bør prioriteres og hvordan veiledning, undervisning og utdanning bør foregå. Utdanningstilbud med deltakere fra ulike deler av behandlingskjeden og gruppeveiledning med fokus på arbeidsplassens spesifikke behov har vist seg å ha god effekt både på samarbeid, individuell kompetanse og brukermedvirkning.

Om ønskelig kan kommunene benytte de øremerkede midlene til rekruttering av personell og kompetanseutvikling. Den enkelte kommune kan eksempelvis inngå forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjoner om oppdragsundervisning og evaluering, og med brukerorganisasjoner og brukerstyrte kompetansesentre.

Helseforetakene/DPS-områder skal i løpet av 2005 ha etablert et fast strukturert samarbeid med kommunene om blant annet kompetanseutvikling (St. prp. nr. 1(2004–2005)).

Fylkesmennene v/rådgiverne i psykisk helsearbeid kan gi nærmere informasjon om aktuelle utdanningstilbud.

7.2.2 Kompetansebehov i forhold til voksne med psykiske lidelser

Kommunene har behov for kompetanse i psykiatrisk diagnostikk, utredning og vurdering med hensyn til hovedgruppene av psykiske lidelser og somatisk diagnostikk ved organisk betingede psykiske lidelser og psykosomatiske lidelser. Kommunene må også inneha kompetanse til å utrede brukerens sosiale situasjon, hans sosiale nettverk, arbeidsevne og eventuelt vedkommendes økonomiske situasjon.

Tilfredsstillende kompetanse i forhold til behandling, rådgivning og oppfølging må også være tilgjengelig – slik at det eksempelvis kan iverksettes livreddende behandling, kriseintervensjon, rådgivning/støttesamtaler, støttegrupper, medikamentell behandling og funksjonstrening.

Forebyggende arbeid er en viktig del av kommunens innsats i forhold til befolkningen. I forhold til personer med psykiske lidelser må kommunen særlig vektlegge sekundærforebygging med tidlig intervensjon ved starten av psykisk lidelse/rusproblem og tertiærforebygging, eksempelvis tidlig intervensjon ved tilbakefall av lidelse.

7.3 Kunnskap

I veilederen er det lagt vekt på å fremme anbefalinger for praksis, som så langt som mulig er kunnskapsbasert. Det er en utfordring at kunnskapsgrunnlaget er varierende.

På noen områder er kunnskapen til dels lite dokumentert eller lite forskningsbasert. Det eksisterer imidlertid mye viktig erfaringsbasert kunnskap i kommunene, og i prosessen med å utarbeide veilederen er det lagt vekt også på denne kunnskapen.

7.3.1 Forståelse av psykiske lidelser

Psykiske lidelser kan forstås på ulike måter. En retning er den biomedisinske der den psykiske lidelsen framstår som en sykdom knyttet til en nevrobiologisk feilfunksjon. En annen retning er den psykodynamiske der en bygger på psykoanalysen som ga innsikt i hvordan drifter og dype følelsemessige behov kan utløse symptomer som angst, aggresjon, nedstemthet eller handlingslammelse. En tredje retning er den sosialpsykiatriske som viste at konflikter mellom mennesker kan utløse konflikter i mennesker. Denne retningen har åpnet for viktige terapiformer som familieterapi og gruppeterapi samt påvirkning av sosiale forhold.

Disse ulike retningene trekkes fram her fordi løsningen i mange tilfelle kan være å kombinere flere innfallsvinkler samtidig, som å behandle pasienten i lokalsamfunnet der han eller hun lever, å trekke familie eller nettverk inn i behandlingen og bruke medisiner der dette trengs, eventuelt i kombinasjon med samtaleterapi.

Utfordringen for ansatte er å respektere og anerkjenne hverandre og samhandle på tvers av ulike faglige posisjoner. Samtidig er det viktig å ha en pågående debatt om hvordan de psykiske lidelsene skal forstås og hvordan hjelpearbeidet skal drives.

7.3.2 Fagkunnskap og brukerkunnskap

Kunnskap er et vanskelig vitenskapsteoretisk begrep, og det eksisterer en rekke ulike kunnskapsformer. Ansatte som arbeider med psykisk helsearbeid trenger basiskunnskap om psykiske lidelser og kunnskap om følger lidelsen kan få. I tillegg er det viktig å forstå at kunnskap er situasjonsbetinget og avhengig av hvilket perspektiv man velger. Kunnskap fra recoveryforskning forteller oss at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan komme seg og at mange kan greie seg i arbeid. Dette er et viktig perspektiv i arbeidet.

I psykisk helsearbeid er det avgjørende å få fram hva brukeren opplever som betydningsfullt for å bli bedre. For mange brukere vil hus, mat, penger, venner, kjæreste, familie og helse være viktigere enn symptomer, diagnoser og behandlingsprinsipper. Brukerne og pårørende vet noe viktig om det å ha psykiske vansker, og deres kunnskap er nødvendig i psykisk helsearbeid.

Brukerkunnskap på individnivå omfatter den enkeltes livserfaring, inkludert erfaring med å ha psykiske vansker eller å være en pårørende til en med psykiske vansker. I brukerkunnskapen ligger erfaringer med hvilke følger psykiske lidelser kan ha og erfaringer fra møtet med hjelpeapparatet. Denne kunnskapen må hjelperen anerkjenne.

Brukerkunnskap på gruppenivå omfatter akkumulert kunnskap om å være bruker eller pårørende. Dette er generell kunnskap som gjelder mange og som må utgjøre en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget når fagfeltet psykisk helsearbeid skal utvikles. Denne kunnskapen er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Den må suppleres med kunnskap om det enkelte mennesket.

Fagfolk får brukerkunnskap av brukere og pårørende i individuelle møter. Denne kunnskapen er nødvendig for arbeidet i den aktuelle situasjonen og den bidrar til å bygge opp den ansattes kunnskapsbase. Brukerundersøkelser er nødvendig for å fremskaffe kunnskap og for å vurdere tjenestenes kvalitet.

Det kan også legges til rette for innhenting av brukerkunnskap for eksempel ved at brukere lønnes for å utføre brukerundersøkelser og at brukerorganisasjonene sikres økonomiske muligheter for kunnskapsinnhenting.

En god hjelper må være trygg, og solid kunnskap bidrar til trygghet. I tillegg har alle mennesker sine personlige erfaringer som er med og avgjør hvem de er som mennesker og fagutøvere. Personlig egnethet er en betingelse.

7.4 Gode råd

- Godt psykisk helsearbeid er avhengig av at kommunen selv besitter eller gjennom forpliktende samarbeid med andre får over tilstrekkelig kompetanse både i omfang, bredde og type.
- Det er viktig at kommunen i nødvendig utstrekning har fagpersonell med fremmedkulturell forståelse.
- For å kunne yte tjenester med omfattende krav til spesialisert kompetanse kan det være fordel for brukere og fagpersoner at kommuner samarbeider om oppgaver. Manglende samarbeid vil kunne føre til at særlig mindre kommuner ikke vil få over slik kompetanse selv om den anses helt nødvendig.
- Det er viktig hele tiden å huske at kompetanse handler like mye om arbeidserfaring, sosiale ferdigheter og personlige egenskaper som om formell utdanning.
- Det bør foretas en gjennomgang av dagens kompetanse innenfor psykisk helsearbeid i kommunen med utgangspunkt i de funksjonene som skal dekkes med avklaring av hvilke områder det er hull og mangler og hvor kompetanseutvikling bør skje. En slik gjennomgang legger grunnlag for å utarbeide en kompetanseplan i nært samarbeid med representanter for brukere og ansatte.

8 Brukerperspektivet. Brukermedvirkning. Selvhjelp

Mestring er en sentral verdi i psykisk helsearbeid, og det er en overordnet målsetting at Opptrappingsplanen skal bidra til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Mestring kan være et problematisk begrep om det assosieres med å vinne eller bli enda flinkere. En oppfatning av mestring kan legge stein til byrden for folk som strever med å håndtere problemene sine. Man må vektlegge mestring som mulighet og se helheten framfor å fokusere ensidig på de problematiske delene. Hjelperen bør legge opp til at brukeren får positive mestringserfaringer og forbygge opplevelse av avmakt.

Anerkjennende samhandling gir et godt utgangspunkt for å utvikle gode behandlernetter med likeverdig, tverrfaglig samarbeid. Anerkjennelse innebærer gjensidighet. Bruker og hjelper er likeverdige samhandlingspartnere der begge har ansvar, men ulikt ansvar. Den profesjonelle hjelperen skal som en del av sitt faglige og etiske ansvar legge til rette for at brukeren skal kunne komme med sitt.

Empowerment har med «myndiggjøring» å gjøre. Til grunn for tilnærmingen ligger et syn på mennesket som den fremste eksperten på sitt eget liv og som selv vet best hva som er bra, nyttig og viktig for ham eller henne. Empowerment rommer både en individuell og en strukturell dimensjon. Den individuelle er rettet mot prosesser og aktiviteter som har til hensikt å øke individets kontroll over eget liv ved å bidra til mer selvtilit, bedre selvbylde og økte kunnskaper og ferdigheter slik at vedkommende kan identifisere faktorer som begrenser muligheter for egenkontroll. Den strukturelle dimensjonen omfatter barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende muligheter til å ha kontroll over eget liv. Det sentrale er å se sammenhengen mellom livssituasjonen den enkelte er i, det personlige, og det samfunnsmessige eller politiske. Empowerment handler om maktoverføring og er en ideologi hvis mål er å redusere maktubalansen mellom hjelper og bruker.

I psykisk helsearbeid er det viktig å erkjenne at det også mellom ulike profesjonelle grupper er ulik maktfordeling. Empowerment kan derfor også være et spørsmål om å myndiggjøre de hjelperne som arbeider nærmest brukeren.

8.1 Hvorfor brukermedvirkning?

Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller representative organisasjoner som er eller blir påvirket av en tjeneste/et tiltak skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjenesten/tiltaksutformingen (Norges Handikapforbund).

Handikapforbundet betegner brukermedvirkning som en arbeidsform. En slik arbeidsform kan sies å være et virkemiddel for å oppnå bedre tjenester, men brukermedvirkning har også en egenverdi.

Tjenestene trenger brukermedvirkning for å rette opp svikt og brister og skape bedre tjenester. Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil dermed kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever, bli forsterket. Brukermedvirkning har også en egenverdi fordi mennesker som søker hjelp gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Tradisjonelt har pårørende i liten grad vært involvert i planlegging og gjennomføring av tiltak i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Selv om det noen ganger vil være konfliktfylte relasjoner mellom bruker og pårørende eller mellom pårørende og hjelpeapparat, er pårørende som oftest viktige medspillere med kunnskap om den sammenhengen som brukeren står i. Pårørende vil dermed kunne være en viktig ressurs, også for tjenesteapparatet. I utformingen av psykisk helsearbeid og i utviklingen av brukermedvirkning må pårørende involveres, og kommunen må ha for øye at også pårørende har behov for støtte og omsorg.

8.2 Brukerorientering. Brukermedvirkning. Brukerstyring

Graden av brukers involvering i beslutningsprosesser er avhengig av hvilket perspektiv en anvender. Brukerorientering kan ha to betydninger; at fagfolk setter seg ned og prøver å tenke som brukere, eller at brukere orienteres om de beslutningene fagpersoner eller tjenestesteder har fattet. Brukermedvirkning – enten det er på system-, tjenestesteds- eller individnivå – innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Brukerstyring er det tale om når brukere styrer tjenesten eller tiltaket (Rådet for psykisk helse 2004, Mental helse 2004).

8.3 Utfordringer

En står overfor en rekke utfordringer når en skal styrke brukermedvirkningen. For det første kan fagpersoner være preget av holdninger og en innarbeidet praksis som hindrer økt brukerinvolvering. For det andre er mange brukere sårbare og har lave forventninger til sin egen innsats. For det tredje er ikke brukerne i utgangspunktet gitt noen sentral plass i de fleste kommunale politiske og administrative systemer. Kommuner mangler i stor grad struktur og metodikk for hvordan kontakten mellom kommune og interesseorganisasjoner skal utøves.

Det er i utgangspunktet et skjevt maktforhold mellom den som søker hjelp og den som yter hjelp. Tjenesteapparatet har makt både til å definere problemet og løsningene, organisatorisk makt og samhandlingsmakt. Brukermedvirkning innebærer å endre eksisterende maktforhold, både på individ-, gruppe- og systemnivå. Dette vil oppleves som utfordrende både for den enkelte tjenesteutøver, tjenestestedene og det politisk/administrative nivået. Det er derfor viktig å utvikle trygge fagpersoner slik at de tør å høre på brukere og pårørende.

Gjensidig respekt og god kommunikasjon er grunnleggende for en likeverdig dialog og en forutsetning for brukervedvirkning. Tjenesteyteren må gjennom sin praksis og væremåte legge til rette for et godt personlig møte mellom bruker, pårørende og tjenesteapparat. Det er i møtet mellom enkeltmennesker at man legger grunnlag for trygghet, forståelse og likeverd. Følgelig må det legges stor vekt på hvordan dette kan bli best mulig. Bl.a vil det være vanskelig å utvikle gode relasjoner når tjenesteytere og kontaktpersoner blir mange og skiftende. Men med det langtidsperspektivet et kommunalt tjenestetilbud ofte innebærer, vil det kunne være gode muligheter for å legge til rette for stabile og trygge forhold.

Reell brukervedvirkning fordrer en endring både i den tradisjonelle pasientrollen, hvor brukeren er en passiv mottaker, og i fagutøverrollen, hvor denne sees på som ekspert. Brukeren må oppfordres og støttes til å se på seg selv som ekspert på eget liv, og som en som kan målbære sine mål, behov og ressurser. Til samme tid må fagfolkene være villige til å gi opp sin suverene posisjon og se på brukeren som en helt nødvendig medspiller i arbeidet. Fagpersonen må gå fra å være «ekspert» til å bli en samarbeidspartner, der fagkompetansen tilrettelegges og formes på brukerens premisser og ut fra brukerens behov. Brukerorienteringen eller brukerperspektivet, må få en sentral plass. Dette forutsetter blant annet at den enkelte ansatte må søke å utvikle sin evne til å fange brukerens perspektiv og forståelse. I det kommunale arbeidet med brukervedvirkning er det derfor nødvendig å ha oppmerksomhet mot både brukerne og fagpersonene.

Brukermedvirkning gir rettigheter og plikter både for bruker og fagperson. Det gir brukeren rett til å påvirke sitt eget tjenestetilbud. Det er viktig at den enkelte brukeren deltar og er aktiv ut fra sine forutsetninger. Plikten innebærer å høre på brukeren, la ham delta og la hans synspunkter og deltakelse få konsekvenser. Samtidig som det er et sterkt ønske om å utvikle både bruker- og fagpersonrollen i slik retning, ligger det samtidig flere mulige uheldige konsekvenser i praktiseringen av disse pliktene og rettighetene. Blir brukernes deltakelse, eksempelvis i planutvalg, kun et alibi? Det er nødvendig at en i kommunens utvikling av brukervedvirkning stiller spørsmål ved den praksisen en utformer.

8.4 Brukerkompetanse

Brukermedvirkning forutsetter at brukeren har kompetanse og ressurser og vet en del om «hva som hjelper». For at brukervedvirkning skal bli en realitet, er det derfor nødvendig at brukerne og deres organisasjoner tilføres kompetanse og ressurser. Det kan være fornuftig å tenke på brukerundervisning litt i «skoleforstand». En del brukere trenger mye informasjon for å klare å tematisere sine hjelpebehov. Mange kommuner gir eksempelvis ennå ikke økonomisk eller annen støtte til lokal- eller fylkeslag av bruker- eller pårørendeorganisasjoner. I samarbeid med enkeltbrukere og organisasjoner bør kommunen finne egnede virkemidler for å øke brukerkompetansen herunder ulike former for brukeropplæring. Tiltakene bør både være innrettet mot den enkelte brukeren i forhold til gruppebaserte aktiviteter som eksempelvis et dagsenter og i forhold til det politisk/administrative nivået ved å bidra til å styrke bruker- og pårørendeorganisasjoner. En særskilt utfordring er å utvikle kompetansen til dem som skal representere brukerne i forhold til offentlige myndigheter for å unngå at de blir et alibi og dermed ikke reelle talsmenn med innflytelsesmulighet.

8.5 Brukermedvirkning i praksis

Rådet for psykisk helse (2004) skiller mellom tre nivåer når de drøfter hvor det skal være brukervedvirkning; det politiske nivået, tjenestestedsnivået og individnivået. Skillet er nødvendig både av faktiske, analytiske, pedagogiske og dynamiske årsaker. Å etablere gode systemer for brukervedvirkning på disse tre nivåene er et lederansvar! Det skal legges til rette for endringer på fagpersonsnivå, og brukervedvirkning skal inngå som en del av systemets arbeidsmåte. Opplæring i brukervedvirkning må ses som et organisasjons spørsmål og ikke bare som en oppgave for den enkelte. På den måten kan en sikre at kunnskapen omsettes i praktisk handling.

8.5.1 Det politisk/administrative nivået

For kommunene vil dette handle om hvordan man etablerer rutiner for brukervedvirkning i utviklingen av det kommunale psykiske helsearbeidet. En viktig arena her vil være det kommunale planarbeidet. En særlig utfordring knyttet til brukervedvirkning på dette nivået er at brukerne ofte er i mindretall. Kommunen bør være oppmerksom på hvordan en legger opp arbeidet slik at brukerne kan medvirke på egne og ikke på myndighetens premisser. Det anbefales at det alltid bør være to eller flere brukerrepresentanter med i råd og utvalg. Det bør også være en selvfølge at brukerrepresentantene honoreres i henhold til gjeldende regler for deltakelse i råd og utvalg og som et minimum får dekket sine kostnader knyttet til reise, opphold, tapt arbeidsfortjeneste og lignende.

Det er viktig å opprette møteplasser mellom brukerorganisasjoner og beslutningstakere. Mange lykkes med dette. Men det kan være krevende å involvere brukere bredt. I forhold til brukervedvirkning mot det politisk/administrative nivået bør kommunen vurdere en kombinasjon av representativ deltakelse og brukerhøringer, hvor en inkluderer større brukergrupper i utviklingen av et område eller et tiltak. Brukermedvirkning på systemnivå er langt mer enn deltakelse i planutvalg. Brukerne sitter med mye kunnskap om tjenestenes faktiske innhold og om hvordan de er tilpasset deres behov. Dette er nødvendig kunnskap for å utforme et effektivt og målrettet tjenestetilbud.

Eksempler på kommunenivå

Da planen for det psykiske helsearbeidet skulle revideres, opprettet man i Sandnes kommune en egen arbeidsgruppe bestående av brukerrepresentanter fra Mental helse og representanter for pårørende samt to representanter fra kommunen. I tillegg hadde man to arbeidsgrupper bestående av fagfolk. Alle grupper fikk de samme temaene og problemstillingene å jobbe med, og referater ble utvekslet på tvers av gruppene. Poenget med en slik organisering var å styrke brukernes reelle mulighet til å delta. For å ivareta den løpende samhandling har Sandnes også regelmessige møter mellom Mental Helse, Landsforeningen for Pårørende i psykiatrien (LPP), koordinator for psykisk helsearbeid og andre relevante ansatte i kommunen.

I Øksnes kommune har man også valgt å etablere en fast arena mellom Mental helse sitt lokallag og fagmiljøene. Her har de etablert et lokalt råd for lokalsamfunnspsykiatri. Her deltar fagpersoner fra kommunen og spesialisthelsetjenesten (DPS) og politikere fra helse- og sosialstyret. Brukerrepresentantene er i flertall, og fagpersonene som stiller har vedtakskompetanse.

8.5.2 Tjenestestedsnivået – den enkelte virksomhet

Ikke minst tjenestenivået har vært en utelatt arena for brukermedvirkning. I en kommune vil det være mange tjenester og tiltak hvor brukerne bør medvirke i langt større grad enn i dag. Brukermedvirkning på dette nivået gir mulighet for større nærhet til dem som beslutter og dem som iverksetter. Tiltakene kan derfor lettere tilpasses brukernes lokale behov. Det er samtidig en utfordring å etablere egnede fora og skape reell innflytelse for brukerne.

Eksempler på tjenestestednivå

Det finnes en rekke eksempler på brukermedvirkning på tjenestestednivå. Flere av stedene er brukerstyrte: Amalie Skrams hus i Bergen (aktivitetshus/treffsted), Fontenehusene i Stavanger, Oslo og Hønefoss (brukerstyrte klubbhus), Hieronimus i Bergen (informasjonssenter med vekt på angst og depresjon. Egen pratekanal på internett), Huset i Larvik (brukerstyrt aktivitetshus) og KIM-senteret i Trondheim (basis i Mental helses ideologi om aktiv bruk av deltakernes erfaringer, egeninnsats og innflytelse).

8.5.3 Individnivået

Brukermedvirkning for den enkelte betyr at brukerens egne bidrag betyr noe, at de har konsekvenser både for hvordan tilbudet blir utformet og hvordan møtet mellom brukeren og tjenesteyteren er. Uten en slik innflytelse er det ikke brukermedvirkning. Dette forutsetter grunnleggende endringer både hos brukeren og tjenesteyteren. En viktig form for brukermedvirkning på individnivå vil være arbeidet knyttet til individuell plan (jfr. kapittel 11). Når mange kommuner har kommet kort i arbeidet med individuell plan, er dette en sterk indikasjon på at det ennå er langt igjen til brukermedvirkningen er reell i arbeidet i forhold til mennesker med psykiske lidelser.

En forutsetning for brukermedvirkning på individnivå er at brukere og pårørende får informasjon som er god nok som grunnlag for å kunne medvirke til valg om egen helse. Informasjonen må tilpasses brukerens forutsetninger og understøttes av skriftlig materiale.

8.6 Selvhjelp

Nasjonal plan for selvhjelp (SHdir, Rapport IS 1212) legger grunnlaget for en systematisk oppbygging og styrking av selvhjelpsfeltet.

Selvhjelp kan bidra til at den enkelte mestrer sitt eget liv bedre. Selvhjelp er også en måte å synliggjøre og formidle erfaringsbasert kunnskap på og et «verktøy» for styrket brukermedvirkning. Selvhjelp handler om å nyttiggjøre seg brukerbasert kunnskap og kan på sikt bidra positivt i holdningsendrende arbeid. Brukerkunnskap er nødvendig for å kunne yte riktig hjelp og for å starte endringsprosesser og aktivere brukernes iboende ressurser. Selvhjelp fjerner ikke nødvendigvis behovet for bistand, men det kan gjøre den enkelte bedre i stand til å uttrykke sitt problem, mobilisere egne krefter og kunnskap og dermed skape grunnlag for mestring og en bedre livskvalitet.

Selvhjelpsarbeidet bygger på egenmotivasjon, en aktiv deltakerrolle og den enkeltes ansvar for å gjøre noe med egen hverdag. Selvhjelp er en prosess som kan benyttes av den enkelte, alene eller i gruppe. Å delta i en selvhjelpsgruppe kan også bidra til å styrke mulighetene til å nyttiggjøre seg profesjonell bistand. Kommunene bør legge til rette for slik virksomhet.

8.7 Gode råd

- Et godt samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner gir resultater i form av bedre tjenester. Tjenestene trenger brukermedvirkning for å rette opp svikt og brister og skape bedre tjenester. Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon.
- En forutsetning for et godt samarbeid med brukeren er at brukere og pårørende sikres nødvendig informasjon. Informer tydelig, både brukere og pårørende. Muntlig informasjon må tilpasses brukerens forutsetninger og bør understøttes av skriftlig materiale.
- Kommunene bør i tillegg til å ha med brukerrepresentanter i faste eller avgrensede råd og utvalg etablere brukerråd der brukerne kan medvirke i utformingen av tjenestetilbudet (Sosial- og helsedirektoratet 2005, Rundskriv IS – 1/2005). Erfaringer viser at brukerråd som organisert størrelse må tilføres kompetanse og ressurser for å fungere som reell samarbeidspart for det offentlige. Gjennom å honorere brukerrepresentantene i henhold til gjeldende regler for deltakelse i råd og utvalg og at disse som et minimum får dekket sine kostnader knyttet til reise, opphold, tapt arbeidsfortjeneste og lignende, synliggjøres respekt for brukerorganisasjonene og den kompetansen de representerer.
- Gjennom å legge til rette for at brukerne selv organiserer selvhjelpsgrupper, ved å organisere møteplasser, bidra økonomisk og lignende kan mange nås med tiltak for relativt enkle midler samtidig som det å være i gruppe har en egenverdi. Kommunene kan motivere til grupper, men etablering bør skje på brukernes initiativ.

9 Kvalitetsarbeid og internkontroll

9.1 Lovgrunnlaget

Krav til faglig forsvarlighet er lovfestet for alt helsepersonell. Kommunehelseloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven, forvaltningsloven og offentlighetsloven stiller alle krav til faglig forsvarlig virksomhet innen helse- og sosialtjenesten i kommunen. Sosialtjenesteloven inneholder ikke tilsvarende generelle bestemmelser om faglig virksomhet, men kravet følger implisitt av lovens formåls- og tilsynsbestemmelser og av alminnelige regler om god forvaltningsskikk.

Lov om statlig tilsyn, Lov om helsepersonell og forskrift om pasientjournal regulerer organisering og dokumentasjonen av arbeidet. Spesialisthelsetjenesteloven lovfester plikt for disse tjenestene til veiledning av kommunehelsetjenesten.

9.2 Internkontroll

Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og kontroll for å sikre forsvarlige tjenester (se Forskrift om internkontroll). Kommunens plikt til internkontroll gjelder alle som yter tjenester etter sosialtjenestelovens kapittel 4, 4 A, 6 og 7 og alle som yter helsetjenester, også tjenester som ytes av private utførere.

Den enkelte ansatte har plikt til å utøve sitt arbeid på en forsvarlig måte. Denne plikten må sees i sammenheng med kommunens overordnede ansvar for å sikre forsvarlig virksomhet fra alle som yter kommunale tjenester. Internkontrollen skal sjekke at prosedyrer følges. For å sikre forutsigbarhet der dette er mulig, bør det blant annet kontrolleres at kommunens egne prioriteringskriterier følges.

Til samme tid som det er viktig med skriftlige prosedyrer – og at disse følges – skal en unngå unødvendig byråkratisering. Uviktige og selvfølgelige prosedyrer bør ikke beskrives. Risiko- og sårbarhetsanalyser kan brukes for å identifisere sårbare områder som må beskrives.

Sosial- og helsedirektoratets veileder «Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i Sosial- og helsetjenesten» kan være et godt hjelpemiddel til å etablere og vedlikeholde internkontrollsystemer.

9.3 Kvalitetsforbedring i psykisk helsearbeid

I «... og bedre skal det bli!» (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten) er det mangetydige kvalitetsbegrepet konkretisert og prinsipper for kvalitetsforbedringsarbeid nedfelt. God kvalitet i tjenestene kjennetegnes av at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet

- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og samordnet

Disse kjennetegnene rommer så vel myndighetskrav som faglige føringer tuftet på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap og gjelder for alle deler av tjenestene og for tjenestene samlet.

Trygghet og tillit er betingelser for samarbeid mellom bruker og hjelper, og det bygges opp over tid. Det er avgjørende at ansatte kan være medmennesker som kan gi trøst, støtte og håp. Det betinger kontinuitet i tjenestene. Samhandling er prosesser som i liten grad er forutsigbare, og standardisering i form av like tilbud til alle bryter med de prinsippene som legges til grunn for individuelt tilpassede tjenester.

Kvalitetsarbeidet bør handle om å organisere tjenestene på en måte som gir rom for både fleksibilitet og kontinuitet. Brukerne har erfart hva som var gode tjenester for dem og er viktige premissleverandører for kvalitetsforbedring i det psykiske helsearbeidet.

9.3.1 Evalueringsmetoder

Det er viktig å lære av eksisterende praksis og vurdere om iverksatte endringer har virket etter hensikten. Brukernes vurdering og tilbakemelding er selvfølgelig svært viktige, men en bør være oppmerksom på at de ofte underkommuniserer sine negative erfaringer. Forskning og forbedringsarbeid ved hjelp av kvalitative metoder, spesielt bruk av gruppeintervju og undersøkelser der brukere intervjuer brukere, kan bidra til mer kritiske svar. Ulike metodiske tilnærminger er nødvendige for å fremskaffe ulike typer kunnskap som kan utfylle og utfordre hverandre.

Lokal brukermedvirkning i evaluering og utvikling av tjenester er nyttig i kvalitetsarbeidet ved å identifisere forbedringsområder og foreslå forbedringstiltak. Kommunen bør legge inn i evalueringssystemene at kommunalt psykisk helsearbeid innebærer nye praksisformer og nye arenaer med deltakende brukere. KS arbeider med et opplegg for brukerundersøkelser. Dette vil være tilgjengelig fra høsten 2006.

9.3.2 Utvikling av relevante kvalitetsparametere

Kunnskapen om hva som er godt kommunalt psykisk helsearbeid er begrenset, og vi mangler veldefinerte indikatorer på kvalitet. Det er et statlig ansvar å utvikle slike indikatorer. Når indikatorene skal utvikles må kvalitetsbegrepet konkretiseres for praksisfeltet, og indikatorene må forankres i de vurderingene som brukere og pårørende har av forhold som er relevante for kvaliteten. Det som oppleves som viktige områder for brukeren, bør være sentrum for oppmerksomheten. Sosial- og helsedirektoratet arbeider fram mot våren 2006 med å nedfelle kvalitetsindikatorer med basis i de åtte hovedutfordringene (jf. kapittel 1) som er definert for psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. De kvalitetsindikatorene som framkommer gjennom dette arbeidet skal være til nytte også for tjenestene på kommunalt nivå.

9.3.3 Det faglige innholdet i tjenesten

Helse- og sosialtjenester skal ytes på grunnlag av oppdatert kunnskap. For psykisk helsearbeid er det viktig å tydeliggjøre ulike kunnskapstradisjoner og forståelsesformer og skape aksept for at ulike typer kunnskap er nødvendig. Idealet for psykiatrisk forskning har vært klinisk kontrollerte forsøk med standardiserte opplegg. Det etterlyses vitenskapelige studier hvor også den menneskelige samhandling som har foregått innenfor de standardiserte oppleggene gjøres til gjenstand for utforskning. Det blir i den forbindelse viktig å minne om at forskningsbasert kunnskap også omfatter studier basert på humanistiske og samfunnsvitenskapelige forskningstradisjoner, ofte med utgangspunkt i brukernes egne erfaringer.

9.3.4 Tjenester som er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Trygghet er å vite at man kan få hjelp når behovet er der og at det er lett å få kontakt med helperne. Døgnåpne lavterskeltilbud foretrekkes av mange. Ønske om kvelds- og helgeåpne møteplasser fremkommer stadig, og det bør være utgangspunkt for planlegging av tilbud. Brukerne er de som best kan vurdere om tilgjengeligheten er god eller ikke. Dette er et ressursmessig og praktisk spørsmål.

Ansatte i sosial- og helsetjenesten har etter helsepersonellovens § 6 plikt å sørge for god ressursutnyttelse. Det omfatter riktig prioritering, hensiktsmessig organisering og godt utført fagarbeid. Rettferdig fordeling av tjenester krever en bevisst prioritering ved at ansatte utarbeider prioriteringskriterier i tråd med overordnede føringer. At man holder seg til egne prioriteringskriterier bør sjekkes ved kommunens internkontroll.

9.4 Respekt for brukeren

Det er i møte mellom bruker og tjenesteutøver at tjenestens kvalitet faktisk oppleves. Psykisk helsearbeid handler ofte om tjenester som griper inn i brukerens hverdag med betydning for den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes i samarbeid med brukeren, og hans eller hennes medvirkning og selvbestemmelsesrett må vektlegges i så vel planlegging som endelig utøvelse av tjenesten.

«Å bli møtt med respekt og omtanke i kombinasjon med faglig god behandling, vil for de fleste være uttrykk for god kvalitet. Den enkelte utøvers kompetanse og evne til å skape en god relasjon og handle etisk forsvarlig vil derfor være av stor betydning.» (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten.)

Tjenester til mennesker med psykiske lidelser skal bygges opp i kommunene der folk bor. Opptappingsplanen vektlegger en tjenesteorganisering ut fra brukernes behov, hvor tjenestene samordnes og individuelt tilpasses. Utviklingen av individuell plan (se kapittel 11) gjenspeiler den vekten som legges på dette.

Krav til faglig forsvarlige tjenester etter helsepersonelloven er en rettslig standard og består av tre hovedelementer: Tjenestene må

- holde tilfredsstillende kvalitet
- ytes i tide
- ytes i tilstrekkelig omfang

Kontinuitet og tilgjengelighet er også sentrale kvalitetskriterier. Det samme er tilstrekkelig informasjon, eksempelvis om de rettighetene en har som mottaker av kommunale tjenester. Kvalitet i tjenestene henger nøye sammen med den kompetansen den enkelte tjenesteutøver har og den samlede kunnskap som eksisterer i kommunens psykiske helsearbeid.

9.5 Gode råd

- Trygghet og respekt er særlig viktig for mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende. Det er viktig å informere brukeren og pårørende om både kvaliteten, innholdet og omfanget av det tilbudet som kommunen og samarbeidspartene kan yte. Informer både skriftlig og i den muntlige kontakten.
- Det kan være nødvendig, særlig i større kommuner, å sjekke med jevne mellomrom om tjenester blir tilbudt i henhold til den informasjonen som er gitt brukere og pårørende. Brukerundersøkelser og dialogmøter med brukerorganisasjonene kan være et viktig supplement til den løpende dialogen med brukeren og pårørende.
- Lag en rutine for hvor og hvordan brukeren og pårørende enkelt kan henvende seg dersom de mener å ikke ha fått de tjenestene de er lovet. Et enkelt skjema eller en loggbok som ansatte som møter brukeren jevnlig benytter, er muligheter. Om dette er enkelthendelser eller tilstand over tid er viktig å få fram. Vis hvordan henvendelser følges opp. Dette viser respekt for brukeren og pårørende.
- Det ligger mye rom for forbedringer av tjenestene i å gjennomgå avvik som er funnet, enten gjennom de kontroller kommunen selv gjør eller som resultat av meldinger fra brukeren og pårørende.
- Resultater fra tilsyn utført av Helsetilsynet i fylket vil være nyttige i arbeidet med å forbedre tjenestene.
- Kvalitetsutviklingsarbeid er et lederansvar. Det er særlig viktig at ansatte føler at nedtegning av avvik er et virkemiddel for å oppnå den ønskede kvaliteten med tjenestene og ikke for å føre kontroll med de ansatte. Skap brede dialoger rundt tilbakemeldingene og gi brukerorganisasjonene og ansatte anledning til å foreslå tiltak for å rette mangler. Et godt samarbeid med de tillitsvalgte er også viktig.

10 Lovgrunnlaget. Saksbehandling

10.1 Lovgrunnlaget

I dette avsnittet gis en oversikt over lovene som regulerer arbeidet med mennesker med psykiske lidelser i kommunene. Selv om ikke begrepet «psykisk helsearbeid» er nevnt eksplisitt i disse lovene, omfattes mennesker med psykiske lidelser av de tjenestene som lovfestes. Tilsvarende gjelder lover som regulerer rettigheter og plikter, saksbehandling m.v.

De aktuelle lovbestemmelsene med tilhørende forskrifter og rundskriv er omhandlet under de aktuelle kapitlene utover i veilederen. Det vises også til Sosial- og helsedirektoratets internettside www.shdir.no.

Lovene som hjemler tjenester til mennesker psykiske lidelser i kommunene er først og fremst:

- Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982 nr. 66 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om sosiale tjenester mv (sosialtjenesteloven) av 13. desember 1991 nr. 81 med relevante forskrifter og rundskriv.

Andre generelle lover av særlig betydning er:

- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64 med relevante forskrifter.
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) av 30. mars 1984 nr. 15 (§ 3 om plikten til å opprette internkontrollsystem).
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967 med relevante forskrifter.

Også spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, folketrygdloven, barnevernsloven, sysselsettingsloven og opplæringsloven inneholder bestemmelser som får konsekvenser for kommunenes psykiske helsearbeid for voksne. Lovene forvaltes av ulike deler av tjenesteapparatet, og etterlevelse til beste for mennesker med psykiske lidelser forutsetter derfor et nært samarbeid mellom kommunale tjenestesteder, spesialisthelsetjenesten og lokale statlige organer.

I henhold til pasientrettighetslovens § 3.1 har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen, herunder også rett til å medvirke ved valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningsretten gjelder også muligheten til å evaluere tilbudet i ettertid, hvor pasienten så langt mulig også skal trekkes inn hvis helsetjenesten evaluerer helsehjelpen. En tilsvarende bestemmelse finnes i Sosialtjenestelovens § 8–4, hvor det heter at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten. Det skal her legges stor vekt på hva klienten mener. En viktig forutsetning er at pasienten har

fått tilstrekkelig informasjon. Pasientrettighetslovens § 3–2 gir pasienten rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Lov om råd eller annen representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsatt funksjonsevne m.m. slår fast at kommuner og fylkeskommuner skal sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne blir sikra åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i arbeidet med saker som er særlig viktige for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I denne loven nevnes ingen spesielle gruppers rett til medvirkning, men det er naturlig at representanter for brukerorganisasjonene innen psykisk helse får plass i rådet eller annen representasjonsordning som kommunen etablerer.

10.2 Saksbehandling

Her vises til «Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten» (Sosial- og helsedirektoratet, 2003 IS–1040). Denne veilederen skal nå ajourføres. Saksbehandling innen psykisk helsearbeid i kommunene vil bli vurdert i den forbindelse.

11 Individuell plan

11.1 Brukerens egen plan

Sosial- og helsedirektoratet utga i oktober 2005 ny veileder for arbeid med individuell plan (INDIVIDUELL PLAN 2005 Veileder til forskrift om individuell plan IS–1253). Lovgrunnlaget ble i 2003 utvidet til også å inkludere tjenester etter sosialtjenesteloven. Ny forskrift om individuell plan forelå 1. januar 2005. Brukere som etter sosialtjenesteloven har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har nå rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Vi viser til denne veilederen, og vil i dette kapitlet kun trekke fram enkelte forhold ved individuell plan med særlig betydning for psykisk helsearbeid.

En individuell plan skal være brukerens egen plan. Det betyr at de målene som settes opp skal reflektere personens ønsker og behov. Planen skal styrke brukerens posisjon som part i arbeidet. Utgangspunktet er den enkeltes ressurser og mestring i hverdagen. For fagpersonene ligger utfordringene i å ta brukeren på alvor, respektere hans eller hennes beskrivelser av virkeligheten og legge brukerens ønsker og mål til grunn for den bistanden som ytes. Forskning har vist at ordningen med en personlig koordinator er av avgjørende betydning for tjenestemottakeren.

Å snakke med fagpersoner om egne problemer, behov for hjelp og ønsker og mål i livet, krever åpenhet og gjensidig tillitt og at alle som deltar opplever seg likeverdige. Å få utarbeidet en individuell plan handler også om å stille krav til tjenestemottakeren, både krav

om deltagelse i kartlegging og til å ville bruke egne ressurser når tiltak planlegges. I kartleggingsprosessen er det viktig at alle livets områder (hjem og dagligliv, arbeid, sosialt fellesskap, helse og økonomi) blir drøftet.

I perioder av livet vil brukeren ikke make å tenke framover og vedkommende vil finne det vanskelig å samarbeide om en individuell plan. Selv om fagpersonen er klar til å starte et planarbeid, er det ikke alltid at brukeren er det. I noen tilfeller vil det være viktigere å sikre at brukeren deltar aktivt enn å prioritere rask framdrift i planarbeidet. Flere har erfart at arbeid med individuell plan kan bedre brukerens selvtillit, gi vedkommende større tro på egne ressurser og sterkere håp om positive endringer. For å oppnå en slik effekt må brukerens ønsker, mål og ressurser tas på alvor.

11.2 Planprosessen

Både tjenesteytere i kommuner og i helseforetak har en selvstendig plikt til å starte planprosessen. For mennesker med psykiske lidelser kan det være fornuftig med et like-lydende ansvar ettersom mange mottar tjenester fra både kommuner og helseforetak.

I en erfaringsrapport av Trefjord og Hatling (2004) vises det til et prosjekt gjennomført i Rogaland, med mål om å prøve ut individuell plan som et verktøy for å styrke samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten, kalt Samhandlingsprosjektet. En konklusjon fra dette prosjektet er at det i noen tilfeller var viktigere med brukermedvirkning enn å prioritere rask framdrift i planarbeidet. Det viktigste er at brukeren er aktivt deltagende, selv om det fører til at det tar lengre tid å utarbeide en individuell plan.

Flere tjenesteytere i prosjektet rapporterte at individuell plan kan bidra til terapeutiske effekter hos brukeren som bedre selvtillit, større tro på egne ressurser og sterkere håp om positive endringer. Slike effekter mente man kan komme blant annet av at brukerens ønsker, mål og ressurser ble tatt på alvor ved å vise respekt, ved å lytte til brukeren og ved at brukeren og fagpersonene reflekterte og gjorde vurderingene sammen.

11.2.1 Kommunen har hovedansvaret

Faren med et likeverdig ansvar er at ingen tar ansvar og at brukeren blir en kasteball, noe som må unngås. Hovedansvaret for koordineringen av den individuelle planprosessen legges derfor i praksis til kommunen med nærhetsprinsippet som begrunnelse. Om planprosessen starter opp på spesialistnivå, må den videreføres av kommunen hvor brukeren bor. Spesialistnivået må altså kontakte bostedskommunen, noe som også gjelder om planprosessen starter i det psykiske helsevernet med bakgrunn i at vedkommende er under tvangsbehandling.

Det er viktig å presisere at det i forhold til individuell plan ikke bare er tale om helseproblemer, men også om spørsmål knyttet til arbeid, trygd og utdanning. I forskriften om individuell plan, § 6, første ledd annet punktum, har så vel kommunens helse- og sosialtjeneste som helseforetakene plikt til å samarbeide med A-etat, trygdeetaten og skoleetaten.

11.2.2 Informert samtykke. Krav til god informasjon

Normalt skal en individuell plan ikke utarbeides uten brukerens samtykke. (Det gjelder andre regler når personen er under tvangsbehandling, se neste punkt.) Det er tale om to samtykker. Brukeren skal samtykke i at

- planen utarbeides (§ 5 i forskriften)
- aktuelle deltakere i planarbeidet kan dele nødvendige taushetsbelagte opplysninger om brukeren (§ 9 i forskriften).

Et informert samtykke krever at brukeren får all nødvendig informasjon og at den er forstått. Hva enten det er muntlig eller skriftlig informasjon, skal fagpersonen benytte ord og begreper som brukeren forstår, og all informasjon skal tilpasses den enkelte. Et informert samtykke skal gis på fritt grunnlag. Tjenesteyter har ansvar for at brukerens spørsmål og eventuelle betenkeligheter kommer fram. Å fylle ut et samtykkeskjema må sees som et virkemiddel for å sjekke ut om brukerens ønsker og samtykke er grunnlag for planarbeid og tjenester.

God informasjon om retten til en individuell plan er viktig. Det må formidles at formålet er å gi brukeren et mer samlet tjenestetilbud, at ulike tjenesteytere skal samarbeide til beste for ham/henne, at en ansvarlig tjenesteyter eller koordinator skal ha et hovedansvar, at planen skal være konkret, med klare mål og tidsangivelser og at brukerens mål, ressurser og behov skal komme tydelig fram i planen – foruten at brukeren selv har rett til å medvirke aktivt i hele planen. En slik formidling kan være første steg til å hjelpe brukeren til å delta aktivt i planlegging og utforming av egne tjenester. Bruker, eventuelt pårørende og de fagpersoner som deltar i planarbeidet trenger samme informasjon. Muntlig informasjon bør understøttes med skriftlig.

Erfaringer fra Samhandlingsprosjektet viser at det ikke var vanskelig å innhente samtykke (Trefjord og Hatling 2004). Men en av brukerne har senere gitt uttrykk for at hun var skeptisk til å skrive under fordi hun hadde tanker om at samtykkeerklæringen kunne bli brukt mot henne.

11.2.3 Samtykkets varighet

Hvor lenge et samtykke varer, bestemmes av ønsket til den enkelte bruker. Det anses naturlig at samtykkeerklæringen gjelder for planperioden. Etter evaluering starter eventuelt en ny planperiode, i så fall med en ny samtykkeerklæring.

11.3 Individuell plan for personer under tvangsbehandling

Når en person er under tvangsbehandling skal det lages en plan for vernet jf. § 4.1 i psykisk helsevernloven. Den behandlende institusjon plikter å utarbeide en slik plan. Planen er

en dokumentasjon over tvangsbehandlingen, og det er ikke krav til samtykke fra brukeren. Det psykiske helsevernet skal imidlertid legge til rette for at pasienten kan samarbeide i å utarbeide planen. Når tvangsbehandlingen er over, vil personen ha samme rett som andre tjenestemottakere til å delta i ordningen med individuell plan eller avstå fra dette.

11.4 Forankring og lederansvar

For å lykkes må ordningen med individuell plan forankres på øverste nivå i organisasjonen. Lederne i kommunen og helseforetaket må bidra til at ordningen utvikles og at arbeidet gjennomføres på en måte som sikrer gode og koordinerte tjenester.

Det er ulik praksis i kommunen hva gjelder prosedyrer for arbeidet med individuell plan. I noen kommuner er prosedyrene behandlet i kommunestyret, i andre er rutinene forankret i administrative beslutninger av enten rådmann eller ledelsen for sosial- og helsetjenesten. Skal rutiner og prosedyrer gjelde for alle kommunalt ansatte, bør de behandles på politisk eller på minst rådmannsnivå.

I spesialisthelsetjenesten bør det lages fellesprosedyrer som sikrer at alle pasienter får informasjon om individuell plan og rutiner for hvordan informasjonen skal gis. Spesialistnivået må sikre at helseforetaket arbeider med individuell plan i samarbeid med pasienten og hans eller hennes bostedskommune.

11.5 Opplæring

De ansatte trenger ofte opplæring for å kunne informere om ordningen og formidle på en tydelig måte hva individuell plan er. Å være ansvarlig tjenesteyter eller koordinator er også en rolle det trengs opplæring i. Ettersom mange brukere mottar tjenester fra både kommuner og helseforetak, kan det være fruktbart med felles opplæring for de ansatte.

Felles opplæring som bør gjelde både brukere og fagpersoner, kan bidra til at organisasjonens ressurser utnyttes på en mer treffsikker og brukerorientert måte. Planarbeidet kan medføre at enkelte tjenester og en del møtevirksomhet blir overflødiggjort og at det synliggjøres hvor i velferdssystemet det er behov for å videreutvikle eller endre tjenestetilbud. Ifølge kommunale ledere som har erfaring med individuell plan, gir arbeidsmetoden en mer effektiv, målrettet og brukervennlig utnyttelse av fellesskapets ressurser.

11.6 Samarbeid på systemnivå

Arbeidet med individuell plan må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker (se Forskrift om individuell plan, § 6). For å lykkes må det også på systemnivå fokuseres på samarbeid og koordinering på tvers av faglige og administrative skillelinjer, og på tvers av sektorer, etater og nivåer.

Det er viktig at kommunene, som har hovedansvaret for planarbeidet, utnytter kompetansen fra andre instanser og etater. Diagnostisering, behandling og veiledning påhviler fortsatt spesialisthelsetjenesten, og dette er ofte vesentlige bidrag for å få på plass et koordinert og individuelt tilpasset bistandstilbud. Kommunens sentrale ledelse bør påse at det finnes tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidsfora internt i kommunen.

11.7 Maler for arbeidet med individuell plan

Enkelte kommuner ser på opprettelse av ansvarsgruppe som en forutsetning for å komme i gang med det individuelle planarbeidet. Hva som er gode forutsetninger for å komme i gang med arbeidet kan variere. Det er imidlertid avgjørende at det ikke utvikles tungvinte prosedyrer og arbeidskrevende regler som tar fokus bort fra det individuelle planarbeidet og utsetter igangsetting.

Det finnes mange ulike maler, og det er også utarbeidet en mal, eller kanskje vi kan kalle det en oppskrift, spesielt beregnet på mennesker med psykiske lidelser, Individuell plan for psykisk helse (IPPH) for både barn og unge (www.hpp.no). Denne er utarbeidet av SINTEF Helse i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet. Hvilken mal som brukes eller om det i det hele tatt brukes mal, kan være av sekundær betydning. Det er imidlertid viktig å finne en måte å arbeide på, da prosessen og felles måte å jobbe på vil være det sentrale i arbeidet.

Følgende virkemidler kan være gode for å få til en felles plan:

- Felles opplæring og kompetanseutvikling i kommune og helseforetak
- Utvikling av rutiner som ivaretar prosessene for et individuelt planarbeid
- Samarbeid og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune
- Det er viktig at planen er individuelt basert og spesielt tilrettelagt for hver enkelt person. Malen som utvikles må ikke hindre at intensjonene for individuell plan oppfylles. Det samme kravet må gjelde for ulike prosedyrer for søknader, henvendelser til hjelpeapparatet, oppnevning av koordinator, deltakelse i planarbeidet eller samarbeidsrutiner.

11.8 Gode råd

- Bruk tilstrekkelig tid på å skape en god og tillitsfull samarbeidsrelasjon med brukeren før arbeidet med planen startes opp. Legg stor vekt på tillit, åpenhet og likeverd i dialogen med brukeren. All informasjon som gis må være forståelig for brukeren.
- Vis respekt for at brukeren trenger tid på å komme inn i prosessen. Mange med en psykisk lidelse kan slite med krevende symptomer. Dette kan gjøre det vanskelig å tenke på framtiden og delta i samarbeid.

- Et godt samarbeid med brukeren om individuell plan kan bidra til terapeutiske effekter som bedre selvbilde, større tro på egne ressurser og styrket håp om positive endringer.
- Brukerens pårørende bør trekkes inn i arbeidet dersom ikke brukeren motsetter seg dette. Det er viktig å respektere brukerens valg.

12 God ressursutnyttelse – Planlegging av og prioritering i det psykiske helsearbeidet

12.1 Innledning. Oppdatering av kommunens plan for det psykiske helsearbeidet

Kommunen har lovfestet plikt til å utarbeide planer for sine tjenester (se ramme neste side). Også det psykiske helsearbeidet skal dekkes av disse planene.

Gjennom planene skjer det en prioritering av ressursinnsatsen, det utarbeides strategier for hvordan utfordringer skal løses og hovedlinjene for det psykiske helsearbeidet i planperioden fastsettes.

Statlige myndigheter har stilt som vilkår for utbetaling av de øremerkede tilskuddene over Opptappingsplanen at kommunen har en plan for det psykiske helsearbeidet med planperiode til og med 2006 (rundskriv IS-1/2003). I tidligere rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet (I-30/99) ble det vist til hvordan ulike kommunedelplaner (eksempelvis plan for det psykiske helsearbeidet) kunne inngå i det ordinære kommunale planarbeidet som økonomiplan og kommuneplan.

Det varierer hvordan kommunene har oppdatert disse planene. En del kommuner sørger for årlig oppdatering. Det er imidlertid behov for å sikre at alle landets kommuner har en oppdatert plan for det psykiske helsearbeidet, både for voksne og for barn og unge. Planen forutsettes å inngå som del av kommunens generelle planarbeid. Planen skal i utgangpunktet dekke planperioden 2007–2010 og dermed dekke overgangen til virksomheten etter at Opptappingsplanen er avsluttet og kommunen går over til permanent drift av det psykiske helsearbeidet. De øremerkede tilskuddene som bevilges i 2008 skal videreføres gjennom å bli lagt inn i rammetilskuddene fra og med 2009.

Det vil bli stilt som et vilkår for utbetaling av øremerket tilskudd at kommunen oppdaterer planen for det psykiske helsearbeidet og slik at planen omfatter planperioden 2007–2010. For at kommunene skal ha rimelig tid på denne oppdateringen, også med sikte på at planen skal inngå i det ordinære planarbeidet, er fristen for en oppdatert og politisk vedtatt plan satt til 15. februar 2007.

Aktuelt lovverk

Plan- og bygningsloven av 14. juni 1985 nr. 77 Kap VI pålegger kommunene å utføre kommuneplanlegging (§ 20–1). Planen skal innholde en langsiktig del som blant annet skal omfatte mål for utviklingen i kommunen og retningslinjer for sektorenes planlegging. Planen skal også inneholde en kortsiktig del som omfatter samordnet handlingsprogram for sektorenes virksomhet de nærmeste årene.

Kommuneloven av 25. sept 1992 nr. 107 omhandler bl.a. bestemmelser om kommunal planlegging (§ 5), og om bl.a. økonomiplan og årsbudsjett (kap. 8). Planer som omfatter avgrensede deler av kommunens virksomhet, skal integreres i økonomiplanleggingen og bruken av midler innarbeides i planen (§ 44). Årsbudsjettet er omhandlet i §§ 45–47.

12.2 Plan for psykisk helsearbeid skal inngå i ordinært planarbeid

Planleggingen av det psykiske helsearbeidet skal inngå i kommunens planarbeid etter lovbestemmelsene over. Det er en forutsetning for å oppnå en god kommunikasjon og samhandling med kommunens samarbeidspartnere og med brukere/pårørende, at kommunens psykiske helsearbeid framgår på en tydelig måte av økonomiplanen og kommuneplanen.

Den enkelte kommune må finne fram til et hensiktsmessig opplegg for dette ut fra hvordan det samlede planarbeidet er lagt opp og de aktuelle plandokumentene er bygd opp. Særlig i lys av at planperioden 2007–2010 dekker overgangen til drift etter Opptappingsplanen er det viktig at dette feltet synliggjøres, både mht. mål for utviklingen framover og handlingsprogram for å realisere disse målene.

12.3 Planprosessen – Trinn for trinn

En god planprosess skjer trinnvis der en på bakgrunn av status, erfaringer, ny fagkunnskap, føringer fra sentrale myndigheter og forventninger om utviklingen i samfunnet legger en strategi for det psykiske helsearbeidet, der ressursene utnyttes slik at de gir størst mulig nytte (effekt) for brukeren.

12.3.1 Status for det psykiske helsearbeidet i kommunen

Ved oppstart av planprosessen er det viktig å etablere en god oversikt over status for arbeidet. En oversikt inkluderer en sammenstilling over innhold og omfanget av tilbudet som gis. For å kunne vurdere status må kommunen i tillegg ha en best mulig oversikt over behov for tjenestene. Dette gjelder både behov hos brukere som ikke dekkes av tjenestene og brukernes vurdering av tjenestene som gis.

Når kommuner utarbeider oversikter over status, kan det i tillegg til de data kommunen

selv besitter, være viktige data som andre enn kommunen besitter. Aetat og trygdeetaten vil kunne gi informasjon om attføringstiltak og ytelser i form av sykepenges og trygd. Statistisk sentralbyrå har data om tjenester (KOSTRA), om levekår og annen nyttig informasjon. Folkehelseinstituttet har databaser om helsetilstand i befolkningen. Det kan være nyttig å henvende seg til fylkesmannen for å få nærmere opplysninger om de informasjonskildene som finnes.

12.3.2 Erfaringer med det psykiske helsearbeid

De kvantitative opplysningene om tjenester, tilstand og behov er ikke alene tilstrekkelig til å kunne vurdere behov for endringer i tjenestene. Erfaringer gjort av så vel ansatte som brukere og pårørende er nødvendig for et godt plan- og endringsarbeid. Brukere og pårørende bør trekkes med både som gruppe og som enkeltindivider, og de skal delta i evalueringen av tilbudene (brukerundersøkelser). Fra og med 2006 vil det bli stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd at kommunen har etablert regelmessige rutiner for tilbakeføring av brukererfaringer til tjenesteapparatet.

Samlet vil dette utgjøre en læringsprosess som vil gi et viktig grunnlag for kommunens oppdatering av planen for det psykiske helsearbeidet og den videre utviklingen av dette feltet. Se kapittel 9 om faglig kvalitet.

Eksempel på evaluering i kommunen

Om støttekontaktordningen skal evalueres, kan en be både brukerne og støttekontaktene svare på et spørreskjema om ordningen. Ansvar for å utforme undersøkelsen ledes av en ansatt i det psykiske helsearbeidet. Utforming av spørreskjema bør skje i et samarbeid med brukere og støttekontakter. Opplysningene bør bearbejdes av noen i kommunen med kunnskap om hvordan dette skal gjøres, for eksempel skolekontoret, og resultatet formidles i en kort rapport til brukere og støttekontakter. En slik rapport kan med fordel være utgangspunkt for å drøfte det framtidige tilbudet i et åpent møte med brukerorganisasjoner. Resultatene bør også formidles internt til aktuelle fagpersoner og faginstanser samt til det administrative ledernivået.

Det finnes en rekke ulike evalueringsmetoder. Her nevnes metoden *Bruker spør bruker* hvor brukere intervjuer andre brukere om deres erfaringer med tilbudet (www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no).

En del kommuner utarbeider årsmeldinger der det psykiske helsearbeidet framgår. Det er i kapittel 16 anbefalt at dette gjøres i alle kommuner. Ved siden av at slike årsmeldinger vil bidra til å synliggjøre det psykiske helsearbeidet, vil disse gi grunnlag for å oppsummere og vurdere erfaringene.

12.3.3 Ny fagkunnskap

For kommunen alene, selvsagt avhengig av kommunens størrelse, kan det være krevende å ha oversikt over den faglige utviklingen på feltet. De distriktpsikiatriske sentrene og de regionale barne- og ungdomspsikiatriske sentrene har veiledningsansvar. I tillegg til den løpende veiledningen bør kommunen kunne etterspørre ny kunnskap.

Fylkesmannen har også ansvar for å veilede kommunene faglig og formidle ny kunnskap om psykisk helsearbeid til kommunene. I forbindelse med revisjon av planene som gjelder for de kommende fire årene eller lengre bør det settes av tid og milepæler i prosessen, hvor en går igjennom ny eller utviklet fagkunnskap på feltet.

12.3.4 Føringer fra sentrale myndigheter og forventninger om samfunnsutvikling

Et ledd i gjennomføringen av planprosessen bør være et systematisk søk og oppsummering av nye føringer fra sentrale myndigheter i forhold til de føringene som var gjeldende da gjeldende plan var fastsatt. Endringer i føringer fra sentrale myndigheter vil i stor grad kunne få betydning i forhold til hvordan det psykiske helsearbeidet bør legges opp. Ikke sjelden vil en oppleve at arbeid delvis baseres på føringer som ikke lenger er gjeldende.

En plan skal være dynamisk. I tillegg til å trekke tråden tilbake i tid i form av å utarbeide gode statusoversikter, er en viktig del av planprosessen å vurdere utviklingstrekk i samfunnet, framskrive størrelser som alderssammensetning, bosettingsmønster, utbygging av infrastruktur osv. Det er viktig å vurdere hvordan endringer, enten det dreier seg om kulturelle, sosiale eller demografiske endringer, vil kunne virke inn på behov for tjenester innenfor psykisk helsearbeid og hvordan slike behov kan ivaretas på den best hensiktsmessige måte.

12.4 Dialog med kommunens samarbeidsparter

Planarbeidet må skje i tett dialog med alle som er involvert i det psykiske helsearbeidet. Fagpersonellet på dette feltet herunder kommunelegen, vil være viktig i arbeidet. Utover tjenester innen helse- og sosialtjenesten nevner vi her etater og sektorer som kultur-, fritids- og friluftsliv, og teknisk etat.

Det er vesentlig for samhandlingen at kommunen i planarbeidet har tett kontakt med spesialisthelsetjenesten, særlig det aktuelle distriktpsikiatriske sentret. Det samme gjelder trygdeetaten og Aetat (fra 1.1.2006 den nye arbeids- og velferdsetaten). Samarbeidet med disse instansene må omtales.

Brukere av tjenestene og deres pårørende og deres organisasjoner der slike finnes, må trekkes aktivt inn i arbeidet. Det er en målsetting å styrke brukermedvirkningen også på dette feltet.

Også andre frivillige organisasjoner kan være viktige bidragsytere i planarbeidet. Organisasjonene kan ved sin deltakelse i arbeidet bidra til å heve kunnskapsnivået og legge grunnlag for holdningsendringer i befolkningen i forhold til psykiske lidelser.

12.5 Innholdet i den oppdaterte planen. Behovsvurderinger

Hovedinnholdet i planen bør være en kortfattet beskrivelse av hva som gjøres, av behov for tjenester og brukergruppens omfang, av mål som angir videre retning for arbeidet og et handlingsprogram som dekker planperioden. Planen må omfatte både hvilke tiltak kommunen planlegger for de øremerkede tilskuddene og hvilke tiltak kommunen planlegger for egne midler.

For å målrette det psykiske helsearbeidet er det viktig at kommunen kjenner behovet for tjenester både i de viktigste brukergruppene og i befolkningen mer allment. En kombinasjon av nasjonale anslag, tilgjengelig lokalt tallmateriale og klinisk erfaring med brukergruppene vil kunne gi oversikt over tjenestebehov. Fagpersonellet i kommunens psykiske helsearbeid og helse-, sosial- og pleie og omsorgstjeneste vil kunne bidra med materiale, evt. tall fra kommunale klient-/pasientsystemer som kan belyse brukernes behov. Eksisterende oversikter over brukere av kommunale tjenestetilbud, for eksempel med utgangspunkt i de individuelle planene, vil kunne gi god oversikt.

Andre viktige instanser vil kunne være spesialisthelsetjenesten (DPS og sykehusavdelinger) og familierådgivingskontor.

Planarbeidet bør også omfatte en vurdering den psykiske helsetilstanden i befolkningen i kommunen og få fram hvilke forhold som i særlig grad påvirker befolkningens helse (jf. kapittel 6). For å fange opp nye brukere er det i tillegg til talloversikter nødvendig å anvende den kliniske erfaringen både fra det psykiske helsearbeidet i kommunen og spesialisthelsetjenesten. På enkelte områder går utviklingen raskt, for eksempel når det gjelder spesielle behov hos unge mennesker med psykiske vansker og dobbeltdiagnoseproblematikk.

12.6 Prioritering

Kommunene står overfor betydelige utfordringer på psykisk helsefeltet. For at kommunen skal ha et best mulig grunnlag for sine prioriteringer, er det viktig å ha god kunnskap om behovsdekningen i kommunen.

Vi minner om at utgangspunktet i Opptrappingsplanen; *når det gjelder tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, forekommer det brister i alle ledd*. Dette gjelder tjenestene på alle nivåer. Selv om en mange steder har kommet langt i å rette opp disse bristene, står vi fortsatt overfor betydelige utfordringer for at mange med psykiske lidelser skal få et tilfredsstillende tjenestetilbud og grunnlag for et verdig liv.

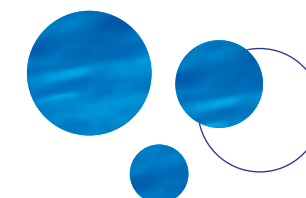
12.6.1 Juridiske forhold

I henhold til pasientrettighetsloven § 2–1 har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. I merknadene heter det at kommunen «plikter å legge til rette for forebyggende helsetjenester, behandling av sykdom, medisinsk habilitering og rehabilitering samt pleie og omsorgstjenester. Rettigheten til pasienten overfor kommunehelse-

tjenesten er begrenset til hva tilgjengelige ressurser gjør mulig (IS–1/2004), men de kan likevel ikke ligge under en viss minstestandard (jf. Fusadommen).

12.7 Gode råd

- Et godt og grundig planarbeid er viktig for å skape forutsigbarhet for brukere og pårørende, for fagpersoner og for andre offentlige og private parter kommunen samarbeider med. Å skape forutsigbarhet og informere tydelig om de tjenester som kan forventes er god grobunn for samarbeid både på utøver- og brukernivå. Dette kan være særlig viktig på tampen av opptrappingsplanperioden.
- Godt planarbeid handler om å vite *hvor en står* og *hvor en vil*. Sørg for en god kartlegging av behov i dag og framover, tjenestene, kompetansen og øvrige ressurser som nyttes. Godt planarbeid handler mye om å redusere usikkerhet. Lag gode oversikter over behov og tjenester mv. som distribueres til alle involverte i planprosessen.
- Involver bredt i planarbeidet i en tidlig fase slik at ansatte, brukere og andre samarbeidsparter får en reell mulighet til å medvirke på innholdet. Vær åpen for ideer og nye arbeids- og samarbeidsmønstre fra partene. Nytenkning og «stor takhøyde» er viktig i planarbeidets innledende fase.
- Benytt planarbeidet til å invitere til et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten i en tidlig fase.



13 Samhandling

Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for tjenester fra ulike instanser. Det må derfor utvikles et godt samarbeid mellom de aktuelle kommunale tjenestene. Samarbeidet må også omfatte spesialisthelsetjenesten, trygdekontoret, Aetat og andre aktuelle tjenesteytere. Et bredt anlagt samarbeid på tvers av forvaltningsgrenser og på tvers av faggrupper blir derfor en vesentlig dimensjon i kommunens psykiske helsearbeid. Formelle samarbeidsrutiner er et lederansvar og omhandler minst tre nivåer:

- behandling og bistand i forhold til den enkelte brukeren
- planlegging og evaluering av tjenester
- utvikling og kompetanse

Juridiske forhold

Både i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven er det generelle bestemmelser om samarbeid for å ivareta de oppgaver tjenestene er pålagt (hhv. § 3–2 og § 1–4). Kravet om samarbeid omfatter også andre forvaltningsnivåer enn kommunen. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, men ikke institusjonene som sådan, er pålagt en veiledningsplikt i forhold til kommunene (Spesialisthelsetjenestelovens § 6–3).

I sosialtjenestelovens § 3–3 heter det at sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som sosialtjenesten. I kommunehelsetjenesteloven heter det i § 1–4 at kommunen kan samarbeide med privat organisasjon o.l. hvor det er egnet til å fremme helsetjenestens formål.

13.1 Suksesskriterier

Samtidig som det ofte er nødvendig å samarbeide, kan det i praksis være krevende å utvikle og opprettholde gode samarbeidsrelasjoner.

Haug, Engelund og Aarheim (2004) har satt opp syv suksesskriterier for det tverrfaglige samarbeidet:

1. Avklare ulike kunnskapsgrunnlag: Ulike faggrupper har ulike kunnskapsgrunnlag, terminologi og begrepsforståelse. I denne sammenhengen bør en også være oppmerksom på at ulike tjenester kan være underlagt forskjellig lovverk.
2. Interesse for hverandres spesialkunnskap: Partene må respektere at nettopp den ulike kompetansen er det vesentlige i et tverrfaglig samarbeid.
3. Rolleavklaring: Det må avklares hvilken rolle den enkelte bidragsyteren skal ha. Avklaringen skal tydeliggjøre ledelses-/koordineringsrollen, det spesifikke faglige bidraget til den enkelte og samarbeidet med brukeren/pårørende. På denne måten skal en kunne få fram om man har de rette bidragsyterne i forhold til brukerens behov.

4. Respekt for hverandres fagbakgrunn: Alle må ha reell mulighet til å delta i felles møter, bli lyttet til og anerkjent for sin kompetanse.
5. God kommunikasjon: En kommunikasjon preget av humør og raushet gjør samarbeidet lettere.
6. Treffpunkter: Godt samarbeid krever treffpunkter, at møter planlegges i god tid og legges opp med en plan som oppleves hensiktsmessig og effektiv. Ulike profesjoner kan ha ulik møtekultur, og det noen opplever som et godt møte, vil andre mene var tidsspille. Hva som er gode kommunikasjonsformer må vurderes fortløpende.
7. Felles mål og enighet om tiltak: Tverrfaglig samarbeid krever samarbeid om den kliniske beslutningen som er fundamentet for planlegging og utvikling av pleie og behandling.

Disse punktene anbefales som nyttige diskusjons- og evalueringspunkter i forhold til kommunens ulike samarbeidsmetoder, samarbeidstemaer og interne og eksterne samarbeidspartnere.

13.2 Samarbeidsmetoder

13.2.1 Individuell plan

Individuell plan er et avgjørende virkemiddel for å sikre gode tjenester til brukeren. Her henviser vi til kapittel 11 hvor individuell plan er tatt opp.

13.2.2 Ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter

Ansvarsgrupper er en utbredt tverrfaglig samarbeidsmetode rundt enkeltpersoner, hvor enten brukeren selv og/eller pårørende eller verge deltar. Metoden kan være nyttig hvis den brukes hensiktsmessig og ubyråkratisk. En ansvarsgruppe kan opprettes når det er flere tjenester inne i forhold til brukeren og når tjenestebehov er omfattende og sammensatte.

På linje med individuell plan er det et hovedpoeng å sikre den enkelte brukeren medbestemmelse og medansvar. En ansvarsgruppe har imidlertid ikke et eget formalisert lovbundet ansvar eller noen fullmakt. Hver representant har kun formelt ansvar for sitt fag- og ansvarsområde. Ansvarsgruppen setter opp mål og tiltak, avdekker behov og fremmer forslag til vedtaksmyndigheten om å fatte vedtak som anses viktige. Enkelte kommuner ser på arbeidet i ansvarsgruppen som forutsetning for å komme i gang med det individuelle planarbeidet.

Et samarbeidsmøte foregår mellom de aktuelle faggruppene, og brukeren deltar ikke. Noen ganger kan det være nødvendig å ha både ansvarsgruppe- og samarbeidsmøter.

13.2.3 Formaliserte møter på ledernivå

Et samarbeid uten støtte i ledelsen kan lett komme til å forvitte (den såkalte «kommunale sandkasse»). Samarbeidet må derfor forankres på ledernivå mellom samarbeidende

instanser, og rammene for samarbeidet på medarbeidernivå må beskrives. Den enkelte deltaker må ha mulighet til å forplikte tjenesten.

I veilederen for distriktpsikiatriske sentre (DPS) heter det i forhold til kommunalt samarbeid at ledelsen ved det enkelte senter bør legge forholdene til rette for et strukturert samarbeid og en felles tenkning også på administrativt nivå. Det heter videre at det bør være regelmessige møter mellom lederne ved senteret og lederne for de kommunale tjenestene i opptaksområdet. En bør samarbeide om å kartlegge behov og ressurser, og løpende drøfte samarbeid, arbeidsdeling og prioritering.

13.2.4 Samarbeid med brukere, pårørende og deres representanter

Dette punktet er inngående behandlet i kapittel 8.

13.3 Samarbeid internt i kommunen

En forutsetning for godt samarbeid er at lederne forstår at samarbeid er ressurskrevende og at det utvikles metoder og rom for samarbeid. Samarbeid krever velvilje, fleksibilitet og raushet fra den enkelte.

Fastleger, avtalefysioterapeuter mv. skiller seg fra annet helse- og sosialpersonell i kommunen ved at de i hovedsak er selvstendig næringsdrivende og ikke kommunalt ansatte. Kommunen bør vurdere om det er behov for å tydeliggjøre samarbeidet i aktuelle driftsavtaler.

For mange med psykiske lidelser vil tilpasset opplæring være viktig. Samarbeid med utdanningssektoren bør derfor tillegges stor vekt.

13.4 Samarbeid med lokale, statlige organer

St. prp. nr. 1 (2004–2005:188) anbefaler kommunene å inngå i forpliktende samarbeid med blant annet Aetat om rehabiliteringsrettet arbeid for personer med psykiske lidelser. Aetats rolle i forhold til arbeid tas opp i kapittel 3. For mange vil trygdekontoret være en viktig bidragsyter økonomisk. Kommunen bør derfor inkludere også denne instansen i aktuelle samarbeidsfora.

13.5 Interkommunalt samarbeid

Mange kommuner vil verken ha kompetanse eller ressurser til å møte behovene hos brukere med særlig omfattende problemer. Dette er problemer som langt på vei kan avhjelpes ved et smidig og forpliktende interkommunalt samarbeid. Kommunene kan i dag kun inngå interkommunalt samarbeid om å løse administrative oppgaver og felles utøvelse av tjenestene. Samarbeidsorganene kan imidlertid ikke fatte enkeltvedtak eller ha annen avgjørel-

sesmyndighet som er knyttet opp til offentlig myndighetsutøvelse (NOU 2005:3). Det henvises ellers til NOU 2004:18 pkt 5.3 for en drøfting av det interkommunale samarbeidets problemer knyttet til styringskompetanse og ansvarsforhold.

13.6 Samarbeid med spesialisttjenester

For kommunen vil den viktigste samarbeidsaktøren på spesialisthelsetjenestenivå være det distriktpsikiatriske senteret (DPS). Det er utgitt en egen veileder for DPSenes organisering og arbeidsområder (Statens helsetilsyn 2001). Samarbeidet med DPS har som hensikt å skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne. DPSen skal samarbeide med de kommunale tjenestene ved å ta i mot pasienter som henvises for utredning, behandling og rehabilitering. Dette innebærer et likeverdig samarbeid med en klar fordeling av ansvar, oppgaver og koordinering. I St. prp. nr. 1 (2004–2005) forutsettes det at alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder innen utløpet av 2005 har etablert et fast strukturert samarbeid om psykiske tjenester både til barn, unge og voksne. Forpliktende samarbeidsavtaler hvor også brukerorganisasjonene trekkes inn, bør omfatte:

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

Selv om kommunen har hovedansvaret for å følge opp og koordinere tjenestene, bør samarbeidsavtalene tydeliggjøre kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar. Dette gjelder blant annet tjenester til mennesker med behov for langvarig poliklinisk og/eller ambulant kontakt med DPS.

Arbeidsdelingen mellom kommuner og helseforetak har så langt vært preget av at kommunene har vært i en fase med oppbygging av det psykiske helsearbeidet. Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten bør ta utgangspunkt i hvor langt denne oppbyggingen er kommet.

Kommunene bør stille krav om at DPSene ivaretar kompetanseheving og at de gir tilbud om veiledning og råd i kliniske problemstillinger, hva enten det er pasienter som det samarbeides om eller pasienter som kommunen har ansvaret for. DPSene bør tilby både faste veiledningsdager og veiledning ved behov.

13.7 Samarbeid med frivillige organisasjoner

En stor del av det kommunale kultur- og fritidstilbudet er drevet av frivillige organisasjoner og representerer viktige arenaer for integrering og inkludering. Det er derfor viktig at tilbudene tilrettelegges slik at de også kan benyttes av mennesker med psykiske lidelser. De frivillige organisasjonene bør inkluderes i det kommunale planarbeidet samt bistå i utformingen av tiltak på områder hvor de har særlig kompetanse eller kapasitet.

13.8 Gode råd

- Det tar tid å etablere god samhandling og godt samarbeid. Samarbeid skal skje på tvers av organisatoriske enheter, profesjoner og mellom brukere/brukerrepresentanter og ansatte/ansattes representanter. For ledelsen i kommunen er det nødvendig å øve påtrykk for å etablere samarbeid og å markere tydelig at dette er en villet strategi fra ledelsens side. Suksesskriteriene som oppgitt i 15.1 er her et godt utgangspunkt.
- Det er viktig at ledelsene er tydelig på mål, men åpen for ulike måter å gjennomføre samarbeidet på når dette skal etableres. Etabler samarbeidsarenaer tidlig i prosessen og inviter til idédugnader med formål å få fram hvordan samarbeid kan skje.
- En god samhandling må alltid hvile på gjensidig respekt for samarbeidspartenes roller og kompetanse. Å gå for raskt fram innebærer en fare for at en eller flere av partene blir «overkjørt», noe som hindrer den gode samhandlingen.
- Interkommunalt samarbeid bør bl.a. vurderes på fagområder hvor det er vanskelig å rekruttere og beholde personell med nødvendig kompetanse.
- «Dyrk» de gode eksemplene på samarbeid og samhandling.

14 Kunnskap og tillit gjennom informasjon og kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon er særlig viktig på psykisk helsefeltet. Mange kommuner gjør en stor innsats her, men fortsatt er det stort rom for forbedringer. Dette er et lederansvar, men oppgavene bør delegeres. Aktiv informasjon er pålagt kommunene gjennom lovverket (se ramme under)

Aktuelle lover

Pasientrettighetsloven (kapittel 3. §§ 3–2 til 3–6) beskriver de mest sentrale rettighetene til informasjon for pasienter og nærmeste pårørende. Her heter det blant annet at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Tilsvarende bestemmelser finnes i kommunehelsetjenesteloven (lov 19. november 1982 nr. 66) som i § 1–3 fastsetter opplysningsvirksomhet som en av kommunehelsetjenestens oppgaver. § 1–2 slår fast at kommunen ved sin helsetjeneste skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Etter Kommuneloven § 4 har kommunene en generell plikt til å gi aktiv informasjon. Den aktive informasjonen vil være særlig viktig i forhold til konkrete kommunale og fylkeskommunale planer og tiltak.

14.1 Informasjon til brukere og pårørende

Informasjonen bør gis både muntlig og skriftlig og på et tidspunkt som passer for mottakerne. For mennesker med psykiske problemer og deres pårørende (inkludert barna) vil det blant annet være behov for informasjon om:

- sykdomsbilder
- rettigheter
- behandling og tiltak
- brukerorganisasjoner og møtesteder

Samordning av informasjon mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester er en særlig utfordring. Informasjon til arbeidslivet er viktig. Hvordan den enkelte blir møtt og ivaretatt av arbeidsgiver og kolleger, vil kunne motvirke at folk faller ut av arbeidslivet og ha stor betydning for rehabiliteringsprosessen for den enkelte. Det er viktig at informasjonsflyten mellom kommune, trygdekontor og Aetat sikres.

For å sikre adekvat kommunikasjon mellom tjenesteytere og personer med psykiske lidelser må kommunene ha rutiner for bruk av kvalifiserte tolker når det er behov for slik bistand (se www.tolkeportalen.no)

14.2 Informasjon til befolkningen

Kommunen må sørge for at befolkningen skal ha lett tilgang til nødvendig informasjon om hjelpetilbud og hvor en kan henvende seg med psykiske problemer. Hjelpetilbudet må være kjent for det samlede tjenesteapparatet i kommunene og i den aktuelle spesialisthelsetjenesten.

Et viktig mål med informasjonsspredningen er å bidra til økt åpenhet, mer kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser og å motvirke tabuer og fordommer. Dette kan bidra til å begrense forekomsten og belastningene ved psykiske problemer og lidelser. For den syke og deres nærmeste vil god informasjon være viktig for å mestre situasjonen.

Sosial- og helsedirektoratet har spurt brukere om hvordan de ønsker informasjonen gitt og har fått følgende tilbakemeldinger:

- Kommunen bør ha en enkel brosjyre om de kommunale tilbudene. Det må være klare henvisninger til hvor, hvem, hva og hvordan du kan henvende deg. Brosjyren bør inneholde informasjon om det samlede psykiske helsearbeidet for eksempel om dagsentre, kulturtilbud og brukerorganisasjoner.
- Brosjyren om det kommunale tilbudet må være tilgjengelig der folk flest ferdes (blant annet legekontorer, bibliotek, service- og informasjonsskranken og kjøpesentre)
- Informasjonen må være samordnet og kjent i tjenesteapparatet. Brukeren må få den samme informasjonen uansett hvor man tar kontakt.
- Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet maler for informasjonsmateriell (brosjyre og nyhetsbrev) som kan benyttes på www.shdir.no/psykisk under knappen Informasjon og kommunikasjon.
- Fastlegen er den de fleste er i kontakt med. Legen må ha tid, og informasjon må gis på en rolig måte.
- Informasjon om individuell plan må gis av en instans som har inngående kjennskap til tilbudet og rettighetene som følger planen.

Noen enkle råd for å tilpasse kommunikasjonen til mottageren:

- For en som sliter med angst eller andre psykiske problemer, kan det være vanskelig å huske det som blir sagt. I tillegg til samtalen bør derfor personen få med seg skriftlig informasjon som kan leses i ro og fred.

- Snakk hverdagsspråk – ikke fagspråk! Fagspråket skaper store barrierer mellom bruker og tjenesteutøver.
- Lytt aktivt og la brukeren bli hørt og respektert ut fra den virkelighetsoppfatningen hun/han selv har.
- Bruk tid. Tjenesteutøveren må sikre at hun/han har forstått det brukeren forstår.

14.3 Kontakt med media for informasjonsspredning

Det er viktig å aktivt tipse aviser, radio, tv og nettmedier – både om det generelle tilbudet og om utviklingen som skjer på psykisk helsefeltet. Nedenfor følger noen praktiske råd om hvordan dette kan gjøres:

- Skriv et kort notat om hva som skal formidles og ring, send e-post eller møt opp i redaksjonen.
- Se på www.shdir.no/psykisk under knappen Informasjon og kommunikasjon.

Hva kan øke medias interesse?

- Nyheter: Ukjenthet og ferskhet øker interessen for en sak.
- Konsekvensene: Desto større konsekvenser, desto bedre. Hvis en sak handler om mange og/eller angår mange, vil det øke stoffets verdi for redaksjonen.
- Konflikt og kontroverser er interessante og spennende for de fleste av oss. Mange klager på at nyheter er negative, men leser dem gjerne selv. Og det er ofte grunn til å spørre; negative for hvem?
- Dramatikk: Desto mer dramatisk en begivenhet er, desto større oppmerksomhet kan du vente fra pressen.
- Kuriosa: Det uvanlige, uventede og kuriøse blir ofte vurdert som interessant i redaksjonene. Som kjent er det sjelden en sak når postmannen blir bitt av hunden, men derimot en artig sak dersom postmannen biter hunden.
- Aktualiteter: Pressen ser det som sin oppgave å informere om aktuelle saker. En journalist eller redaksjon er opptatt av hva folk flest er opptatt av, altså saker som er inne i tiden. Det kan følge alt fra årstider til mer langsiktige trender som miljø, reise m.m.
- Personen: Et kjent ansikt øker ofte interessen for en sak betraktelig.
- Gladnyheten: Nyheter som er positive, er ofte ettertraktet i redaksjonene. Men forvent deg ikke for mye. Selv om saken er positiv for din virksomhet eller ditt felt, er det ikke sikkert at det er tilstrekkelig for redaksjonene.
- Eksklusivitet: Dersom redaksjonen er alene om å ha saken, kan det øke interessen for den. Dette gjelder spesielt saker som er viktige nok til at redaksjonene likevel ville ha brydd seg om den.
- Illustrasjonen: Bildet er stadig viktigere i presse, nettaviser og fjernsyn. Det er ofte kamp om å ha de beste bildene, og et eksklusivt bilde fra en hendelse kan fort føre til første-sideoppslag.
- Enkelte dager er det vi kaller for «nyhetsfattige». Andre er «nyhetsrike». En sak kan få en helt annen presentasjon på en nyhetsfattig dag enn på en nyhetsrik. Mange informasjonsfolk prøver å treffe nyhetsfattige dager med de ikke helt spesielt gode sakene.

- Noen journalister er gode. De skriver godt, kan mye om stoffområdene og er flinke til å selge sakene sine til redaksjonsledelsen (desken). Det er lett for en vaksjef å prioritere stoffet fra en god journalist; da vet man litt hva man får.
- Noen stoffområder kan bli oppbrukt. Det kan rett og slett bli for mye av en sak eller et tema. Vær litt obs på dette.
- Sjekk ut deadline i den aktuelle redaksjonen. Like før deadline er det liten sjanse for å få på stoffet med mindre det er en virkelig stor nyhet eller krise.

14.4 Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober er en internasjonal dag for oppmerksomhet og kunnskapsspredning om psykisk helse. De siste årene er dagen blitt markert med mer enn 1000 arrangementer over hele landet.

I Norge er det Mental Helse, som på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, koordinerer satsingen. Verdensdagen gir muligheter for å involvere og engasjere innbyggere i alle aldre. I forkant arrangeres det idékonferanser i alle landets fylker, hvor nettverksarbeid er sentralt. Kommunen bør engasjere seg i arbeidet og samarbeide med brukerorganisasjonene om markering av Verdensdagen. Frivillighetssentralene har mange steder hatt en viktig rolle i arbeidet med lokale arrangementer. Skolene og fritids- og kultursektoren er også gode samarbeidspartnere.

Eksempler på ulike typer arrangement: Barneopera, frigjøringsgudstjeneste, konserter, filmframvisning, turmarsjer, åpen dag, temadag på biblioteket, teateroppsetninger og foredrag.

Litteratur

Offentlige publikasjoner

Stortingsmeldinger

- St. meld. nr. 25 (1996–1997): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 21 (1998–1999): *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 50 (1998–1999): *Utjamningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg*. Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 16 (2002–2003): *Resept for et sunnere Norge*. Helsedepartementet.
- St. meld. nr. 45 (2002–2003): *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Sosialdepartementet.
- St. meld. nr. 23 (2003–2004): *Om boligpolitikken*. Kommunal- og regionaldepartementet.

Stortingsproposisjoner

- St. prp. nr. 63 (1997–98): *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet.
- St. prp. nr. 1 (2003–2004) *Statsbudsjettet for budsjetterminen 2004*. Helsedepartementet.
- St. prp. nr. 1 (2004–2005). *Statsbudsjettet for 2005*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet (1983): *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1992): *Forskrift til lov om sosiale tjenester mv av 4. desember 1992 nr. 915*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000): *Forskrift om fastlegeordningen i kommunen*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001): *Forskrift om habilitering og rehabilitering*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001): *Forskrift om individuelle planer*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002): *Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten 2002-12-20, nr. 1731*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003): *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. 2003*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004): *Forskrift om individuell plan etter helselov-givningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr 1837*.

Rundskriv

- Justis- og politidepartement, Kommunal- og regionaldepartement, Sosialdepartement (2002): *Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre boforhold*. Rundskriv U–10/2002.
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerkede tilskudd til kommunene 1999*. Rundskriv I–4/99.
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Handlingsplaner og kommunal planlegging*. Rundskriv I–30/99.

Sosialdepartementet (2002): *Ikraftsetting av endringer i sosialtjenesteloven om internkontroll og utvidelse av Fylkesmannens tilsyn med tjenester etter kapittel 4 og 6A mv. Statens helsetilsyns ansvar for overordnet faglig tilsyn med sosialtjenesten*. U–14/2002.

Sosial- og helsedirektoratet (2002): *Statsbudsjettet 2003 – Opptappingsplanen for psykisk helse*. Kap. 743 Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner. Foreløpig orientering. Nye føringer. Rundskriv IS–12/2002.

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene*. Rundskriv IS–1/2003. Kapittel 5 omhandler Opptappingsplanen.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2004. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene*. Rundskriv IS–1/2004. Kapittel 6 omhandler Opptappingsplanen.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Hvordan holde orden i eget hus*. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. IS–1183. 12/2004.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Lov om pasientrettigheter*. Rundskriv IS–12/2004.

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2005. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene*. Rundskriv IS–1/2005. Kapittel 8 omhandler Opptappingsplanen.

Veileder

Sosial- og helsedirektoratet (2001): *Veileder for individuell plan 2001*. IS–1013.

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten*. IS–1041. 2003.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelse- tjenesteloven og sosialtjenesteloven* IS–1201/2004.

Statens helsetilsyn (2001): *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder*. IK–2738. Veiledningsserie 1–2001, IK–2738.

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Individuell plan 2005, veileder til forskrift om individuell plan*, IS–1253

NOU

NOU 2004:18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Andre publikasjoner

Arbeids- og sosialdepartementet (2005): *Regjeringen satser på bostedsløse*. Departementets nettside 19.01.2005.

Sosial- og helsedepartementet: *Psykisk helse 1999–2006. Noe å snakke om...?* Overordnet informasjonsstrategi.

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Status 2003*. Sosial- og helsedirektoratets vurdering.

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptappingsplanen for psykisk helse*. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006.

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptappingsplanen for psykisk helse*. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006, Rapport IS–1128.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *... og bedre skal det bli!* En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Nasjonal plan for selvhjelp*. IS–1212

Sosial- og helsedirektoratet: *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*. Tipshefte. IS–1197

Statens helsetilsyn (2000): *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser*, rapport 2–2000.

Statens helsetilsyn (2002): *Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder*. Rapport fra Helsetilsynet 9/2002.

Statens helsetilsyn (2003): *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 10/2003, Oslo.

Nettsteder

Det er oppgitt en del nettsteder i teksten. To nettsteder av generell interesse: Ide- og ressursbasen, finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, vil ha en oppdatert base over aktuelle nettsteder for psykisk helsearbeid: <http://www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no/> Sosial- og helsedirektoratet: www.shdir.no.

Litteratur

Almvik A, Borge B. *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.

Almvik A. *De gjør det så forskjellig. Om organisering av psykisk helsearbeid i kommunene*, I: Almvik A, Borge M (red.). Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Oslo: Fagbokforlaget, 2000.

Almvik A, «Tusenkunstnerne» – muligheter og begrensninger når lokalsamfunnet er arena. I: Almvik A, Borge L (red). Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.

Andersson D, Deegan P. *Intet om oss uten oss. Brukerdeltakelse i styrer og utvalg i psykisk helse*. Dialog 14 (2), SEPREP, Oslo, 2004.

Andreassen R. *Nettverksmøter – en arena for lokalbasert psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (2): 26–35.

Anthony WA. *Taking issue. Studying Evidence-based processes, not practices*. Psychiatric services 2003; 54 (1): 7.

Askheim OP. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.

Aubry TD. *Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours*. Comm Ment Health J 1995; 31: 39–52.

Bellack AS. *Skills training for people with severe mental illness*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2004; 27 (4): 375–91.

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

Bolton J. *How can we reduce the stigma of mental illness?* BMJ 2003; 22 Feb; 326 (7386): S 57.

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

Borge L, Martinsen EW, Ruud T, Watne Ø, Friis S. *Livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser.* Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 52–5.

Bøe TD, Thomassen A. *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse.* Oslo: Universitetsforlaget, 2000.

Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. *Supported housing for people with severe mental disorders* (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Collins ME, Mowbray CT, Bybee D. *Characteristics predicting successful outcome of participants with severe mental illness in supported education.* Psychiatric Services 2000; 51: 774.80.

Cowan S. *NIMBY syndrome and public consultation policy: the implications of a discourse analysis of local responses to the establishment of a community mental health facility.* Health Soc Care Comm 2003; 11 (5): 379–86.

Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness.* Cochrane Database Syst Rev 2001; (2): CD003080.

Dalgard OS, Døhlle E, Ystgaard M (red). *Sosial nettverk, helse og samfunn.* Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

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

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

Den norske lægeforening. *Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling.* Oslo, 2004.

Edwards C, Staniszweska S, Crichton N. *Investigation of ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed.* Soc Health Ill 2004; 26: 159–83.

Eriksen V. *Profesjonenes forhold til hverandre.* I: Eriksen V (red). Profesjonsmakt. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.

Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer. sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter. Norges forskningsråd 2004.

Fasting, Aase Frostad. *Kartlegging av funksjonshemmedes behov for psykologisk og psykiatrisk hjelp. Et forprosjekt.* Oslo, 1998

Fyrand L. *Sosialt nettverk.* Oslo: Tano Aschehoug, 1994

Granerud A, Severinsson E. *Preserving integrity: Experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighbourhood.* Nursing Ethics 2003; 10: 602–13.

Granerud A, Severinsson E. *The new neighbour: Experiences of living next door to people suffering from long-term mental illness.* Int J Ment Health Nurs 2003; 12: 3–10.

Granerud A. *Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer – erfaringer, utfordringer og ønsket støtte.* Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 19 – 2004.

GRUK Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten. *Ambulante team i rus-omsorg og psykisk helsevern.* Rapport nr. 6–2004

Grut L. *En modell for brukermedvirkning i psykiske helsetjenester.* Tidsskrift for velferdsforskning 2003; 6 (3):

Halvorsen K. *Sosial inkludering – på egne eller samfunnets premisser?* Sosial- og helsedirektoratet. Annus socialis 2003. Sosial inkludering i Norge. S: 4–5.

Hansen LB. *Samhandling på tvers. Utvikling av samhandlingskompetanse i et læringsnettverk,* HIST/AHS/Notat nr 1–2004. Høgskolen i Sør-Trøndelag, 2004.

Hartmann E, Axelsen ED. *Virksomme faktorer i psykoterapi.* I: Axelsen ED, Hartmann E (red). Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo: Cappelen Akademisk forlag, 1999.

Hassmén P, Koivula N, Uutela A. *Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland.* Prev Med 2000; 30: 17–24.

Haug HH, Englund H, Aarheim KA. *Samarbeidspartnere og samarbeid.* I: Solheim M, Aarheim KA (red). Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.

Haugen AR, Hultberg KB. *Ambulante akutteam – en ny mulighet i lokalt basert psykisk helsearbeid.* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (2): 48–55.

Helgesen M. *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene.* Oslo, NIBR-notat 117/2003.

Heskestad S. *Å vera rose blant prestekragar. Oppfatninger om integrering av menneske med psykiske lidelser.* Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Master of public health Uppsats MPH 2004:2.

Hocking B. *Schizophrenia. Reducing mental illness stigma and discrimination – everybody's business.* MJA 2003; 178(9) Suppl 5 May: S47–S48

Husbanken. *Omsorgsboliger under Opptrappingsplan for psykisk helse. En veiledning,* 2003. a

Husbanken. *Retningslinjer for tilskudd fra Husbanken til omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Oppstartingsstilskudd og kompensasjonstilskudd til dekning av renter og avdrag på lån under Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse.* HB 8. B 9. 03.2003. b

Hvas AC, Thesen J. *At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: «Empowerment» i et medicinsk perspektiv.* Ugeskr Læger 2002; 164/46: 5361–5.

Kielland KB. *Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk.* Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2458–60.

Kjønstad A, Syse A. *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter. Rettssikkerhet. Tvang.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2001.

Knapen J, Van de Vliet P, Van Coppenolle H, David A, Peuskens J, Knapen K, Pieters G. *The effectiveness of two psychomotor therapy programmes on physical fitness and physical self-concept in nonpsychotic psychiatric patients: a randomized controlled trial.* Clin Rehab 2003; 17: 637–47.

Kogstad R. *Vendepunkthistorier – Byggesteiner i bedringsprosessen.* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (4): 41–48.

Kolstad A. *Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (1): 13–26.

Kolstad A. *Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (1):13–27.

- Kommunenenes sentralforbund. *Bestiller- og utførermodeellen og kontraktstyring av tjenesteproduksjonen – økt byråkrati eller mer selvstendighet*. En veileder fra KS, Kommunens sentralforbund. Oslo, 2000.
- Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, McDonnell K. *Improving employment outcomes for persons with severe mental illness*. Arch Gen Psychiatry 2002; 59 (2): 165–72.
- Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*. Am J Public Health 1999; 89: 1328–37.
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. *On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse*. J Health Soc Behav 1997; 38 (June): 177–90.
- Ludvigsen K, Helgesen MK. *Kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Videreutdanninger i høyskoler og SPREP tverrfaglig videreutdanning*, NIBR-notat 2004:135.,
- Lyngstad GD. *Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats?* Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2178–81.
- Løken KH. *Sterk som en bjønn og lita som en teskje*. Ergoterapeuten 2004, nr 4: 22–29.
- Løken KH. *Sterk som en bjønn og lita som ei teskje. Om brukeres opplevelser og erfaringer med informasjon, kommunikasjon og medvirkning*. Resultatet fra kartleggingsarbeidet i brukerforum. Gjennomført i perioden november 2002 til februar 2003.
- Malterud K. *Behov for nye medisinske forskningsmetoder*. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 815–7.
- Malterud K. *Klinisk kunnskap – legen som deltaker og fortolker*. Utposten 1998; 27 (5): 24–27.
- Mental Helse Norge: *Brukermedvirkning innen psykisk helse – en veileder*. Skien, 2004.
- Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L, Werdelin G, Karlsson H, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Dybbro J, Nilsson LL, Sandlund M, Sörgaard KW. *The Nordic study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help*. Eur Psychiatry 2001; 16: 207–15.
- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. *Beyond integration: The triumph of outcome over process in clinical practice*. Psychotherapy in Australia 2004; 10 (2): 2–19.
- Mowbray CT, Bybee D, Collins ME. *Follow-up client satisfaction in a supported education program*. Psychiatr Rehabil J 2001; 24 (3): 237–47.
- Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, Essock SM, Becker DR, Wolfe R, Swain K. *The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness*. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 479–90.
- Myrvold TM. *Tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Kommunenenes arbeid med integrering og koordinering*. Oslo: NIBR-rapport 2004:12.
- Newman SJ. *Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice*. Psychiatric Services 2001; 52 (10): 1309–17.
- Norges forskningsråd. *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og utfordringer*. Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2004.
- Opedal S, Stigen IM, Laudal T. *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse*. Oslo: NIBR-rapport 2002:21.
- Orlien AG. *Jesperudhuset – et rehabiliterings- og aktivitetssenter i Bydel Stovner, Oslo*. Utposten 2004; 33: 17–20.
- Owen C, Rutherford V, Jones M, Wright C, Tennant C, Smallman A. *Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities*. Psychiatric Services 1996; 47: 629–32.
- Parkinson S, Nelson G, Horgan S. *From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/ survivors*. Can J Comm Ment Health 1999; 18: 145–64.
- Pedersen A. *Et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (2): 73–6.
- Pedersen A. *Mot «recovery» i praksis? Erfaringer fra Bergen*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (4): 50–63.
- Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T. *Reducing psychiatric stigma and discrimination. Evaluating an educational intervention with the police force in England*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 337–44. a
- Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. *Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools*. British Journal of Psychiatry 2003; 182: 342–6. b
- Ramsdal H. *Kan psykiatrien reformeres innenfra? Høgskolen i Østfold, Rapport 1996:3*.
- Ramsdal H. *Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1 (2): 5–17.
- Ringen PA, Dahl AA. *Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?* Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2024–7.
- Robberstad H. *Kommunepsykiatri*. Oslo: Fagbokforlaget, 2002.
- Rogan T. (2004): *Opptrappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 1; (1):4–12.
- Rønning R, Solheim LJ. *Hjelp på egne premisser. Om brukermidvirkning i velferdssektoren*, Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- Rådet for psykisk helse. *Brukermedvirkning i psykisk helse*. Oslo Rådet for psykisk helse, 2004 a.
- Rådet for psykisk helse. *Et verdig liv*. Oslo: Rådet for psykisk helse, 2004
- Rådet for psykisk helse. *Stykkevis og delt – Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo: Rådet for psykisk helse, 2004 b.
- Rådet for psykisk helse. *Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser*. Oslo: Rådet for psykisk helse, 2004.
- Salmon P. *Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory*. Clin Psychol Rev 2001; 21 (1): 33–61.
- Schulze B, Angermeyer MC. *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. Soc Sci Med 2003; 56: 299–312.
- Seikkula J. *Nätverket ökar resurserna vid psykosbehandling*. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3419–21.
- Seikkula J. *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
- Spjelkavik Ø, Frøyland K, Skardhamar T. *Yrkeshemmede i det ordinære arbeidsliv – inkludering gjennom Arbeid med bistand*. AFI-rapport 2003: 3.

- Stangeland IH, Stangeland M. *Snu på flisa! Håndbok i kommunal planlegging av tiltak for mennesker med psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget, 1996.
- Styrket tilbake til arbeid. Sluttrapport for et ettårig prosjekt finansiert av Stiftelsen helse- og rehabilitering i 2002*. Oslo, 2003.
- Tauber R, Wallace CJ, Lecomte T, *Enlisting indigenous community supporters in skills training programs for persons with severe mental illness*. Psychiatric services 2000; 51: 1428–31.
- Thommesen H, Normann T, Sandvin J. *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Oslo: kommunforlaget AS, 2003.
- Thommesen H. *Kommunenes arbeid med individuell plan ett år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft*. Bodø: SKUR-rappoert nr. 2/2002.
- Thorsen K. *Omsorgskultur i endring*. I: Dahle R, Thorsen K (red.) Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis. Oslo: Fagbokforlaget, 2004.
- Thuen F, Aarø L. *Psykisk helse og forebyggende arbeid. En litteraturgjennomgang*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2001; 34: 410–423.
- Todd J, Green G, Harrison M, Ikuesan BA, Self C, Pevalin DJ, Baldacchino A. *Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 581–7.
- Trefjord S, Hatling T. *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan for psykisk helse (IPPH)*. Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar–desember 2003. SINTEF- rapport STF78 A045020, 2004.
- Vabø M. *Forbrukermakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakeste?* I Isaksen LW (red). Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, 2003.
- Vetlesen AJ. *Det frie mennesket? Et sosialfilosofisk blikk på patologiene i opsjonssamfunnet*. I: Nafstad HE (red), Bastiansen A, Blakar RM, Hundeide K, Klemsdal L, Vetlesen AJ. Det omsorgsfulle mennesket. Et psykologisk alternativ. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2004.
- Voksne for barn. *Planlegging for og med barn og unge. Håndbok i utarbeidelse av plan for det psykiske helsearbeidet i kommunen*. Oslo, 2002.
- Volden O. *Vi sier farvel til «den psykiatriske pasienten»: Et brukerperspektiv på psykisk helse*, Tidsskrift for psykisk helse 2004; 1.
- Wallace CJ, Tauber R. *Supplementing supported employment with workplace skills training*. Psychiatric Services 2004; 55 (5): 513–15.
- Walseth LT, Malterud K. *Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv*. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 65–6.
- WHO. Health Evidence Network. *What are the arguments for community-based mental health care?* WHO Europe, 2003.
- WHO. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, WHO Europe, 2005.
- WHO. *The World Health Report 2001*.
- Ørstavik S. *Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse*, I Norvoll R (red): Samfunn og psykiske lidelser. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
- Ådnanes M, Sitter M. *Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid – status i spesialist-helsetjenesten og kommunene 2002*. Trondheim: SINTEF Helsetjenesteforskning, 2004.



Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no