

**ARBEIDS- OG FRITIDS-
TILTAK FOR
MENNESKER MED
PSYKISKE
LIDELSER**

**Evaluering av det lokale arbeidet
med Opptrappingsplanen for
psykisk helse**

Sluttrapport

Solveig Flermoen

Rapport nr 234

2006

TELEMARKSFORSKING-BØ

© Telemarksforsking-Bø 2006
Rapport nr. 234
ISBN 82-7401-256-9
ISSN 1501-9918
Pris: kr. 290

Telemarksforsking-Bø
Postboks 4
3833 Bø i Telemark
Tlf: 35 061500
Fax: 35 061501
www.telemarksforsking.no

FORORD

Denne rapporten utgjør hoveddokumentasjonen fra Telemarksforskning-Bøs evaluering av hvordan en lokalt arbeider med og samarbeider om yrkesrelaterte tiltak og fritidstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser. Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Norges forskningsråd. Undersøkelsen inngår i Norges forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Prosjektet har vært lagt opp som en følgeevaluering. Telemarksforskning-Bø har tidligere publisert en statusrapport (2003) som viser situasjonen i kommunene på de aktuelle temaområdene drøyt fire år etter at arbeidet med å iverksette Opptrappingsplanen startet. Som ledd i underveisrapporteringen er det gitt ut to notater som beskriver situasjonen i de aktuelle kommunene henholdsvis ett og to år etter at evalueringen startet.

Denne rapporten er strukturert slik at den begynner med et fylldig sammendrag som viser hovedfunnene i evalueringen. Lesere som ønsker en fyldigere og mer detaljert gjennomgang av stoffet, henvises til å gå videre til hovedteksten.

Nils Asle Bergsgard var prosjektleder fra evalueringen startet høsten 2001 og fram til 2005 hvor Solveig Flermoen overtok denne funksjonen. Tidligere prosjektmedarbeider Heidi Haukelien har deltatt i datainnsamling i fase to av evalueringen. Heidi Stavrum har gjennomført litteraturundersøkelse i forbindelse med ”frivillighet”, jf. kapittel 5 i den foreliggende rapporten. Nils Asle Bergsgard har vært ansvarlig for dette kapitlet som han har skrevet i samarbeid med Heidi Stavrum. Nils Asle Bergsgard har i tillegg kommentert rapporten i slutfasen av arbeidet. For øvrig er arbeidet i tilknytning til rapporten gjennomført av prosjektlederen.

Vi vil takke alle som har bidratt i forbindelse med datainnsamling. Særlig gjelder det kontaktpersonene, det vil si psykiatrikoordinatorerne i de kommunene som har slik, eller tilsvarende, stilling. De fleste har vært i stillingen i hele evalueringsperioden, og de har vært ”utsatt” for ulike forespørsler fra vår side. Tusen takk for hjelpen! Men ikke minst vil vi takke brukerne, som til tross for at de var i en vanskelig livssituasjon, var villige til å bli intervjuet av oss. Hjertelig takk for at dere stilte opp!

Bø, august 2006

Solveig Flermoen
Prosjektleder

INNHold

1	INNLEDNING	27
1.1	Bakgrunn	27
1.2	Hovedproblemstillinger	27
1.3	Metodisk gjennomføring	28
1.3.1	Valg av undersøkelsesenheter og informanter	28
1.3.2	Gjennomføring av intervjuene	30
1.4	Om rapporten	31
2	ORGANISERING OG SAMARBEID	33
2.1	Innledning	33
2.2	Organisering	34
2.2.1	Tilbakeblikk	34
2.2.2	Dagens situasjon	35
2.2.3	Organisering i små og mellomstore kommuner	36
2.2.4	Organisering i store kommuner	38
2.3	Samarbeid	39
2.3.1	Innledning	39
2.3.2	Tilbakeblikk	40
2.3.3	Individuell plan	40
2.3.4	Samarbeid på kommunalt nivå	41
2.3.5	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	43
2.4	Opptappingsplanen som verktøy	46
2.5	Oppsummering og konklusjon	47
3	AETATS ROLLE	50
3.1	Innledning	50
3.2	Tilbakeblikk	50

3.2.1	Situasjonsbeskrivelse høsten 2002	50
3.2.2	Mellomperioden 2003-2004	52
3.3	Den aktuelle samarbeidssituasjonen	52
3.3.1	Generelt	52
3.3.2	Samarbeid mellom Aetat og psykisk helsearbeid sett fra Aetats side	53
3.3.3	Samarbeid mellom Aetat og psykisk helsearbeid sett fra kommunenes side	54
3.3.4	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten sett fra Aetats side	56
3.3.5	Samarbeid med Aetat sett fra DPSenes side	56
3.3.6	Samarbeid med andre instanser	58
3.4	Aetats oppmerksomhet i forhold til psykiske lidelser hos arbeidssøkerne	58
3.5	Hindre for å komme i arbeid	59
3.6	Oppsummering og konklusjon	61
4	ARBEIDSRELATERTE TILTAK	64
4.1	Innledning	64
4.2	Psykiske lidelser og arbeidslivet	65
4.3	Tilbakeblikk	69
4.4	Dagens situasjon	71
4.4.1	De aktive kommunene	71
4.4.2	Et eksempel på ”god praksis”	73
4.4.3	De mindre aktive kommunene	76
4.5	Oppsummering og konklusjon	78
5	FRITIDSTILTAK	81
5.1	Innledning	81
5.2	Kort tilbakeblikk	84
5.3	Utsyn - en skandinavisk litteraturstudie	85
5.3.1	Betydningen av å ha en meningsfylt fritid	87
5.3.2	Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige	91

5.3.3	Eksempler på frivillig engasjement for personer med psykiske lidelser	96
5.4	Erfaringen fra fase to – profesjonalisert fritid i offentlig regi?	100
5.5	Oppsummering	105
6	SITUASJONEN SETT FRA BRUKERNES STÅSTED	107
6.1	Innledning	107
6.2	Brukerne i undersøkelsen	108
6.3	Arbeidsrettede tiltak	109
6.3.1	Bakgrunn fra arbeidslivet	109
6.3.2	Erfaringer med tiltakene	110
6.3.3	Erfaringer med Aetat	115
6.4	Tiltak ved aktivitetssentrene	116
6.5	Fritid	118
6.6	Samordning og samarbeid	120
6.6.1	Situasjonen tidligere	120
6.6.2	Dagens situasjon	120
6.6.3	Brukermedvirkning	122
6.7	Opptappingsplanens betydning	123
6.7.1	Bakgrunn	123
6.7.2	Deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak	124
6.7.3	Holdninger til psykiske lidelser	126
6.7.4	Kjennskap til Opptappingsplanen	128
6.8	Oppsummering og konklusjon	129
7	AVSLUTNING	134
	LITTERATUR	147
	VEDLEGG	153

SAMMENDRAG, KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Om undersøkelsen

Hovedmålsettingen med prosjektet er å evaluere iverksetting av Opptappingsplanen på lokalt nivå når det gjelder å legge til rette for at brukere med langvarige psykiske lidelser får muligheter til å delta i meningsfylt virksomhet knyttet til både arbeid og fritid. Dette er tiltak som krever medvirkning fra flere instanser på ulike forvaltningsnivå. Oppmerksomheten rettes mot hvordan slike tiltak praktiseres, og på virkninger av tiltakene (kap. 1.2).

Hovedproblemstillingene er følgende:

1. Med basis i Aetats tiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser – hvordan er samarbeidet mellom instanser på ulike forvaltningsnivå og sektorer organisert for å ivareta hensynet til helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud? Hvordan blir brukerne trukket med i planlegging og utforming av tiltak?
2. Hvorvidt og i tilfelle hvordan har kommunene involvert de frivillige organisasjonene for å skape en meningsfylt fritid for personer med langvarige psykiske lidelser?
3. Har deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak og frivillige organisasjoner endret livskvaliteten til brukerne?
4. Hvordan er holdninger til psykiske lidelser i lokalmiljøet? Hvordan har en eventuell involvering av frivillige organisasjoner i arbeidet med personer med psykiske lidelser, påvirket holdningene til og kunnskapen om psykiske lidelser blant organisasjonens medlemmer?
5. I hvilken grad, evt. på hvilke måter, har det skjedd endringer i løpet av planperioden innen problemstillingene ovenfor? Hvordan kan disse endringene relateres til Opptappingsplanen?

Metode og data. Undersøkelsen er en følgeevaluering, og den er delt i to hovedfaser (datainnsamling 2002 og 2005) med en mellomperiode. Hovedformålet med fase én er å beskrive status når det gjelder lokal tilrettelegging av yrkesrelaterte tiltak og fritidstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser. Denne beskrivelsen danner grunnlaget for evalueringen av kommunenes virksomhet når det gjelder tilrettelegging av slike tiltak.

Datamaterialet består av intervju og skriftlig materiale fra 12 casekommuner i Helseregion Sør. Kommunene er valgt ut fra størrelse, geografi (fylke), kommunenes inntekter, ansatte innen psykisk helsearbeid etc. Det er

gjennomført intervjuer i fase én og to med følgende kategorier: brukere, dvs. voksne (over 18 år) med langvarige psykiske lidelser, ansatte innen kommunene, Aetat og spesialisthelsetjenesten som arbeider med den aktuelle brukergruppen og representanter fra frivillige organisasjoner (kultur- og fritidsorganisasjoner og humanitære organisasjoner). Det er gjennomført ca 100 intervjuer i henholdsvis fase én og to. I tillegg er det gjort to ”oppdateringer” i mellomperioden. Det innebærer at kontaktpersonene i kommunene ga tilbakemeldinger (skriftlig eller muntlig) på åpne, skriftlige spørsmål (kap. 1.1 og 1.3).

Hovedfunn

Organisering. En av intensjonene i Opptappingsplanen er at mennesker med psykiske lidelser skal ha en meningsfylt hverdag. Dette skal skje gjennom tilrettelegging for deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak i den utstrekning det synes hensiktsmessig for den enkelte bruker, og mulighet for deltakelse i fritidstiltak ut fra individuelle ønsker og interesser (jf. St.prp. nr 63 (1997-98), kap.1.2). Der som kommunene skal oppfylle disse intensjonene, krever det samarbeid og samordning mellom ulike instanser på kommunalt nivå og mellom instanser på kommunalt og statlig forvaltningsnivå. Det tilsier at organisering lokalt har betydning for problemstillingene i undersøkelsen.

Kommunal organisering karakteriseres av stort mangfold i organisasjonsløsninger, og det gjenspeiles i organisering av psykisk helsearbeid. Ett sentralt spørsmål vedrørende organisering av psykisk helsearbeid er om virksomheten bør samles i en egen avdeling/seksjon som ledes av psykiatrikoordinator, eller deles mellom ulike enheter. Spissformulert innebærer det om psykisk helsearbeid skal ”spesialiseres” eller være en integrert del av det øvrige kommunale tjenestetilbudet. Den siste modellen er i tråd med styringssignaler fra sentralt hold. Blant de 12 case-kommunene har kun tre valgt denne modellen. Alle tre har mer enn 20 000 innbyggere. Disse tre kommunene er aktive både med hensyn til arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak, men vi kan ikke ut fra det slutte at modellen er mest fordelaktig for etablering av slike tiltak. De ansatte i de ni øvrige kommunene peker på følgende tre fordeler med egen avdeling/seksjon: 1) Gir bedre oversikt over bruk av psykiatrimidlene og hindrer derved ”lekkasje” til andre områder. 2) Psykisk helsearbeid blir mer synlig overfor befolkningen, kommunepolitikerne og andre instanser på både kommunalt og statlig nivå. 3) Psykisk helsearbeid ledes av psykiatrikoordinator som, selv om forutsetningene varierer, har vesentlig betydning for følgende funksjoner: Innhold og utøvelse av psykisk helsearbeid, ta initiativ og være pådriver – og derigjennom bidra til at arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak kommer på dagsorden lokalt, og koordinering mellom ulike instanser og aktører (kap. 2.2).

Samarbeid. Når det gjelder samarbeid på kommunalt nivå, er det et hovedinntrykk at psykisk helsearbeid i løpet av evalueringsperioden i økende grad har glidd inn i, og blitt en del av det kommunale tjenestetilbudet. I begynnelsen av evalueringen var samarbeidet med fastlegene vanskelig. Selv om dette samarbeidsforholdet fremdeles er problematisk i noen av kommunene, er fastlegene blitt mer aktive i forhold til brukere med psykiske lidelser (kap. 2.3.2, 2.3.4).

En annen samarbeidsrelasjon som var problematisk innledningsvis i evalueringen, var forholdet til spesialisthelsetjenesten. Fra kommunenes side framsto tjenesten som fjern og til dels problematisk å samarbeide med. Dette har endret seg i løpet av evalueringsperioden, særlig i forhold til DPSene. Fra begge sidene legges det vekt på at uformell kontakt har større betydning enn tidligere, og at det er blitt innarbeidet rutiner for samhandling. Men sett fra kommunenes side preges samhandlingen fremdeles av at maktforholdet er ujevnt. Dersom det er ulike oppfatninger i en sak, er det spesialisthelsetjenesten som har det avgjørende ordet (kap. 2.3.5).

Da evalueringen startet, antok vi at Aetat ville være en sentral samarbeidspartner for psykisk helsearbeid i kommunene når det gjelder arbeidsrettede tiltak. Dette har i liten grad vist seg å holde stikk. Det er noen unntak, men i det store og hele har kommunene i hele evalueringsperioden etterlyst engasjement fra Aetats side. Aetat har imidlertid lagt vekt på at det sentrale målet for etaten er å få folk i ordinært arbeid, og at tiltak relatert til beskjefligelse ikke inngår i deres oppgaver (kap. 3.2). Selv om det fra kommunenes side kan synes som om Aetat i noe større grad er blitt oppmerksomme på psykiske problem, er det ikke noe som tyder på at etatens prinsipper, arbeidsmetoder og tiltaksspekter i større grad er blitt tilpasset denne brukergruppen (kap. 3.3.3). Aetat på sin side rapporterer om lite behov for å samarbeide med fagpersoner innen psykisk helsearbeid i kommunene. Ansatte i Aetat mener at etaten internt har tilstrekkelig kompetanse for tjenesteyting overfor arbeidssøkere med psykiske vansker. Dersom det er uavklarte spørsmål i forbindelse med behandlingsopplegget, blir fastlege/behandlende lege kontaktet (kap.3.3.2).

Begge parter mener imidlertid at samarbeidet mellom Aetat og spesialisthelsetjenesten fungerer greit. Men ett problem som Aetat viste til, var at brukere som ikke er klare for arbeidsmarkedet, blir henvist til etaten. Slik henvisning er gjerne initiert av ønske om å utløse økonomisk bistand. Et annet problem kan være manglende kontinuitet i arbeidet i perioder med vakanser innenfor spesialisthelsetjenesten. DPSene pekte på at det kan være betydelig variasjon i hvordan de enkelte Aetat-kontorene forholder seg til brukere med psykiske lidelser. Ved noen av kontorene er en innstilt på å se det positive hos den enkelte bruker og utnytte det skjønnsmessige rommet som regelverket gir. Andre har i større

grad oppmerksomheten rettet mot begrensningene til både den enkelte bruker og i etatens regelverk (kap. 3.3.4, 3.3.5).

Gjennom hele evalueringen har Aetat pekt på at de merker at ulike tankegang og ulike kulturer gjør seg gjeldende i samarbeid med andre instanser. Det blir også vist til at andre instanser ikke har tilstrekkelig kjennskap til hva Aetat står for. For å etablere en felles forståelse vises det til nødvendigheten av dialog mellom ulike instanser og faggrupper. Men det er en utfordring å kunne avsette tid til slik utveksling (kap. 3.3.6).

Individuell plan. Da evalueringen startet, antok vi at individuell plan ville være et aktuelt hjelpemiddel for å legge til rette for samarbeid og samordning i forbindelse med tiltak på individnivå for målgruppen. Vår undersøkelse viser imidlertid at det har gått langsomt med å ta dette hjelpemidlet i bruk. Hovedbegrunnelsen for ikke å gjøre det, er at brukerne ikke ønsker slik plan. Et annet argument er at det er ressurskrevende både å utforme og følge opp individuelle planer. Men det er også koordinatorene som hevder at slike planer er gode hjelpemidler for å inkludere både bruker og ulike deler av tjenesteapparatet, og synliggjøre ansvarsforholdene (kap. 2.3.3).

Brukerne på sin side gir uttrykk for at individuell plan har liten betydning. Mange av dem vet lite om hva det innebærer å ha en slik plan. Blant de som hadde erfaring på området, ble det hevdet at planen fungerte greit til å begynne med, men at den i liten grad ble fulgt opp. Ut fra brukernes tilbakemeldinger har det skjedd lite på dette feltet i løpet av evalueringsperioden (kap. 6.6.3).

Aetatets funksjon overfor arbeidssøkere med psykiske lidelser. Da evalueringsarbeidet startet, la vi til grunn at Aetat ville være en sentral samarbeidspartner for kommunene når det gjelder tilrettelegging og gjennomføring av arbeidsrettede tiltak for mennesker med psykiske lidelser, jf. Opptrappingsplanens intensjoner. Ovenfor har vi sett at slikt samarbeid er lite utviklet i flere av kommunene. På denne bakgrunn anså vi det for hensiktsmessig å rette søkelyset mot Aetatets funksjon overfor arbeidssøkere med psykiske lidelser. De ansatte i Aetat mente gjennomgående at etaten er godt rustet for tjenesteyting overfor arbeidssøkere med psykiske lidelser. Etaten har til rådighet et bredt spekter av tiltak som gir stor fleksibilitet og gode muligheter for å utforme individuelt tilpassede opplegg i alle faser av arbeidssøkerprosessen. Etaten har god kompetanse internt, bl.a. gjennom Arbeidsrådgivningskontorene. Kompetanse utover det etaten besitter, f.eks. i forbindelse med behandlingsopplegg, kan hentes inn hos behandlende lege. Men det er ansatte som mener at de trenger mer kunnskap innenfor feltet, særlig i forbindelse med avdekking av psykiske problemer.

En gruppe arbeidssøkere som etaten imidlertid føler seg mindre rustet til å håndtere, er brukere med psykiske lidelser som har vært på medisinsk rehabilitering, men som på grunn av regelendringer i trygdeetaten blir henvist til Aetat. Etaten hevder at mange i denne gruppen fungerer for dårlig til å være reelle arbeidssøkere (kap. 3.4.1, 3.4.2).

Arbeidsrelaterte tiltak. I mål og verdigrunnlag for Opptappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-98)) tas det til orde for at tjenestene må utformes slik at de imøtekommer den enkeltes behov bl.a. for å delta i meningsfylt aktivitet. For å få et mest mulig normalt liv skal det legges til rette for tilbakeføring til arbeidslivet, eller dersom dette permanent eller midlertidig ikke er mulig, å delta i annen meningsfylt aktivitet. Det blir pekt på at mennesker med psykiske lidelser ofte har problemer i forhold til arbeidsmarkedet. Kommunene skal derfor satse på tiltak som bidrar til at flere kan nyttiggjøre seg tiltakene til Aetat, jf. pkt 4.7 i Stortingsproposisjonen. Et sentralt spørsmål i vår evaluering er hva kommunene gjør for at mennesker med langvarige psykiske lidelser kan tilbakeføres til arbeidslivet.

Vi har fulgt utviklingen i de 12 case-kommunene siden 2002. Den første kartleggingen viste betydelige forskjeller mellom kommunene, og det var de fire største som var kommet best i gang med slike tiltak. Disse kommunene var også godt i gang med oppfølging av Opptappingsplanen i det store og hele. I løpet av mellomperioden kom to av de mellomstore og én av de små kommunene også i gang med tiltak på dette området, mens det skjedde lite i de resterende fem kommunene (kap. 4.3). I slutfasen av evalueringen er situasjonen en todeling mellom sju aktive og fem mindre aktive kommuner. I den siste gruppen er det lite oppmerksomhet og engasjement i forbindelse med arbeidsrelaterte spørsmål, og årsakene er sammensatte. En iøynefallende forskjell er ulikhet koplet til lokalt arbeidsmarked, og hvor de store kommunene åpenbart har fordeler. Men blant case-kommunene er det én liten og to mellomstore som også er aktive på feltet. Karakteristiske trekk ved disse kommunene er at de på en kreativ måte utnytter de mulighetene som ligger lokalt. Ansatte i psykisk helsearbeid har god lokalkunnskap, og har kjennskap til potensielle arbeidsgivere, noe de drar nytte av for å finne lokale tiltaksplasser. I tillegg har de godt samarbeid med lokal arbeidsmarkedsbedrift eller aktivitetssenter som har utviklet varierte, men forpliktende opplegg, til dels i samarbeid med Aetat (kap. 4.4.1).

De store kommunene har lagt opp virksomheten koplet til arbeidsrelaterte tiltak for målgruppen på ulike måter, men det er også klare likhetsrekk. I de aktive kommunene har utvikling av tiltak skjedd ved kapasitetsøkning innenfor bestående virksomheter, ved knoppskyting fra slik virksomhet og gjennom engasjement, åpenhet og vilje/evne til nytenkning hos ansatte når det gjelder å finne

fram til individuelle løsninger. Ut fra vår vurdering er det i disse fire kommunene utviklet et bredt spekter av tiltak, og det er bevissthet og engasjement knyttet til nødvendigheten av å legge til rette for at brukerne kan få en meningsfylt hverdag. Sammen med tiltaksapparatet til Aetat har en i de fire kommunene nødvendige virkemidler for å utvikle hensiktsmessige tiltaksopplegg for den enkelte bruker. Knapphetsfaktoren er imidlertid kapasitet, og det gjelder hele spekteret av virkemidler. Med andre ord er det ikke først og fremst utvikling av nye virkemidler det er behov for, men kapasitetsøkning innenfor det etablerte apparatet. Vi har imidlertid presisert at dette ikke innebærer at disse kommunene skal gå videre kun i de opptrakkede sporene. Engasjement, åpenhet og nytenkning er forutsetninger for videre utvikling innenfor det virkemiddelapparatet som er etablert i kommunene (kap. 4.4.1).

På bakgrunn av praksis i disse store case-kommunene har vi gitt eksempel på ”god praksis”. Følgende fire trekk er karakteristiske: 1) Arbeidsrelatert virksomhet blir *synliggjort* ved å opprette en egen enhet. Det er personale som arbeider kun med dette feltet, det avsettes midler over budsjettet m.v. På denne måten gis det signaler til omgivelsene om at dette er et viktig arbeidsområde innenfor psykisk helsearbeid. Synliggjøring av prosjektene har betydning overfor potensielle arbeidsgivere innen både private og offentlige bedrifter, ansatte i andre offentlige virksomheter på både kommunalt og statlig nivå, kommunens politikere og befolkningen generelt. Ytterligere en effekt av å synliggjøre den arbeidsrelaterte virksomheten er at det kan bidra til å ”alminneliggjøre” psykisk sykdom. 2) *Balanse mellom fleksibilitet og klare regler, rutiner, grenser*. Brukere med psykiske lidelser trenger fleksibilitet i arbeids-/tiltakssituasjonen, samtidig som det kan være nødvendig med faste rutiner og klare grenser. Balansegangen her kan være en utfordring. 3) *Kreativitet*. Det gjelder både til å utvikle et spekter av virkemidler og til å se muligheter for den enkelte bruker. 4) Utvikling av *metodikk*. Ut fra tilbakemeldingene fra brukerne ser det ut som om en har lyktes med å gi formuleringer av typen ”å ta brukerne på alvor”, ”være medansvarlig for egen situasjon” etc. et meningsfylt innhold. Eksempelvis synes det som om balansegangen mellom å gi brukerne nødvendig støtte og trygghet, samtidig som mulighetene for progresjon ikke hemmes, blir ivaretatt på tilfredsstillende måte (kap. 4.4.2).

Fritidstiltak. Et viktig siktemål for Opptappingsplanen er å legge til rette for en meningsfylt fritid (bl.a. pkt. 4.2.6 i St.prp. nr. 63 (1997-98)). Nødvendigheten av at kommunene fortsatt bør vektlegge brukernes mulighet ”til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon”, understrekes i Statsbudsjettet for 2006 (St.prp. nr. 1, 2005-2006: 181). Diverse offentlige dokument vektlegger betydningen av samarbeid mellom offentlige institusjoner og lokalt kultur- og fore-

ningsliv. På denne bakgrunn er et utgangspunkt for evalueringen at deltakelse i frivillige organisasjoner gir mulighet for sosial integrasjon og utfoldelse som kan bedre livskvaliteten til den enkelte. Samarbeid mellom kommunene og frivillige organisasjoner vil derfor være en sentral faktor (kap. 5.1).

Ut fra vår undersøkelse er det imidlertid grunnlag for å spørre om sentrale myndigheter har hatt for ambisiøse mål på dette området. I våre 12 case-kommuner har en i forsvinnende liten grad etablert samarbeid med de lokale kultur- og fritidsorganisasjonene. Noe samarbeid er etablert med tradisjonelle humanitære organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon, blant annet i tilknytning til frivillighetssentraler, etablering av nettverk av støttepersoner for brukerne osv. Det samme gjelder for de spesifikke brukerorganisasjonene som Mental Helse og LPP (Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri). Men dette gjelder ikke de mer allmenne kultur- og fritidsorganisasjonene, til tross for et visst ønske om dette fra kommunalt hold. Hovedgrunnen synes liten vilje eller evne til å involvere seg i dette arbeidet fra lagenes side; lag og foreninger jobber for sin sak, og eventuelle positive inkluderings effekter bør komme som ringvirkninger av dette. Noe liknende kommer til uttrykk blant enkelte informanter fra kommunalt hold som understreker at det viktige er å styrke brukerne slik at de på egenhånd og uten noe spesiell tilrettelegging oppsøker kultur- og fritidsorganisasjoner (kap. 5.4).

Opptappingsplanens målsetting om lokal tilrettelegging av meningsfull fritid er likevel til dels ivarettatt ved at kommunene selv etablerer ulike tilpassede kultur- og fritidstiltak. Som nevnt, er frivillige organisasjoner i form av brukerorganisasjoner og humanitære organisasjoner til dels involvert, men ikke kultur- og fritidsorganisasjoner. Psykiatrimidler er brukt både til spesifikke kultur- og fritidsstillinger, og til spesifikke kultur- og fritidstiltak, som deltakelse på tilpassede kurs og lignende. Slike tiltak blir ofte drevet av, eller i samarbeid med profesjonelle utøvere innen ulike kunstarter. I enkelte kommuner er det også etablert ulike former for bistandsordninger i forbindelse med det sosiale liv og fritiden for brukeren. Dette er de samme kommunene som er aktive når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak, jf. ovenfor (kap. 5.4).

På samme måte som for arbeidsrelaterte tiltak, er det de kommunene som hadde fått til en del i allerede i 2002, som har styrket arbeidet på fritidsområdet, mens de som hadde fått til lite i 2002, i liten grad har styrket innsatsen etterpå (kap. 5.2).

Brukernes situasjon. Brukermedvirkning er et sentralt begrep i Opptappingsplanen (bl.a. kap.1,2 og 4.1.1 i St.prp. nr. 63 (1997-1998)). I hovedproblemstillingene for denne rapporten, jf. kap.1.2, er spørsmål som vedrører brukernes situasjon, delt på flere problemstillinger. Vi har imidlertid funnet det formåls-

tjenlig å belyse deres situasjon samlet. Situasjonen for de 37 brukerne som er intervjuet, er svært ulik. En del er inne i atferingsløp som de regner med vil føre dem tilbake til det ordinære arbeidslivet på hel- eller deltid, mens andre har uførestønad og er tilfredse med tilbud på aktivitetssenter en til to ganger i uka. Mellom disse kategoriene er det brukere som deltar i tiltak med ulik grad av strukturering. Fordelen med en slik heterogen informantgruppe er at datamaterialet i noen grad vil avspeile mangfoldet i erfaringer og oppfatninger. Ulempen er at det kan være problematisk å trekke ut hovedsynspunkter fra materialet (kap. 6.2).

Ett sentralt tema er brukernes erfaringer med hvordan det blir lagt til rette for at de kan delta i arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak. Det omfatter deres medvirkning i planlegging og tilrettelegging av slike tiltak, og i hvilken grad behandlingsapparatet samarbeider for at tjenestene skal bli helhetlige og sammenhengende. Vi har valgt å se på arbeidsrettede tiltak, tiltak ved aktivitetssentrene og fritidstiltak hver for seg. Når det gjelder tilrettelegging for deltakelse i arbeidsrettede tiltak, er det tre faktorer som brukerne i de aktive kommunene trekker fram som positive; fleksibilitet, avpasset progresjon og forutsigbarhet (kap. 6.3.2).

Fleksibilitet er i stor grad knyttet til behov for å få tillit og å bli verdsatt i arbeidssituasjonen. Vi kan snu det rundt, og si at det handler om behov for ikke å bli mistrodd og mistenkt for å forsøke å sluntre unna når en har en dårlig dag/dårlig periode. Dette forutsetter at arbeidet er lagt opp slik at det kan tas høyde for at arbeidsinnsatsen varierer, og at det er forståelse og aksept blant både ledere og kolleger for at slik variasjon finner sted. Det betinger igjen at ledelsen har generell innsikt i hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, og i noen grad hvordan den arter seg for den enkelte bruker. Det kan være et problem i enkelte tiltak at innsikten på dette feltet ikke er god nok. For brukerne har det stor betydning at de blir tatt vare på i jobbsituasjonen, og særlig når en har dårlige perioder. Den sosiale siden ved arbeidssituasjonen betyr mye. I tillegg til at brukerne føler både forpliktelse og ansvar i forhold til å overholde inngåtte arbeidsavtaler, er vissheten om at det er noen å prate med på jobb, en stimulans til å komme seg av gårde også på tunge dager.

Behovet for *tilpasset progresjon* er knyttet til et dilemma som innebærer at den ansvarlige må ha god innsikt i situasjonen til den enkelte bruker for å kunne håndtere det på en tilfredsstillende måte. Dilemmaet går ut på at på den ene siden skal bruker oppmuntres, og kanskje i noen grad dyttes på, for å strekke seg mot mål som er realistiske for vedkommende. På den andre siden må ikke presset være for stort, slik at vedkommende får (enda) en opplevelse av å komme til kort. Men dersom ”apparatet” rundt den enkelte bruker ikke ser muligheter, men avfinner seg med at vedkommende har et ”godt nok” tilbud, er det

fare for at potensialet for videre utvikling ikke bli utnyttet. I denne sammenhengen vil en fast kontaktperson som bruker kjenner godt og har tillit til, kunne spille en viktig rolle. Selv om det i materialet er eksempler på at brukere har opplevd til dels betydelige nedturer fordi de ikke har klart å følge opp tiltak, er det etter vår vurdering grunn til å stille spørsmål ved om brukerne i tilstrekkelig grad blir sett og vurdert ut fra sine muligheter. Her er det betydelige forskjeller i hvor aktivt det psykiske helsearbeidet er i kommunene. Særlig i kommuner som er lite aktive når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak, er det grunn til å anta at brukernes situasjon på både kort og lengre sikt kan bedres dersom "apparatet" rundt den enkelte bruker i større grad har oppmerksomhet rettet mot slike problemstillinger.

Behov hos brukerne for å ha kontroll og *forutsigbarhet* er først og fremst knyttet til den økonomiske situasjonen, men det har også sammenheng med behov for å ha oversikt over hva en skal gjøre framover. Brukerne viser til at vedtak i forbindelse med både atferd (Aetat) og medisinsk rehabilitering (trygdekontoret) ofte har tre-måneders varighet. Siden dette er tiltak som det er knyttet økonomisk ytelse til, kan det være problematisk for brukerne å forholde seg til denne kortsiktigheten. Det blir hevdet at manglende forutsigbarhet vanskeliggjør situasjonen fordi det virker stressende på brukerne. Flere mener at dersom vedtakene har lengre varighet, så vil de også ha bedre effekt.

Brukernes erfaringer med tiltak ved aktivitetssentrene avspeiler at disse opererer i en mellomposisjon i forhold til å være rettet mot sosialt samvær/fritid og arbeidsrelatert virksomhet. Brukernes erfaringer avspeiler også at det er stor variasjon mellom kommunene i hvordan opplegget er, og hvilke behov hos brukerne som aktivitetssentrene imøtekommer. Brukerne deltar i tilbud som spenner fra uforpliktende sosialt fellesskap et par timer i uka, til opplegg som forutsetter oppmøte til avtalt tid for å delta i en avtalt aktivitet. I noen tilfeller er dette ledd i en kjede av tiltak, og det forventes progresjon. Mellom disse ytterpunktene finner vi ulike grader av forventning om forpliktelse fra brukernes side. Ved sentrene som har stor grad av uforpliktende opplegg og lite fagutdannet personale, ble det etterlyst mer kompetanse hos de ansatte og mer tilrettelagte tiltak. For andre var det nettopp fraværet av forventninger og forpliktelse som ble framhevet. På aktivitetssenteret har noen av brukerne fast kontaktperson som de har utviklet nær personlig relasjon til. Denne kontakten betyr mye for den enkelte (kap. 6.4).

Brukerne etterspør i liten grad fritidstiltak ut over det de har tilbud om, og i det store og hele er de fornøyde med fritidstiltakene de deltar i. Men det innebærer ikke at flertallet av brukerne har en aktiv fritid. Mange viser til at de bruker fritid/ledig tid sammen med familie og venner, og de ønsker ikke tiltak/aktiviteter ut over det. Sett i lys av at passivitet, tilbaketrekning og sosial

angst er karakteristiske trekk ved en del psykiske lidelser, er det betimelig å stille spørsmål om økt oppmerksomhet om fritidstiltak vil bidra til at hverdagen blir mer meningsfylt for brukerne. Ut fra brukernes tilbakemeldinger har det skjedd lite i kommuner som under den første datainnsamlingen (2002) og i mellomperioden hadde kommet kort med å legge til rette for fritidstiltak. I kommuner som i evalueringsperioden har vært i gang, eller har kommet langt i å legge til rette for slike tilbud, har det funnet sted en konsolidering og i noen kommuner en styrking og videreutvikling av tiltakene. Dette gjelder i første rekke enkelte av de mellomstore og de store kommunene (kap. 6.4).

Som nevnt tidligere, er brukernes situasjon svært forskjellig, noe som også avspeiles i oppfatninger om fritiden. Eksempelvis blir det pekt på både fordeler og ulemper ved egne fritidstiltak for denne gruppen. Ikke overraskende er det brukere i de store kommunene som har tilgang til slike tiltak gjennom spesielle prosjekter innenfor rammen av Opptappingsplanen. I de små kommunene og enkelte av de mellomstore vil det være tiltak, fortrinnsvis på dagtid, i regi av aktivitetssenteret som er aktuelle (kap. 6.4).

Tjenestene som brukerne får, bør utgjøre en sammenhengende helhet, og det krever samarbeid og samordning innen ulike deler av tjenesteapparatet. På samme måte som ved den innledende undersøkelsen (2002), rapporterer brukerne om både positive og negative erfaringer vedrørende slikt samarbeid. Men hovedinntrykket er at samordning og koordinering mellom ulike instanser fungerer greit. Riktignok har en del av brukerne jevnlig kontakt med få instanser over tid, og behovet for koordinering vil derfor være begrenset. Men flere av brukerne har opplevd å måtte vente en god stund på planlagte tiltak. Oppfølgingen i slike perioder har stort sett vært mangelfull, og slike venteperioder har vært vanskelige. Brukerne beskriver dem som å være i et stort tomrom hvor det de møysommelig har bygd opp over tid, raskt blir brutt ned (kap. 6.6.1, 6.6.2).

Til forskjell fra den første undersøkelsen, er det flere som viser til dårlige erfaringer med sosialkontoret. Det går både på hvordan brukerne blir møtt av sosialtjenesten, og på innholdet i de tjenestene som gis. Det dreier seg bl.a. om at brukerne ikke får begrunnelser dersom de får avslag på søknad om økonomisk stønad, eller får opplyst at de kan ha rettigheter enten innefor trygdesystemet eller hos Aetat. I denne sammenhengen kan det være betimelig å minne om at disse negative erfaringene ikke kan generaliseres til å gjelde de fleste sosialkontorene. Men erfaringene bør gi grunnlag for ettertanke hos aktuelle aktører (kap. 6.6.2).

I undersøkelsen rettes også oppmerksomheten mot brukernes erfaringer med Aetat (kap.6.3.3). Kort sagt er de blandete. På den ene siden er det brukere som er meget fornøyde med det tilbudet de får fra denne etaten, og de mener at det gir god mulighet til å komme videre og på sikt få et ordinært arbeid på hel-

eller deltid. Men det er også brukere som mener at ansatte i Aetat har for lite innsikt i hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, at de ansatte ikke er interesserte i å arbeide med folk som har slike lidelser, at etaten er lite fleksibel og i liten grad følger opp brukerne. Ut fra erfaringene som brukerne rapporterer om, ser det ut som at situasjonen ved en del av Aetats lokalkontor i liten grad er blitt endret siden vi foretok den første kartleggingen i fase én av evalueringen (2002).

Individuell plan er et hjelpemiddel ikke kun for å samordne ulike tiltak, men også for å involvere bruker. Hovedinntrykket er at individuell plan har liten betydning for brukerne i undersøkelsen. Dette er i tråd med erfaringene fra første del av evalueringen. Men det innebærer ikke at tiltak kommer i stand uten at brukerne medvirker. De involveres på ulike måter, og ansvarsgrupper og ikke minst en fast kontaktperson blir tillagt stor betydning. Det er ingen av brukerne som sier at de blir skjøvet mellom ulike instanser uten at noen tar ansvar (kap. 6.6.3).

Endringer relatert til Opptappingsplanen. Slike endringer er belyst ut fra ståstedet til brukerne, ansatte i kommunene (psykiatrikoordinator) og lokalt ansatte i Aetat.

Hovedvekten er lagt på brukernes erfaringer og oppfatninger. Når det gjelder spørsmål om i hvilken grad de mener det har skjedd endringer som har hatt betydning for deres livssituasjon, som de mener kan relateres til Opptappingsplanen, har vi benyttet en indirekte tilnærming bestående av tre innfallsvinkler: 1) Brukernes oppfatninger om betydningen av arbeidsrelaterte tiltak for deres situasjon. 2) Fokus på holdninger som brukerne møter i lokalsamfunnet. 3) Brukernes kjennskap til at det pågår en styrking av arbeidet innenfor psykisk helse.

Ad 1): Spørsmålet om betydningen av arbeidsrelaterte tiltak bygger på en antagelse om at tilbud om slike tiltak er en følge av Opptappingsplanen. Betydningen av å ha et arbeid å gå til, eller å delta i arbeidslignende aktiviteter, er blitt vektlagt i mange sammenhenger, det gjelder både i første del av evalueringen og i andre undersøkelser. Å delta i arbeidslivet i en eller annen form har verdi langt utover det lønnsmessige. Viktige momenter er at deltakelse sørger for at en har ”noe å gå til”, det bidrar til å strukturere hverdagen og til at det blir skille mellom hverdag og helg. I tillegg til det rent sosiale, framheves betydningen av å være verdsatt. Å få bekreftelse på at en betyr noe for arbeidsstedet, styrker selvfølelsen, og det gir en positiv følelse av mestring. Dette indikerer at Opptappingsplanen har hatt positiv betydning for brukerne i undersøkelsen ved å bidra til en mer meningsfylt livssituasjon (kap. 6.7.1, 6.7.2).

Ad 2): Når det gjelder holdninger til mennesker med psykiske lidelser, gir brukerne eksempler på at de har møtt negative holdninger. Mest typisk er imidlertid at brukerne erfarer at folk flest mangler kjennskap til hva det vil si å ha en psykisk sykdom. De som ikke har noen i familien eller i omgangskretsen som har slik lidelse, har i hovedsak sin informasjon fra oppslag i media. Det dreier seg da om grove forbrytelser, eller kjendiser som står fram med sine lettere depresjoner. Dette fører til at det skapes et meget skjevt bilde av hva psykisk sykdom egentlig dreier seg om (kap. 6.7.3).

Ad 3): Når det gjelder brukernes kjennskap til at det pågår en styrking av virksomheten innenfor psykisk helsearbeid, er det flere som ikke har hørt om dette arbeidet. Dette er for øvrig samme situasjon som ved oppstart av evalueringen (2002). I noen av kommunene ble det vist til at det snarere er i gang en nedtrapping enn opptrapping av tilbudet innenfor psykisk helsearbeid. Brukerne mente at både administrasjon og politikere hadde liten innsikt i hva det vil si å ha en psykisk lidelse, og hva som er viktig i deres situasjon. Eksempelvis ble det uttrykt bekymring for om virksomheten ved aktivitetssentre kunne opprettholdes på dagens nivå, og for ukentlig timetall for støttekontakt. Sett i lys av at Opptrappingsplanen har vært virksom i kommunene siden 1999, kan det synes lite oppløftende at brukerne ikke i større grad hadde kjennskap til planen. Men også andre undersøkelser viser at brukere i liten grad relaterer endringer i egen situasjon til konkrete reformer. Det har bl.a. sammenheng med at flere faktorer virker sammen, og i tillegg vil det være vanskelig å ha begrunnede oppfatninger om årsakssammenhenger. En annen årsak kan være at tilbudene i tilknytning til psykisk helsearbeid gradvis er blitt utviklet i løpet av disse årene, og nå inngår som en naturlig del av tjenestetilbudet (kap. 6.7.4).

Generelle virkninger som styrking av bemanningen både kvantitativt og kvalitativt, synliggjøring av det psykiske helsearbeidet gjennom kommunale virksomhetsplaner etc. er åpenbare generelle virkninger av Opptrappingsplanen. Når det gjelder hvilken betydning Opptrappingsplanen har hatt for å bidra til at brukere med psykiske lidelser får en meningsfylt hverdag, er bildet sammensatt. I de aktive kommunene blir psykiatrimidler anvendt til spesielle tiltak som bl.a. inkluderer egne stillinger innenfor både arbeidsrealterte tiltak og fritidstiltak. Vi kan imidlertid konstatere at særlig i de mindre aktive kommunene, det vil i hovedsak si små og mellomstore kommuner, er området mangelfullt dekket.

Når det gjelder samarbeid mellom psykisk helsearbeid i kommunene og Aetat, blir det i liten grad rapportert at dette er blitt styrket i tilknytning til iverksetting av Opptrappingsplanen. Det er særlig i små kommuner, hvor det generelt har gått noe tungt med iverksetting av Opptrappingsplanen, at kontakten er dårlig (kap. 3.3.2 og 3.3.3).

Når det gjelder endringer relatert til Opptappingsplanen sett fra ståstedet til psykiatrikoordinatorer/andre kommunalt ansatte, vises det først og fremst til generelle effekter som synliggjøring av psykisk helsearbeid, kvalitetssikring av virksomheten, og at ”psykiatrimidlene” blir brukt til psykisk helsearbeid (kap. 2.4).

Fra Aetats side blir Opptappingsplanen tillagt liten betydning. Det er noe variasjon mellom kontorene, men hovedinntrykket er at den ikke har vært et tema på lokalnivå i etaten. Men det blir vist til at psykiske lidelser er et aspekt ved brukerne som de i økende grad må forholde seg til. Dette blir knyttet til økt bevissthet generelt i behandlingsapparatet og regelendringer i trygdeetaten i tilknytning til medisinsk rehabilitering (kap. 3.4).

Konklusjoner og anbefalinger

Ad. hovedproblemstilling 1: Med basis i Aetats tiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser – hvordan er samarbeidet mellom instanser på ulike forvaltningsnivå og sektorer organisert for å ivareta hensynet til helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud? Hvordan blir brukerne trukket med i planlegging og utforming av tiltak?

Konklusjon:

- Psykisk helsearbeid har glidd inn i, og blitt en del av det kommunale tjenesteapparatet, og dermed også en naturlig samarbeidspartner. Men noen steder er samarbeidsrelasjonen til fastlegene fremdeles vanskelig.
- Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har blitt bedre ved at det er innarbeidet hensiktsmessige regler og rutiner. Det gjelder først og fremst i forhold til DPSene, mens sykehusenes psykiatriske avdelinger fremdeles er noe ”fjerne”. Men fra kommunenes ståsted er kommunikasjonen preget av at maktforholdet er ujevnt.
- Det er lite samhandling mellom Aetat og psykisk helsearbeid, spesielt i kommuner som er lite aktive når det gjelder arbeidsrelatert virksomhet. I noen grad etterspør kommunene slik kontakt, mens Aetat ikke har behov for det. På individnivå samarbeider Aetat med spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Men det er grunn til å spørre om samhandlingsmønsteret bidrar til at brukere som i en periode trenger tiltak som kan føre til at de etterpå blir i stand til å nyttiggjøre seg Aetats tiltaksstruktur, i tilstrekkelig grad får slike tilbud. Det kan være strukturerte tiltak ved f.eks. aktivitetssenter, eller andre kommunale tiltak. Dette gjelder først og fremst i kommuner som er lite aktive vedrørende arbeidsrelaterte tiltak.

- Brukerne involveres på ulike måter i ulike faser av prosessen. Det er ingen tilbakemeldinger om ”overkjøring” eller ”skyving” mellom instanser. Manglende oppfølging i venteperioder kan være et problem. Individuell plan har liten betydning for brukernes innflytelse på egen situasjon. Men fast kontaktperson, eller ansvarsgruppe, er en viktig kanal inn i tiltaksapparatet.

Anbefaling:

- Det er en utfordring for både spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunene å (videre)utvikle samhandlingsmønstre som karakteriseres av dialog mellom jevnbyrdige parter, og ikke relasjoner hvor spesialisthelsetjenesten ”bestiller” tjenester som kommunene må gjennomføre.
- Statlige myndigheter bør bidra til økt bevissthet om/ansvarliggjøring av kommunene vedrørende behov for tiltak som forbereder for deltakelse i Aetats tiltaksstruktur – gjelder særlig i de mindre kommunene.
- Skjerpe kommunenes ansvar for oppfølging av brukere som venter på tiltak.

Ad. hovedproblemstilling 2: Hvorvidt og i tilfelle hvordan har kommunene involvert de frivillige organisasjonene for å skape en meningsfylt fritid for personer med langvarige psykiske lidelser?

Konklusjon:

- Det er i liten utstrekning etablert samarbeid mellom kommunene og frivillige organisasjoner innen kultur og idrett – med formål å etablere fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Det er noe samarbeid med humanitære organisasjoner.

Anbefaling:

- Statlige myndigheter bør vektlegge overfor kommunene betydningen av å satse på fritidstiltak for målgruppen – gjelder særlig de mindre kommunene.
- Statlige myndigheter bør være tilbakeholdne med å forvente at frivillige organisasjoner engasjerer seg i tiltak for målgruppen. Slik aktivitet bør evt. komme som ringvirkning av organisasjonenes primære virksomhet.

Ad. hovedproblemstilling 3: Har deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak og frivillige organisasjoner endret livskvaliteten til brukerne?

Konklusjon:

- Det blir bekreftet at det har stor betydning å ha et arbeid å gå til/delta i arbeidslignende aktiviteter – jf. første del av denne evalueringen og andre un-

dersøkelser. Slik deltakelse har verdi langt utover det lønnsmessige, bl.a. for strukturering av hverdagen/uka, gi opplevelse av mestring, gi sosial trening og tilhørighet og, ikke minst, gi erfaring fra arbeid/arbeidslignende situasjoner.

- Betydningen av deltakelse i frivillige organisasjoner kan vi si lite om siden brukerne i undersøkelsen i liten grad er aktive i slike sammenslutninger. Når det gjelder deltakelse i fritidsaktiviteter generelt, er det stor variasjon blant brukerne i hvilken grad de etterspør slik aktivitet. Det er særlig de større kommunene som har tilbud om fritidstiltak i kommunal regi.

Anbefaling:

- Arbeidsrelaterte tiltak bør ivareta motstridende hensyn i arbeidssituasjonen som fleksibilitet og forutsigbarhet, progresjon og stabilitet. Det krever arbeids-/tiltaks plasser som har (tilgang til) personale med innsikt i psykiske lidelser.
- Øke/oppretholde bevissthet på kommunalt nivå om betydningen av at målgruppen har en meningsfylt hverdag.

Ad. hovedproblemstilling 4: Hvordan er holdninger til psykiske lidelser i lokalmiljøet? Hvordan har en eventuell involvering av frivillige organisasjoner i arbeidet med personer med psykiske lidelser, påvirket holdningene til og kunnskapen om psykiske lidelser blant organisasjonens medlemmer?

Konklusjon:

- Mest typisk at folk flest har lite kjennskap til hva det innebærer å ha en psykisk lidelse. Men det er eksempler på at brukere er blitt møtt med negative holdninger. Sensasjonspregede oppslag i media (grove forbrytelser eller kjendiser med lettere depresjoner) preger oppfatningene.
- Spørsmålet om betydningen av involvering i frivillige organisasjoner, dvs. kultur- og fritidsorganisasjoner, blir uaktuelt siden brukerne i liten grad deltar i slik aktivitet.

Anbefaling:

- Fortsette arbeidet på bred front med å inkludere og alminneliggjøre mennesker med psykisk lidelse i det vanlige dagliglivet.

Ad. hovedproblemstilling 5: I hvilken grad, evt. på hvilke måter, har det skjedd endringer i løpet av planperioden innen problemstillingene ovenfor? Hvordan kan disse endringene relateres til Opptappingsplanen?

Konklusjon:

- I løpet av evalueringsperioden har det skjedd en to-delning av de 12 case-kommunene. Kommuner som i første fase av evalueringen var godt i gang med gjennomføring av tiltak rettet mot arbeid og fritid, har styrket og utviklet virksomheten på feltet. Kommuner som i første fase jobbet tungt, eller var lite aktive både generelt og i forhold til arbeids- og fritidstiltak, preges fremdeles av lavt aktivitetsnivå. Flere av de kommunene som i utgangspunktet var i en mellomposisjon, har styrket tilbudet, slik at de kan karakteriseres som aktive på feltet. Dette innebærer at ved slutten av evalueringsperioden kan vi skille mellom sju aktive og fem passive case-kommuner. Årsakene til denne utviklingen er sammensatte, men psykisk helsearbeid i små kommuner framstår som sårbart. Det har bl.a. sammenheng med tilgang på kvalifisert personell, samarbeidspartnere og faktorer knyttet til lokalt arbeidsmarked.
- Fra kommunenes side legges det vekt på at Opptrappingsplanen har bidratt til å synliggjøre psykisk helsearbeid på lokalt nivå, styrke og sikre kvalitetsnivået og bidra til å sikre at psykiatrimidler blir brukt til psykisk helsearbeid. Tiltak relatert til arbeid og fritid er blitt en del av det lokale tjenestetilbudet, selv om det er betydelig variasjon mellom kommunene.
- Brukerne relaterer i liten grad endringer i egen situasjon til Opptrappingsplanen. Det har sammenheng med at flere faktorer virker sammen, og i ettertid vil det være vanskelig å ha begrunnede oppfatninger om årsakssammenhenger.

Anbefaling:

- Sentrale myndigheter må legge til rette for at tilbudet innen psykisk helsearbeid på lokalt nivå kan opprettholdes/videreutvikles også etter at opptrappingsperioden er over.
- I kommuner som er aktive når det gjelder arbeids- og fritidstiltak: Vedrørende arbeidsrelaterte tiltak – vektlegging på kapasitetsøkning innenfor eksisterende tiltaksstruktur framfor utvidelse av tiltaksapparatet. Vedrørende fritidstiltak – opprettholde aktivitet på feltet og søke å øke bevissthet om nytten av en meningsfylt fritid.
- I kommuner som er mindre aktive vedrørende arbeids- og fritidstiltak: Sentrale myndigheter må bidra til å styrke oppmerksomheten vedrørende nytten av at det legges til rette for en mer meningsfylt hverdag for målgruppen. Dette kan gjøres ved økt grad av nytenkning, eksempelvis styrket samarbeid mellom nabokommuner, kombinert med større utnytting av lokale muligheter som f.eks. styrket samarbeid med andre lokale instanser og nyttiggjøring av lokalkunnskap i utforming av differensierte tiltak.

- Sentrale myndigheter bør være oppmerksomme på om NAV-reformen får spesielle konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Som et ledd i Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)), deltar Telemarksforskning-Bø med et prosjekt rettet inn mot hvordan en lokalt har lagt til rette for at mennesker med langvarige psykiske lidelser får delta i arbeids- og fritidstiltak. Hovedmålet med prosjektet er å evaluere kommunenes arbeid med iverksetting av Opptrappingsplanen på dette feltet.

Prosjektet startet høsten 2001, og det er lagt opp som en følgeevaluering. Den første rapporteringen fra evalueringen beskriver situasjonen i 12 casekommuner drøyt fire år etter at iverksetting av Opptrappingsplanen startet (Bergsgard m.fl. 2003). Dette utgjør *fase én* i evalueringen, og en kan si at denne rapporten danner grunnlinjen i evalueringsarbeidet. Utviklingen i casekommunene er fulgt opp gjennom to notat som kort beskriver situasjonen henholdsvis ett og to år etter den første kartleggingen (Flermoen 2003 og 2005). Denne perioden betegner vi som *mellomperiode*. Den foreliggende rapporten fokuserer på evalueringens *fase to*. Rapporten har flere siktemål, og er rettet mot både resultater og prosesser. Det innebærer at den skal vise hva situasjonen er i de aktuelle kommunene etter at Opptrappingsplanen har vært virksom i sju år (datainnsamling gjennomført i 2005). Men vel så viktig er at den skal sette søkelys på prosessene, dvs. hvordan tiltakene innen våre temaområder utvikles, og hva som hemmer og fremmer slik utvikling med vekt på samarbeid mellom ulike offentlige instanser. I tillegg settes det søkelys på Opptrappingsplanens betydning for gjennomføringsprosessene – i den grad det er mulig å skille planens betydning ut fra andre forhold.

1.2 Hovedproblemstillinger

Hovedproblemstillingene er rettet mot hvordan arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser – tiltak som krever medvirkning fra flere instanser på ulike forvaltningsnivå – blir *praktisert* i kommunene. I tillegg vil vi fokusere på hvilke *virkninger* slike tiltak gir. På denne bakgrunn utformet vi følgende hovedproblemstillinger ved oppstart av evalueringen (høsten 2001):

1. Med basis i Aetats tiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser – hvordan er samarbeidet mellom instanser på ulike forvaltningsnivå og sektorer organisert for å ivareta hensynet til helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud? Hvordan blir brukerne trukket med i planlegging og utforming av tiltak?
2. Hvorvidt og i tilfelle hvordan har kommunene involvert de frivillige organisasjonene for å skape en meningsfylt fritid for personer med langvarige psykiske lidelser?
3. Har deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak og frivillige organisasjoner endret livskvaliteten til brukerne?
4. Hvordan er holdninger til psykiske lidelser i lokalmiljøet? Hvordan har en eventuell involvering av frivillige organisasjoner i arbeidet med personer med psykiske lidelser, påvirket holdningene til og kunnskapen om psykiske lidelser blant organisasjonens medlemmer?
5. I hvilken grad, evt. på hvilke måter, har det skjedd endringer i løpet av planperioden innen problemstillingene ovenfor? Hvordan kan disse endringene relateres til Opptappingsplanen?

Utdyping av problemstillingene blir gjort i de enkelte kapitlene i rapporten.

Under datainnsamlingen i fase én (2002) viste det seg at frivillige organisasjoner, med unntak av brukerorganisasjonene, så å si ikke var på banen i forbindelse med fritidstiltak for den aktuelle gruppen. I løpet av evalueringsperioden har organisasjonenes engasjement eller aktivitet på dette feltet ikke tiltatt. Det innebærer at en av forutsetningene for problemstillingene våre faller bort, og vi kommer tilbake til hvordan vi har valgt å håndtere det.

1.3 Metodisk gjennomføring

1.3.1 Valg av undersøkelsesenheter og informanter

Prosjektet gjennomføres i et utvalg av 12 case-kommuner i Helseregion Sør (Agderfylkene, Telemark, Vestfold og Buskerud). Det er flere grunner til at vi har valgt en slik tilnærming, så som at det gir muligheter til å se uttalelser fra ulike informanter i sammenheng og til å ”kontrollere” for kontekstuelle variab-

ler. Vi valgte Helseregion Sør fordi nærhet og en viss kjennskap til kommunene ville gjøre det lettere å følge dem opp over tid. På den andre siden ville et så stort område (83 kommuner) sikre kommunenes/informantenes anonymitet. En tredje årsak var at det ville redusere ressursbruken kraftig. Videre er det slik at Helseregion Sør i stor grad ivaretar den variasjonen som vi har i landet som helhet mellom store og små kommuner, fattige og rike kommuner, sentrum og periferi m.v. De 12 case-kommunene er valgt ut gjennom en tre-trinns prosess ut fra faktorer som størrelse, geografisk lokalisering (fylke), ressursbruk knyttet til psykisk helsearbeid med mer ¹.

Datainnsamlingen i fase to er gjennomført etter samme opplegg som i fase én. Det innebærer at den sentrale datakilden er intervjuer. Annen dokumentasjon som kommunale psykiatriplaner, rapporter, registerdata og lignende utgjør viktige supplerende kilder. Informantene kan deles i fire kategorier:

- Ansatte i kommunene som er relevante for våre problemstillinger. I alle kommunene som har psykiatrikoordinator (eller tilsvarende funksjon), er vedkommende intervjuet. I tillegg kommer nærmeste overordnet for psykiatrikoordinator. I kommuner som ikke har psykisk helsearbeid samlet i egen enhet, har vi hatt til hensikt å finne fram til sentrale personer ut fra våre problemstillinger. Dette gjelder de store kommunene, og siden det er stor variasjon i hvordan de er organisert, er det også betydelig variasjon i organisatorisk tilknytning for informantene, eksempelvis ulike virksomhetsområder innen helse og velferd, i sentraladministrasjonen og i bydeler. I noen av de mellomstore, og alle de store kommunene, har vi intervjuet ansatte med tilknytning til kultur- og fritidsenheter. Til sammen utgjør dette 33 informanter.
- Ansatte i spesialisthelsetjenesten og Aetat, dvs. instanser på statlig nivå. I fase én ga intervjuene med ansatte ved psykiatrisk avdeling ved regionsykehusene blandet utbytte, mens intervjuene med ansatte i DPSene var langt mer informative. Oppfølgingen i mellomperioden har vist at kommunenes kontakt med DPSene er blitt ytterligere styrket, og vi valgte derfor å konsentrere oss om informanter fra de aktuelle DPSene. Disse ble valgt ved at vi spurte psykiatrikoordinator/annen kontaktperson i kommunene om navn på sentrale samarbeidspartnere ved aktuelt DPS. Til sammen har vi intervjuet 11 personer i denne kategorien. I materialet inngår også intervju med 14 personer fra Aetat. Av disse er det én distriktsarbeidssjef og én fra Arbeidsrådgivningskontor. De øvrige er saksbehandlere (konsulenter) ved lo-

¹ For en fullstendig beskrivelse av utvelgelsesprosessen, se Bergsgard m.fl. 2003

kale Aetatkontor. Utvalg av informanter ble gjort ved at vi presenterte saksområdet for leder ved lokalt Aetatkontor (distriktsarbeidssjef), og ba om å få intervju med en ansatt som var relevant i forhold til temaet.

- Brukere, i denne sammenhengen voksne (over 18 år) med langvarige psykiske lidelser. Gruppen omfatter 37 brukere, og de er valgt ut med hjelp av psykiatrikoordinator/annen kontaktperson i kommunen. Vedrørende utvalget viser vi til kapittel 6.
- Selv om vår forutsetning om at frivillige organisasjoner ville være involvert i fritidstiltak for gruppen viste seg å ikke holde stikk, ønsket vi å komme i kontakt med slike organisasjoner som var aktive i de enkelte kommunene. Det gjaldt både kultur- og fritidsorganisasjoner og humanitære organisasjoner. I forbindelse med intervju med psykiatrikoordinator/kommunal kontaktperson ba vi derfor om opplysninger om hvilke organisasjoner som kunne være aktuelle og ba også om navn på leder/kontaktperson. Vi har vært i kontakt med 13 representanter for ulike organisasjoner enten via telefon eller personlig intervju, jf. kapittel 5.

Antall informanter i hver kommune varierer mellom 7 og 14 avhengig av hva som framsto som hensiktsmessig. Til sammen har vi gjennomført 108 intervjuer, og det utgjør et gjennomsnitt på 9 i hver kommune. Enkelte av informantene har hatt dobbeltfunksjoner, eksempelvis både psykiatrikoordinator og enhetsleder, ansatt ved Aetatkontor som dekker to av case-kommunene eller ansatt ved DPS som også dekker to case-kommuner.

Lengden på intervjuene varierer fra ca halvannen time og nedover. Hovedtyngden er personlige intervju, men av praktiske årsaker er enkelte av de offentlig ansatte intervjuet pr. telefon. Alle brukerintervjuene er gjennomført ansikt til ansikt. Vel halvparten av intervjuene (samtalene) med frivillige organisasjoner har vært pr. telefon. Temaets art, dvs. at informantene i liten grad var engasjert i det aktuelle emnet, førte til at denne kontakten for en del av informantene må karakteriseres som samtaler og ikke intervjuer.

1.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Kvalitative intervju kan legges opp på flere måter. På den ene siden har en intervju hvor opplegget er forholdsvis strukturert. Det innebærer at spørsmålene er utformet på forhånd og rekkefølgen vil være fastlagt. Svaralternativene er

åpne, og informanten har derfor mulighet til å utforme og utdype svarene i en helt annen grad enn ved spørsmål hvor svaralternativene er kodet på forhånd. Det andre ytterpunktet utgjøres av intervju som har en svært åpen form, og som nærmest må betraktes som en samtale om visse tema mellom informant og intervjuer. Avgrensning av hva som er relevant, vil skje i intervjusituasjonen. Det er viktig å ha in mente at det sentrale ved kvalitative intervju er å få fram informantens synspunkter og forståelse i forhold til det aktuelle tema, og at forskerens egen forståelse av situasjonen i minst mulig grad bør slå igjennom. Jo mer strukturert et intervju er, dess vanskeligere kan det være å ivareta hensynet til åpenhet for informantens oppfatninger og vurderinger. På den andre siden bidrar strukturering til konsentrasjon om de emnene og spørsmålene som en ønsker å belyse gjennom intervjuet. I tillegg vil datamaterialet i utgangspunktet framstå som mer oversiktlig.

Antall intervjuer i undersøkelsen er i overkant av 100. Det tilsier en omfattende datamengde, og når det er flere medarbeidere involvert, kan databehandling og analyse bli en utfordring. Feltets karakter og våre problemstillinger tilsa imidlertid en kvalitativ metode som gir muligheter for fleksibilitet i intervjusituasjonen. I fase én valgte vi derfor å gjennomføre personlige standardiserte intervju. Det vil si at spørsmålene ble stilt systematisk, mens svaralternativene var åpne. Vi benyttet en moderert versjon av dette opplegget i evalueringens fase to. Det vil si at spørsmålene ble stilt mindre systematisk, og en del av intervjuene hadde preg av samtaler. Hvor fritt samtalen fløt, varierte imidlertid fra intervju til intervju. Intervjuguidene som ble benyttet, var bearbejdede versjoner av guidene fra fase én.

1.4 Om rapporten

Vår tilnærming til temaområdet har som utgangspunkt at organisatorisk strukturering og samordning på lokalt nivå danner grunnlaget for innhold og praksis vedrørende våre temaområder. Vi har derfor funnet det formålstjenlig å begynne evalueringen med å rette oppmerksomheten mot organisering og samarbeid på lokalt nivå, jf. kapittel to.

Videre har vi av analytiske årsaker funnet det hensiktsmessig å splitte opp enkelte av hovedproblemstillingene. Det fører eksempelvis til at brukernes situasjon belyses samlet i et eget kapittel.

Vi vil også nevne at i rapporten skiller vi mellom begrepene "arbeidsrettede" og "arbeidsrelaterte" tiltak. Arbeidsrettede tiltak brukes når det er en klar målsetting at tiltaket/tiltakskjeden skal lede til ordinært arbeid på hel- eller del-

tid, eller til at vedkommende kan komme inn i Aetats tiltaksstruktur. Arbeidsrelaterte tiltak omfatter virksomhet hvor utfallet er mer usikkert.

2 ORGANISERING OG SAMARBEID

2.1 Innledning

Det er en klassisk forståelse innenfor organisasjonsteori at organisasjonsstrukturen har en sentral rolle i å påvirke atferden til de ansatte. Vår evaluering av brukernes deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser er basert på en slik oppfatning om hvordan organisasjoner fungerer. Det innebærer at når vi skal sette søkelys på hvordan slike tiltak blir praktisert i kommunene, får kommunenes organisering av psykisk helsearbeid generelt, og av arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak spesielt, en sentral rolle.

En vesentlig intensjon i Opptrappingsplanen er at mennesker med langvarige psykiske lidelser skal få en meningsfylt hverdag. Dette skal skje gjennom tilrettelegging for deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak i den utstrekning det synes hensiktsmessig for den enkelte bruker, og mulighet for deltakelse i fritidstiltak ut fra individuelle ønsker og interesser. Dersom kommunene skal oppfylle disse intensjonene, krever det samarbeid og samordning mellom ulike instanser på kommunalt nivå og mellom instanser på kommunalt og statlig forvaltningsnivå.

Kommunene er pålagt å ha en plan for opptrappingen innen psykisk helsearbeid (jf. rundskriv 1-4/99). Planen skal godkjennes av fylkesmann og rulleres årlig.

I dette kapitlet skal vi belyse praksis i forbindelse med arbeids- og fritidstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser gjennom å rette oppmerksomheten mot følgende tre spørsmål:

1. Hvordan er psykisk helsearbeid organisert i case-kommunene? Det sentrale spørsmålet går på om psykisk helsearbeid bør samles i en egen avdeling/seksjon som ledes av psykiatrikoordinator, eller deles mellom flere enheter. Den siste modellen er i tråd med styringssignaler fra sentralt hold.
2. For å ivareta hensynet til helhetlige og sammenhengende tjenester, hvordan er samarbeidet mellom instanser på ulike forvaltningsnivå og sektorer organisert?

3. I hvilken grad, evt. på hvilken måte, er Opptappingsplanen et godt hjelpemiddel for å utvikle arbeids- og fritidstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser?

2.2 Organisering

2.2.1 Tilbakeblikk

Kartleggingen i den innledende fasen viste stor variasjon i hvordan kommunene hadde valgt å organisere det psykiske helsearbeidet. Denne heterogeniteten må ses i sammenheng med det store mangfoldet som for øvrig preger organisasjonsutformingen på kommunalt nivå. Dette er en utvikling som har vært i gang siden begynnelsen på 1990-tallet, da ny Kommune lov (1992) ga kommunene stor frihet til å utforme lokale organisasjonsløsninger. Når det gjelder organisering av psykisk helsearbeid, er det i Opptappingsplanen gitt klare signaler om at en ønsker at denne virksomheten ikke skal utvikles til å bli en egen tjeneste, men i størst mulig grad integreres i det ordinære tjenesteapparatet. Ut over dette er det ikke gitt signaler om hvordan kommunene bør organisere det psykiske helsearbeidet.

Vår undersøkelse, både fra den innledende fasen og i mellomperioden, viser imidlertid at små og mellomstore kommuner har valgt å etablere egen seksjon for psykisk helsearbeid. Dette er i tråd med andre undersøkelser i forbindelse med evaluering av Opptappingsplanen (bl.a. Myrvold 2004). Denne seksjonen har ulike betegnelser i kommunene, og det har også leder. Men psykiatrikoordinator blir hyppigst benyttet, og vi har derfor valgt å bruke denne betegnelsen. I hovedsak hadde psykiatrikoordinator ansvar for planlegging, budsjettarbeid og faglig virksomhet, men det varierte hvor mye myndighet som var delegert. Med unntak for én kommune, var det sykepleiere med videreutdanning i psykiatri som hadde disse stillingene, og de var kombinert med praktisk utøvende arbeid. I den ene kommunen var det sykepleier med videreutdanning innen ledelse som var psykiatrikoordinator. I en av de små kommunene var det kun psykiatrikoordinator som hadde utdanning innen psykiatri, og det sier seg selv at i de små kommunene opererer en med små stillingsressurser knyttet til psykisk helsearbeid. Både i innledningsfasen og i mellomperioden hadde flertallet av de små og mellomstore kommunene i overveiende grad tre administrative nivå. Det varierte om psykisk helsearbeid hadde faglig tilhørighet til helse og evt. sosialsektor, eller til pleie- og omsorgssektoren.

Kartleggingen i den innledende fasen og tilbakemeldingene i mellomperioden viste at de store kommunene, som i vår sammenheng har over 20 000

innbyggere, hadde to administrative nivå, og det psykiske helsearbeidet var delt på flere enheter. Det innebærer at kommunen har mange, til dels svært mange, resultatansvarlige enheter som har fått delegert ansvar for budsjett og planlegging, lønns- og personalsaker og for tjenesteproduksjon. Eksempelvis var ansvaret for psykisk helsearbeid delt mellom enheter for pleie- og omsorgstjenester, helse- og sosialtjenester, kultur og fritid, arbeidsenheten, skoler og utdanning, boligjeneste, plan- og økonomiavdeling m.v. Tre av disse kommunene hadde stilling som tilsvarer psykiatrikoordinator. I de store kommunene ble det pekt på at organisasjonsformen innebar fare for at brukere som trengte tiltak fra flere enheter, kunne få et tjenestetilbud som samlet sett var lite helhetlig. Slike situasjoner ville stille store krav om koordinering fra bruker selv eller pårørende. Selv om oppfatningene jevnt over var mer positive blant ansatte enn blant brukerne, indikerte den innledende kartleggingen at samordningsproblematikken ikke var større i de store kommunene enn i de andre. Det ble vist til jevnlig møter på ledernivå. Men ikke minst ble betydningen av uformell informasjon og samarbeid som kunne gå ”alle veier”, framhevet.

Ved innledningen av evalueringen og i mellomperioden, var det kort sagt de store kommunene som hadde unnlatt å etablere egne enheter for psykisk helsearbeid, og dermed hadde fulgt styringssignalene fra sentralt nivå.

2.2.2 Dagens situasjon

Denne siste datainnsamlingen indikerer at omorganisering er en prosess som så å si pågår til stadighet. I noen av kommunene får vi opplyst at en planlegger å starte en omorganiseringsprosess, en er i gang med vurdering av organisasjonsformen, eller er i ferd med å ta i bruk ny organisasjonsform. Endringene er imidlertid minst i de store kommunene hvor de stort sett dreier seg om justeringer i arbeidsområdene til de enkelte resultatenehetene. I vår oversikt har vi valgt å skille mellom antall forvaltningsnivå og hvilken faglig tilhørighet det psykiske helsearbeidet har. Eksempel på en tre-nivå-modell kan være: sektor (*levetår*)/enhet (*helse*)/virksomhet (*psykisk helsearbeid*).

Oversikt over formell organisasjonsform

Kommunestørrelse ¹			Forvaltningsnivå		Faglig tilhørighet			Psykiatrikoordinator ²		Merknader
Li-ten	Mid-dels	Stor	2 nivå	3 nivå	Helse (og sosial)	Delt på flere enheter	Annet	Ja	Nei	
x				x	x			x		
x			x		x		x	x		
x			x				x	x		Forebyggende og rehabiliterende enhet
x				x			x	x		Familie og sosial
	x		x		x			x		
	x			x	x			x		
	x		x				x	x		Levekår
	x			x			x	x		Helse og omsorg
		x	x				x		x	Psykiatri og rus Bestiller/utfører
		x	x			x			x	Bestiller/utfører
		x	x			x			x	Bestiller/utfører
		x	x			x		x		

¹Liten: under 5000 innbyggere. Middels: 5000-20 000. Stor: over 20 000

² Omfatter også andre stillingsbetegnelser med tilsvarende funksjon

2.2.3 Organisering i små og mellomstore kommuner

Oversikten ovenfor viser at blant både små og mellomstore kommuner fordeler det seg likt mellom to-nivå og tre-nivå-modeller. Det er en tendens til at case-kommunene har gått over til to-nivå modell. Valg av organisasjonsmodell gjøres ut fra kommunens samlede virksomhet, og ikke hensynet til psykisk helsearbeid. Men det er ingen innefor psykisk helsearbeid som mener at den nye organisasjonsmodellen er uheldig for denne virksomheten. Tvert imot er det kommuner hvor en er meget tilfreds med endringene, og en har klare forventninger til den nye modellen.

Både i den første fasen av evalueringen og i mellomperioden, har det vært diskusjon om hvilken faglig tilknytning psykisk helsearbeid skal ha. De to hovedvariantene har vært tilknytning til helse, evt. sammen med sosial, eller pleie-

og omsorg. I tillegg har en valgt tilknytning til andre enheter som f.eks. levekår, familie og sosial, eller forebygging og rehabilitering. Siden vi gjennomførte den siste oppdateringsrunden (2004), har en i ytterligere to av kommunene gått bort fra tilknytning til pleie og omsorg. Det innebærer at faglig tilhørighet for psykisk helsearbeid nå er enten helse (evt. sammen med sosial) eller andre enheter/sektorer. Hovedargumentet for tilknytning til helse er at psykisk helsearbeid dermed får en enhetsleder som er interessert i psykiatri. Begrunnelse for ikke å være tilknyttet denne enheten er dels dårlig erfaring fra slik organisering, dels mer generelt i form av at leger stort sett ikke er spesielt gode byråkrater. Legene er først og fremst klinikere, og brukernes kontakt til legetjenesten blir opprettholdt via fastlegen.

Vi var inne på at de kommunene som tidligere hadde faglig tilknytning til pleie og omsorg, nå har gått bort fra den løsningen. I flere av kommunene ble det pekt på at forholdet til denne sektoren/enheten var problematisk, og det er ansvarsfordeling i forhold til pleie- og omsorgsoppgaver som trekkes fram. Fra psykisk helsearbeid står en fast på at brukere innen denne tjenesten som har behov for vanlige pleie- og omsorgstjenester, skal ha det på lik linje med alle andre brukere. Slike tjenester skal med andre ord ikke belastes psykiatrimidlene. I noen av kommunene uttrykkes det tilfredshet med at psykisk helsearbeid er egen avdeling, og at de har fått delegert ansvar for psykiatrimidlene i sin helhet. Når så mye myndighet er delegert til avdelingen for psykisk helsearbeid, reduserer det faren for ”sammenblanding” av ressurser, og en begrenser ”lekkasje” av psykiatrimidler til andre sektorer som pleie og omsorg.

Ytterligere en faktor som vektlegges når det gjelder organisasjonsutforming, er forholdet mellom fag og administrasjon. En ønsker et klart skille slik at fagpersonene kan konsentrere seg om faglige oppgaver. Men i små kommuner kan det være vanskelig å skille mellom fag og administrasjon fordi begge funksjonene er knyttet til én person.

I alle de små og mellomstore kommunene er psykisk helsearbeid samlet i en egen administrativ enhet, og det blir ansett som en betydelig fordel. Ett vesentlig moment er at egen avdeling/seksjon, som har delegert budsjettansvar for psykiatrimidlene, bidrar til å ”skjerme” disse midlene. Med andre ord at det blir lettere å ha kontroll med hva midlene faktisk brukes til. Men ikke minst blir det lagt vekt på at egen avdeling/seksjon bidrar til at det psykiske helsearbeidet i kommunen blir mer synlig. Det gjelder overfor både publikum/brukere, politikere og andre instanser.

Både i små og mellomstore kommuner blir det framhevet at det er personavhengig hvordan en organisasjonsmodell fungerer. Det er få personer tilknyttet det psykiske helsearbeidet, og det fører til at enkeltpersoner har større betydning enn organisasjonsmodellen. Det hevdes at så lenge det psykiske hel-

searbeidet er skjermet, dvs. får øremerkede midler, så spiller organisasjonsmodellen mindre rolle. Men når denne perioden er over, blir det en helt annen hverdag, og virksomheten vil stå sterkere ved å være egen avdeling/seksjon.

Ovenfor var vi inne på at i enkelte kommuner var det klare forventninger til virkninger av ny organisasjonsmodell. Men det blir også uttrykt tvil om betydningen av omorganisering. Det blir pekt på at utgangspunktet for en eventuell endring av organisasjonsmodell er behov for å styrke, evt. forandre, samarbeidslinjer og rutiner, bl.a. i forhold til pleie- og omsorgsavdeling og sosialsektor. Spørsmålet er om dette krever strukturmessige endringer, eller om det er tilstrekkelig å endre samarbeidsformene. Det blir hevdet at det kan være slik at endringer av formelle strukturer blir tillagt for mye vekt. Kanskje er det vel så viktig å føre folkene sammen gjennom f.eks. felles kurs, skoling osv. Hensikten må være at en legger til rette for at ulike instanser kan se sin felles bruker i sammenheng. Det forutsetter at det juridiske i forhold til taushetsplikt mv. er på plass. Med andre ord å åpne opp for, og sikre samarbeid og dialog først, og eventuelt justere organisasjonsmodellen etterpå. Spørsmål av denne typen er for øvrig sentral i organisasjonsteoretisk litteratur (jf. blant mange andre Flermoen 2001a).

2.2.4 Organisering i store kommuner

Oversikten viser at de fire store kommunene er organisert etter 2-nivå-modell. Det er imidlertid betydelig variasjon i hvor ”bred” organisasjonen er. Med unntak av én kommune, er det psykiske helsearbeidet delt på flere enheter. Tre av de store kommunene praktiserer bestiller/utfører-modell. Til å begynne med var det mye usikkerhet og uklarhet i hvordan dette skulle gjennomføres i praksis. Men etter hvert som modellen er blitt innarbeidet, er inntrykket blant informantene at den fungerer greit. Det er felles for disse kommunene at det pekes på at organiseringen innebærer stor grad av arbeid på tvers av både faglige og administrative grenser, og det oppfattes som positivt. Det kommer ikke fram problemer relatert til uklare ansvarsforhold. I en av kommunene, som har delegert mye ansvar til bydelene, blir det pekt på at organiseringen gir nærhet mellom brukere og ansatte. Mange av innbyggerne vet hvem de psykiatriske sykepleierne er, og det er viktig for tjenestetilbudet. Selv om det er en stor by, blir det et lokalt tjenestetilbud. I det store og hele uttrykkes det tilfredshet med organisasjonsformen i de fire kommunene, og eventuelle ulemper er lite i fokus.

2.3 Samarbeid

2.3.1 Innledning

Behov for økt og bedre samarbeid og samordning på tvers av forvaltningsnivå, sektorer, instanser/enheter og yrkesgrupper har vært høyt oppe på den offentlige agenda de siste femten årene. Temaet er blitt tatt opp i atskillige NOUer, og det har vært gjennomført en lang rekke forsøksprosjekt innenfor ulike sektorer. Bl.a. i ”psykiatrimeldingen” (St.meld. nr. 25 (1996-97)) ble behovet for samarbeid mellom tjenester på ulike forvaltningsnivå understreket. Det ble pekt på at samordningsproblematikken kan bli særlig framtrædende for personer med behov for tjenester over lang tid, for personer som trenger tjenester fra flere etater på samme tid og for personer som ikke selv fullt ut er i stand til å etterspørre nødvendige tjenester. Også i ”rehabiliteringsmeldingen” (St.meld. nr. 21 (1998-99)) ble det pekt på at det tverretatlige samarbeidet og samordningen i kommunene ikke er godt nok. Dette gjelder både mellom ulike kommunale instanser og i forhold til andre lokale aktører. Det blir lagt vekt på at kommunene har stor frihet i måten de velger å organisere sin rehabiliteringsvirksomhet, men at det må legges til rette for tverrfaglig samarbeid på dette nivået.

Hvordan en kan legge til rette for å få samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå, sektorer, instanser og yrkesgrupper på lokalnivå til å fungere bra, er en stadig utfordring. I undersøkelser blir det vist til ulike faktorer som har betydning for samarbeid og samordning. Formelle rammer som lov og regelverk gir sterke føringer for både organisering og utøvelse av virksomheter, og det nedfelles i ulike normer og tradisjoner for yrkesutøvelse. I tillegg vil rådende tenke- og handlemåter være påvirket av den faglige bakgrunnen til de ansatte. Det blir også vist til at tverrsektorielt samarbeid har en del omkostninger gjennom bruk av knapphetsfaktorer som tid og oppmerksomhet. Samarbeid medfører også kostnader fordi det forutsetter at felles forståelse, gjensidig tillit og felles språk blir etablert mellom ulike instanser som har ulike kulturer og profesjoner (bl.a. Bergsgard m.fl. 2003, Flermoen 2001b). Når det gjelder faktorer som synes å være viktige for å etablere et godt samarbeid mellom ulike instanser på lokalnivå, blir det f.eks. pekt på at det er grunnleggende at det er til stede vilje til samarbeid, respekt og forståelse for hverandres sektorer og situasjon. Det er også viktig å definere felles mål, og avklare roller, ansvar og samarbeidsrutiner mellom sektorene. Særlig i startfasen for en samarbeidsrelasjon synes dette å ha stor betydning. En faktor av mer praktisk art, er stabilitet i personalgruppen. Ustabil bemanning kan være et hinder for etablering av gode samarbeidsrelasjoner (Bergsgard m.fl. 2000).

2.3.2 Tilbakeblikk

Når det gjelder spørsmål om hvordan kommunene samarbeider for å legge til rette for arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak, var hovedinntrykket fra den innledende kartleggingen (2002) at det var stor variasjon mellom kommunene i hvordan de hadde valgt å gripe dette an. Utover i mellomperioden i evalueringen (2003 og 2004) har det festet seg et inntrykk av at samarbeidet rundt brukere med langvarige psykiske lidelser etter hvert er i ferd med å gå seg til. Tilbakemeldinger fra kontaktpersonene våre, som hovedsakelig var psykiatrikoordinatorne, indikerte at samarbeidet rundt brukergruppen etter hvert gled relativt greit. Etter mellomperioden i evalueringen var vårt inntrykk at psykisk helsearbeid hadde funnet sin plass og funksjon i forhold til øvrige instanser. De tilfellene hvor det ble pekt på vanskeligheter, var hovedsakelig knyttet til enkeltpersoner eller spesielle situasjoner med ledighet i stillinger, evt. at det var nyansatte folk. Særlig i de små og mellomstore kommunene ble det lagt vekt på betydningen av uformell kontakt. Siden forholdene er oversiktlige, og en vet hvem som bør kontaktes i konkrete situasjoner, tar en kontakt når behovet er der. Dette er kontakt som flyter "alle" veier. Ulempen er selvfølgelig at slike uformelle systemer er meget personavhengige og dermed sårbare.

Den innledende kartleggingen viste at i tillegg til ulike formelle samarbeidsfora rettet inn mot overordnet nivå, var individuelle planer og ansvarsgrupper de sentrale formelle virkemidlene på individnivå. Bruk av individuelle planer kommer vi tilbake til nedenfor. Med unntak av noe frustrasjon over manglende involvering fra legenes side, ble det i førte fase og i mellomperioden rapportert at samarbeidet i ansvarsgruppene i all hovedsak fungerte bra.

I tillegg til å se på betydningen av individuell plan, skal vi nedenfor se på hvordan psykisk helsearbeid samarbeider med øvrige kommunale instanser og med spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med Aetat kommer vi tilbake til i neste kapittel.

2.3.3 Individuell plan

Individuell plan har som formål "å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud ..."². Det heter videre at "Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan"³. Lovbestemmelsen om

² Jfr. kap 1 § 2 i Forskrift om individuell plan

³ Jfr. kap 2 § 3 i Forskrift om individuell plan

bruk av individuell plan trådte i kraft i 2001. Med dette som bakgrunn antok vi da evalueringen startet (2002) at individuell plan ville være, eller var i ferd med å bli, et aktuelt redskap i arbeidet med å legge til rette for deltakelse i yrkesrelaterte tiltak og fritidstiltak for målgruppen. Ut fra vår undersøkelse ser det imidlertid ut som om det har gått trått med å ta i bruk individuell plan. Dette er for øvrig i tråd med funn i andre undersøkelser, bl.a. Myrvold (2004). Riktignok kunne sjekkrunden i 2004 tyde på en viss dreining i positiv retning.

I hvilken grad blir individuell plan benyttet for å legge til rette for yrkesrettede tiltak og fritidstiltak for målgruppen ut fra den siste intervjurunden? Ikke overraskende varierer oppfatningen fremdeles vedrørende i hvilken grad dette er et hensiktsmessig verktøy. Det er imidlertid iøynefallende at i kommuner hvor en fremdeles er noe reserverte i forhold til nytten av dette virkemidlet, legger en vekt på at brukerne får tilbud om individuell plan. Det er da opp til dem å avgjøre om de vil ha plan eller ikke. Det blir lagt vekt på at det ikke har noen hensikt å sette i gang et planarbeid dersom bruker ikke ønsker det. Andre legger vekt på at individuell plan kan være et godt hjelpemiddel, men det er arbeidskrevende både å utforme og følge opp planer. Det er en utfordring å kunne frigjøre tilstrekkelig tid til dette arbeidet. Men det er også koordinatorene som hevder at individuell plan er et godt verktøy for å få satt i gang prosesser rundt den enkelte bruker. Både bruker og nettverket blir inkludert og ansvarsforholdene synliggjøres. Disse koordinatorene legger også vekt på at det er viktig å presentere individuell plan på en slik måte at bruker forstår at planen først og fremst skal være til nytte for vedkommende bruker.

På samme måte som i første fase av evalueringen har brukerne i liten grad oppmerksomhet rettet mot slike planer. Vi kommer tilbake til brukernes erfaringer og vurderinger i kapittel 6.

2.3.4 Samarbeid på kommunalt nivå

I forhold til den enkelte bruker skjer formelt samarbeid i kommunene først og fremst i forbindelse med bruk av ansvarsgrupper og individuell plan, jf. ovenfor. Det er selvfølgelig betydelige forskjeller, bl.a. ut fra kommunestørrelse, i hvordan samarbeidet fungerer. Men hovedinntrykket fra mellomperioden om at psykisk helsearbeid var i ferd med bli en naturlig del av det kommunale tjenestetilbudet, jf. tidligere, fester seg ytterligere. Informantene fra psykisk helsearbeid har i liten grad oppmerksomhet rettet mot problematiske samarbeidsrelasjoner. Det synes som om de heller ønsker å fokusere på forhold som fungerer greit. Men i noen kommuner blir det pekt på at det fremdeles kan være proble-

matisk å samarbeide med fastlegene, mens det i andre blir pekt på at de etter hvert har kommet mer på banen i forhold til brukere innen psykisk helsearbeid. Videre blir det i noen kommuner lagt vekt på at samarbeidet med sosialtjenesten har blitt bedre. Men det er også de som mener at sosialtjenesten iblant framstår som unødig firkantet, men når konkrete saker blir tatt opp, ordner det seg som regel.

Ett moment som blir trukket fram fra ansvarlig for psykisk helsearbeid, er økte forventninger fra ulike samarbeidspartnere til hvilke problemer de skal løse. En enhetsleder uttrykte det på følgende måte:

Hvem som helst, og i en hver sammenheng, forteller oss at vi får så mye psykiatrimidler at dette må vi ta oss av selv. Gjelder alt fra arbeidsformidling til tiltak til svært omsorgskrevende personer.

I tråd med dette uttrykkes det bekymring i forbindelse med stor lokal råderett over hvordan psykiatrimidler kan brukes. På den ene siden er det positivt at de kan anvendes til et bredt spekter av tjenester, f.eks. innenfor kultur og undervisning. Erfaringen tilsier imidlertid at tiltakene blir kuttet ut, men uten at pengene tilbakeføres. Når det kommer til stykket, er det psykisk helsearbeid som må ta et helhetlig ansvar for brukerne.

I flere av kommunene sier ansatte i psykisk helsearbeid at de vanskelig kan se at virksomheten kunne organiseres på noen annen måte i forhold til de øvrige tjenestene. Samarbeid er ikke noe problem siden det er lett å ta kontakt med andre faggrupper. Når det gjelder tverrfaglig samarbeid, har formell tjenestevei ingen betydning. Det går på fagområde, og at en har god kjennskap til hverandre og vet hvem en skal ta kontakt med. Flere peker på at tidligere hadde de tverrfaglig team, men det var en rigid organisasjonsform som fungerte deretter.

Vi vil også trekke fram en av de mindre kommunene som har arbeidet tungt med iverksetting av Opptappingsplanen. I utgangspunktet hadde kommunen en tre-nivå modell som medførte stor avstand mellom leder for psykisk helsearbeid og de psykiatriske sykepleierne/hjelpepleierne. Avstanden ble ytterligere større ved at disse to instansene fysisk var plassert i hvert sitt hus. Det var liten kommunikasjon mellom de to nivåene, og samarbeidet mellom overordnet og utøvende nivå var dårlig. Dette har hatt en negativ innvirkning på utviklingen innen psykisk helsearbeid generelt, og dermed også arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak. Situasjonen da vi gjorde siste datainnsamling, var imidlertid endret ved at en hadde gjennomført en omorganisering. I hovedtrekk innebærer omorganiseringen at en har gått over til to-nivåmodell og flyttet psykisk helsearbeid til en annen enhet. Denne endringen hadde vært virksom omtrent ett år da vi sist

besøkte kommunen. Men som det ble uttrykt, var det mye ”gammelt gruff” som hang igjen fra tidligere. Men en var innforstått med at psykisk helsearbeid og den ”gamle” enheten må forsøke å samarbeide, selv om det fremdeles var vanskelig. Denne kommunen er et eksempel på at dårlig samarbeid har bidratt til å bremse utbyggingen innen det psykiske helsearbeidet.

2.3.5 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Dersom kommunene skal oppfylle Opptrappingsplanens intensjoner om å legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal få en meningsfylt hverdag, kreves det at psykisk helsearbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider. Det vil særlig være aktuelt i forbindelse med utskrivinger, men også for å følge opp behandlingsopplegg. Dette er utgangspunktet for at vi i evalueringen retter oppmerksomhet mot samarbeid mellom psykisk helsearbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

I begynnelsen av evalueringen var det riktignok variasjon i hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunene framsto, men hovedinntrykket var at det var problematisk. Eksempelvis ble spesialisthelsetjenesten fra informanter i kommunene framtilt som ”ullen” og ”fraværende”, mens en riktignok i andre kommuner mente å kunne se at dette var i ferd med å endre seg. Jevnt over ble forholdet til DPSene oppfattet som bedre enn til psykiatrisk enhet ved regionsykehus. Da vi høsten 2003 foretok en sjekkrunde, ble det i noen av kommunene pekt på at spesialisthelsetjenesten i økende grad tok ansvar for å sikre oppfølging i kommunene ved utskriving. Dette skjedde bl.a. i forbindelse med utarbeiding av individuell plan. Noen pekte på at det gjensto en del arbeid for å samkjøre malen til individuell plan for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunene. Når det gjaldt graden av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, fant vi ingen forskjeller ut fra kommunetyper. Det innebærer f. eks. at det ikke var noen sammenheng med hvor godt kommunene var i gang med å iverksette Opptrappingsplanen eller kommunestørrelse.

Ved neste sjekkrunde ett år senere, ble inntrykket av positiv utvikling vedlikeholdt. I en av kommunene ble det pekt på at de hadde inngått en samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten. Bl.a. var det enighet om at all kontakt mellom psykiatrisk avdeling på regionsykehuset og kommunen skulle gå via DPS. Det innebar f.eks. at DPS fungerer som en formidler mellom sykehus og kommune, og fra kommunens side var de godt fornøyde med ordningen. De mente at begge miljøene var blitt mer løsningsorienterte, og dermed skyldte de

ikke på hverandre eller skjøv ansvar mellom seg. I en annen kommune ble det pekt på at når ansatte i kommune og sykehus/DPS kjenner hverandre, så går samarbeidet greit. I den forbindelsen ble det vist til et opplæringstiltak som ansatte på begge stedene hadde deltatt i. Men fremdeles var det kommuner som rapporterte at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten var problematisk, men at det varierte mellom avdelingene. Fra en kommune ble det hevdet at de kommer svært sent inn i forbindelse med utskrivninger. Holdningen syntes å være at pasienten ikke lenger var sykehusets ansvar, og derfor måtte kommunen ta over. Å bidra til tilrettelegging i hjemmemiljøet i forbindelse med utskrivning var dermed ikke sykehusets oppgave. Fra kommunenes side var de sikre på at dersom samarbeidet mellom sykehus, kommune og bruker hadde vært bedre, ville en del av brukerne fått færre innleggelse. Men en slik bedring forutsette en holdningsendring fra sykehusets side (Flermoen 2005).

Vi går nå over til den aktuelle situasjonen og begynner med å se på DPSenes oppfatninger om samarbeid med psykisk helsearbeid i kommunene. Siden DPSene er det sentrale leddet for kontakt med spesialisthelsetjenesten for kommunene, og dermed også i forbindelse med evt. tilrettelegging av arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak, har vi valgt å konsentrere oss om denne samarbeidsrelasjonen (jf. kap.1).

Ut fra opplysninger fra DPSene, er vårt hovedinntrykk at samarbeidet med kommunene er i ferd med å ”gå seg til”. Det synes som om de har utviklet samarbeidsformer med varierende grad av formalisering, og i det store og hele fungerer dette greit. På administrativt/overordnet nivå blir det vist til faste samarbeidsmøter eller dialogmøter som de også blir kalt. Hyppigheten av slike møter varierer blant DPSene. Noen peker på at møtefrekvensen har blitt lavere. Det har sammenheng med at de har utviklet og etablert rutiner som fungerer. I tillegg har den uformelle kontakten blitt styrket. Den sentrale kontakten er imidlertid konsentrert om enkeltbrukere, og graden av formalisering varierer fra ansvarsgruppemøter til uformelle telefonsamtaler. Dersom det er aktuelt, deltar også Aetat i ansvarsgruppemøtene. Når det gjelder samarbeid med mindre kommuner, blir det pekt på at det er få ansatte å forholde seg til, mange av dem har vært lenge i stillingen slik at de etter hvert kjenner hverandre godt. Det gjør at samarbeidet blir lett. Initiativ til kontakt blir tatt av begge parter, og DPSene mener at terskelen for å ta kontakt er lav.

Tilgjengelighet i telefonen til personalet ved DPSene kan imidlertid være et problem. Dette forsøker de å imøtekomme ved å ringe raskt tilbake. Men de har forståelse for at ansatte i kommunene i perioder kan oppfatte det som at de i for liten grad er tilgjengelige. Dette gjelder spesielt i perioder med vakanser eller utskiftninger i stillingene.

Ut fra erfaringene til DPSene er det blitt mindre ”skyving” mellom dem og kommunene. DPSene mener det har sammenheng med at kontakten, både formelt og uformelt, er blitt styrket. Men situasjoner med uklare ansvarsforhold kan forekomme når brukere blir gående og vente på ”noe” vedkommende tror skal komme fra en instans i hjelpeapparatet. Slike situasjoner fører lett til stagnasjon og stopp i opplegg som en trodde var godt i gang.

Når det gjelder spørsmål om i hvilken grad det er et tema i det individbaserte samarbeidet å legge til rette for en meningsfylt hverdag for brukerne, mener noen av DPSene at fritidstiltak i større grad har kommet i søkelyset fra kommunenes side. Andre mener derimot at arbeidsrelaterte tiltak er på kommunens dagsorden, mens fritidstiltak har liten oppmerksomhet lokalt. Når det gjelder arbeidstiltak, er det først og fremst Aetat, arbeidsmarkedsbedrift eller tiltaket Arbeid med bistand som DPSene tar kontakt med. Ett spørsmål som blir reist, særlig i forbindelse med de mindre kommunene, gjelder kompetanse. Rekruttering av kompetent personale kan være et problem. Dersom det ikke er kompetent personale på plass, blir det ikke nytenkning og utvikling, men stagnasjon. Det blir også pekt på at arbeidsmarkedsbedriftene ofte har for lite personale til å kunne gi tilstrekkelig oppfølging på arbeidsplassen. I tillegg stilles det spørsmål om de ansatte har tilstrekkelig kompetanse i forhold til brukere med psykiske lidelser. Det presiseres imidlertid at dette ikke gjelder Arbeid med bistand, som ofte er lokalisert til arbeidsmarkedsbedriftene. Behovet for oppfølging i arbeidsrelaterte tiltak, uansett hvor tiltakene måtte være lokalisert, blir for øvrig vektlagt. Fra DPSene blir det også vist til at det er lokal koordinator, som ut fra behovene til den enkelte bruker, har ansvar for å trekke inn ulike instanser.

Det blir også pekt på at psykisk helsearbeid i kommunene i større grad burde benytte Voksenopplæringens tilbud. Men siden det ikke er tradisjon for slikt samarbeid, er en på kommunalt nivå i for liten grad oppmerksom på denne muligheten. Det er kun hvis bruker har åpenbare rettigheter i forhold til Grunnskoleloven at Voksenopplæringens tilbud blir trukket inn. En av informantene viser til positive erfaringer fra samarbeid med Voksenopplæringen om tiltak for denne gruppen (jf. kap. 4.4.2).

Vi endrer nå fokus og ser på samarbeidsrelasjonen med DPS fra ståstedet til ansatte i psykisk helsearbeid i kommunene. På samme måte som for DPSene er hovedinntrykket fra informantene på kommunalt nivå at samarbeidet har bedret seg i løpet av evalueringsperioden. Også fra kommunenes side blir det lagt vekt på at en har funnet fram til formelle og uformelle samarbeidsformer som fungerer. Den uformelle delen av samarbeidet har tiltatt. Men fra kommunenes side blir det vist til at samarbeidet i for stor grad fremdeles skjer på premissene til spesialisthelsetjenesten. Dersom det er uenighet, f.eks. om når en

bruker er ferdigbehandlet, så er det spesialisthelsetjenesten som bestemmer tidspunkt for utskriving. Følgende utsagn fra en av psykiatrikoordinatorerne er karakteristisk:

De vil gjerne høre på oss, men de bestemmer.

Forskjellene mellom DPS og psykiatrisk avdeling på regionsykehuset blir trukket fram. I de fleste kommunene blir samarbeidet med DPS framstilt som bra, selv om det kan variere mellom avdelingene. Avstanden, både i fysisk og i overført betydning, er liten mellom DPS og kommunene. Denne nærheten, og at en etter hvert kjenner hverandre godt, gjør at samarbeidet glir. På sykehusene er det høy turnover på personalet, og utskrivinger kan ofte være dårlig forberedt. Det blir også vist til at kommunikasjonen internt på sykehusene kan være dårlig. Dette gir seg bl.a. utslag i at flere kontakter kommunen om samme bruker, men uten å vite om hverandre.

2.4 Opptappingsplanen som verktøy

Det siste spørsmålet vi skal rette oppmerksomhet mot i dette kapitlet, er om Opptappingsplanen er et godt hjelpemiddel for å utvikle tjenestetilbud, spesielt vedrørende arbeids- og fritidstiltak, for mennesker med langvarige psykiske lidelser. Det blir pekt på at viktige funksjoner ved Opptappingsplanen er at den synliggjør psykisk helsearbeid i den enkelte kommune, og den bidrar til kvalitetssikring av tjenesten. Begge disse funksjonene er viktige overfor politikerne, brukere/publikum og fylkesmann/fylkeslege. Men det blir uttrykt tvil når det gjelder betydning for tjenestetilbudet til den enkelte bruker, jf. følgende utsagn:

Den enkelte bruker ville antakelig ha fått den samme tjenesten fra oss uavhengig av hvor flinke vi er til å skrive psykiatriplan.

En av informantene peker på at de må ha en samlet plan for det de holder på med, og i den sammenhengen er psykiatriplanen et nødvendig verktøy. De har erfart at når det gis stor lokal råderett over hvordan psykiatrimidlene skal brukes, så er det mange som ønsker en bit av dem. De har erfart at midler er overført til tiltak for målgruppen i regi av andre sektorer, f.eks. kultur og undervisning, men i neste runde blir tiltakene kuttet ut uten at midlene blir tilbakeført.

En enhetsleder peker på at Opptappingsplanen har vært viktig i en oppbyggingsfase. Men fokusering på psykisk helsearbeid kan gå ut over andre om-

råder. Kommunen har stram økonomi, og de må innskrenke på mange områder, bl.a. sykehjemmet. Det blir derfor problematisk at psykisk helsearbeid skal skjermes. Psykiatrimidlene strekker ikke til i forhold til alt de ønsker å gjennomføre. I tillegg er det svært vanskelig å se hvordan de skal klare å opprettholde tiltak som er igangsatt, når det blir slutt på øremerkingen av psykiatrimidler.

Et moment som blir framhevet, er betydningen av øremerkede midler. I flere av kommunene blir det uttrykt bekymring i forhold til hva som vil skje dersom de øremerkede midlene går inn i rammetilskuddet. Kommunene har stram økonomi, og det er ingen grunn til å anta at psykisk helsearbeid vil bli skånet i forhold til nedskjæringer. Mange av informantene tar til orde for at øremerkingen av midler må videreføres også etter at den forlengede opptrappingsperioden er over.

Kort sagt har vi sett at Opptrappingsplanens viktigste funksjon er å synliggjøre virksomheten, kvalitetssikring, og å bidra til at psykiatrimidlene blir brukt til psykisk helsearbeid. Det blir uttrykt bekymring for hvordan kommunene skal klare å opprettholde dagens aktivitetsnivå dersom øremerkingen opphører.

2.5 Oppsummering og konklusjon

Det første spørsmålet vi stilte i innledningen av kapitlet, gjelder kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet. Det sentrale spørsmålet er om denne virksomheten bør samles i en egen avdeling/seksjon som ledes av psykiatrikoordinator, eller spres mellom ulike enheter. Spissformulert innebærer det om psykisk helsearbeid i kommunene skal ”spesialiseres” eller være en integrert del av det kommunale tjenestetilbudet. Den siste varianten er i tråd med styringsignalene fra sentralt nivå. Blant våre 12 case-kommuner er det kun tre som har valgt den siste løsningen med å fordele psykisk helsearbeid mellom flere enheter. Alle tre er kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Vårt materiale gir ikke grunnlag for å hevde at den ene eller den andre modellen er mer fordelaktig når det gjelder å etablere arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak. Men det er grunn til å merke seg at ansatte på kommunalt nivå i små og mellomstore kommuner legger vekt på at organisering i egen seksjon/avdeling gir bedre oversikt over hva psykiatrimidlene brukes til. De mener at slik organisasjonsløsning bidrar til å forhindre ”lekkasjer” til andre områder. Et annet argument for egen seksjon/avdeling er at psykisk helsearbeid blir mer synlig overfor befolkningen, kommunepolitikere og andre instanser på både kommunalt og statlig nivå. Et tredje moment i denne sammenhengen er at en slik avdeling/seksjon ledes av

psykiatrikoordinator. Undersøkelsen viser at selv om forutsetningene for å utøve denne funksjonen varierer, vil vedkommende spille en vesentlig rolle for både innhold og utøvelse av psykisk helsearbeid. Vedkommende vil være sentral når det gjelder å ta initiativ og være pådriver for tiltak, og dermed bidra til at arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak kommer på dagsorden lokalt. I tillegg vil hun/han ha en vesentlig funksjon når det gjelder koordinering i forbindelse med ulike tiltak som krever samarbeid mellom ulike instanser. Dette vil vi komme tilbake til i kapittel fire.

Det andre hovedspørsmålet vi stiller i dette kapitlet, er hvordan hensynet til samordning og samarbeid blir ivaretatt. Vi begynte med å se på bruk av individuell plan som er et virkemiddel for å samordne tjenester som omfatter ulike forvaltningsnivå, instanser, fagpersoner etc. Det varierer mellom kommunene i hvilken grad slik plan oppfattes som et hensiktsmessig virkemiddel. Sentrale argumenter for ikke å anvende slik plan er at brukerne ikke ønsker det, eller at både utforming og oppfølging er svært ressurskrevende. Vi kommer tilbake til brukernes holdninger til individuell plan i kapittel seks, men de legger vel så stor vekt på betydningen til ansvarsgruppen som til planen. Dessuten framhever de viktigheten av å ha en fast kontaktperson som det er enkelt å få tilgang til. En sentral funksjon er å være en veiviser i systemet.

Inntrykket fra evalueringens mellomperiode om at psykisk helsearbeid er i ferd med å gli inn i, og bli en naturlig del av kommunens tjenestetilbud blir bekreftet. Bl.a. blir det pekt på at fastlegene er mer aktive i forhold til denne brukergruppen enn de var tidligere. Men forholdene varierer selvfølgelig blant kommunene.

I begynnelsen av evalueringsperioden framsto spesialisthelsetjenesten som fjern og til dels problematisk å samarbeide med. Det kunne imidlertid se ut som om dette var i ferd med å endre seg mot slutten av mellomperioden, i hvert fall i forhold til DPSene. Gjennom den siste datainnsamlingen styrkes inntrykket av at DPSene er lettere å samarbeide med enn psykiatrisk avdeling ved regionsykehus. Selv om ansatte i spesialisthelsetjenesten har et mer positivt syn enn ansatte på kommunalt nivå, synes det som om samarbeidet er i ferd med å gå seg til. Det er karakteristisk at fra begge sider blir det lagt vekt på at uformell kontakt spiller større rolle enn tidligere. Uklare ansvarsforhold er egentlig ikke noe problem i følge informantene. Dersom det oppstår usikkerhet, blir det tatt opp direkte med involverte parter. Men situasjoner med uklare ansvarsforhold kan oppstå når bruker blir gående og vente på "noe" vedkommende tror skal komme fra en av etatene. Slike situasjoner fører lett til stagnasjon og stopp i opplegg som en trodde var i gang. Fra kommunenes ståsted er samhandlingen, både med DPS og regionsykehusenes psykiatriske avdelinger, fremdeles preget

av ulikt maktforhold. Dersom det er ulike oppfatninger, f.eks. om når en bruker er klar for utskriving, er det spesialisthelsetjenesten som bestemmer.

Det siste spørsmålet i dette kapitlet var rettet mot i hvilken grad Opptrappingsplanen har vært et godt virkemiddel for å bygge ut psykisk helsearbeid i kommunene. Den viktigste funksjon er å synliggjøre virksomheten og å bidra til at psykiatrimidlene blir brukt til psykisk helsearbeid. Det blir uttrykt bekymring for hvordan kommunene skal klare å opprettholde dagens aktivitetsnivå dersom øremerkingen opphører.

3 AETATS ROLLE

3.1 Innledning

En sentral premiss i vår evaluering er at tilrettelegging og gjennomføring av arbeidsrettede tiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser, krever medvirkning fra ulike instanser på ulike forvaltningsnivå. Dette er for øvrig i samsvar med forrige kapittel. Vi har lagt til grunn for evalueringen at Aetat vil være en sentral samarbeidspartner for psykisk helsearbeid i kommunene i forbindelse med denne virksomheten.

På denne bakgrunn skal vi rette oppmerksomheten mot følgende problemstillinger:

1. I forbindelse med tilrettelegging og gjennomføring av arbeidsrettede tiltak for målgruppen; hvordan skjer samarbeidet mellom Aetat, psykisk helsearbeid i kommunene, spesialisthelsetjenesten og eventuelt andre samarbeidspartnere? Vi antar at utvikling av samarbeid vil ha preg av en prosess som pågår gjennom evalueringsperioden, og vi skal derfor også se på hvordan dette samarbeidet har utviklet seg.
2. Hvilke hindre er sentrale for at målgruppen kan delta i arbeidsrettede tiltak i regi av Aetat?

3.2 Tilbakeblikk

3.2.1 Situasjonsbeskrivelse høsten 2002

Da vi startet kartlegging av situasjonen i kommunene etter at Opptrappingsplanen hadde vært aktiv i omtrent tre år (høsten 2002), antok vi at Aetat ville være en sentral medspiller i kommunenes virksomhet for å få mennesker med langvarige psykiske lidelser inn i arbeidsrelatert virksomhet. Dette var en antagelse som hadde utspring i kommunenes psykiatriplaner. Både i kommuner som på det tidspunktet var godt i gang med arbeidet med å gjennomføre Opptrappingsplanen og i kommuner som ikke hadde kommet så godt i gang, ble det i planene lagt vekt på betydningen av arbeid for målgruppen og rollen til Aetat. Det ble pekt på at arbeid har stor betydning for både funksjonsevne og livskvalitet. I tråd med dette understreket en nødvendigheten av å styrke tiltak som kunne

bidra til å få folk med psykiske lidelser i arbeid. Eksempelvis ble det vist til ulike arbeidsmarkedstiltak som Arbeid med bistand og Arbeidsforberedende trening. I planene ble det pekt på at Aetat derfor måtte spille en sentral rolle i forbindelse med arbeidsrettede tiltak for gruppen.

Kartlegging i den første fasen av evalueringen viste imidlertid at samarbeidet med Aetat var svært varierende. Først og fremst i kommuner som ikke var kommet særlig langt i arbeidet med Opptappingsplanen, ble det vist til at det var vanskelig å involvere Aetat. Som årsak pekte en på at etaten i liten grad hadde oppmerksomhet rettet mot denne gruppen. Erfaringen var at så langt synes det som om Opptappingsplanen i liten grad hadde bidratt til å få gruppen i fokus hos Aetat. I materialet var det også kommuner som hadde et rimelig godt samarbeid med Aetat. Men dette samarbeidet ble av både Aetat og ansatte innenfor psykisk helsearbeid oppfattet som å ha eksistert i årevis, og det ble ikke koplet til iverksetting av Opptappingsplanen.

Ulike forhold ble trukket fram som årsaker til at samhandling med Aetat ikke hadde kommet videre godt i gang. Fra kommunenes side ble det vist til forhold koplet til Aetat, så som hyppig skifte av personell, noe som førte til at det ble vanskelig å etablere faste relasjoner. I kommuner som ikke hadde et lokalt Aetat-kontor, ble det pekt på at fysisk avstand førte til at samhandlingen ble vanskelig. Det gjaldt for både ansatte og potensielle brukere. Ansatte i kommunene pekte også på faktorer knyttet til tiltaksstrukturen i Aetat. Det ble hevdet at tiltakene i liten grad var tilpasset brukere med psykiske lidelser. De mente at vanlige yrkesrettede tiltak er lagt til rette for yrkeshemmede med somatiske lidelser. Spesielt tilrettelagte tiltak⁴ passet best for brukere med rusproblematikk og sosiale problemer. Brukere med langvarige psykiske lidelser havnet midt imellom disse gruppene. Blant annet ble det vist til at en fra kommunens side hadde forsøkt å få til spesielt tilrettelagte arbeidsplasser for denne gruppen i en arbeidsmarkedsbedrift, men det ble ikke innvilget. Aetat på sin side framhevet at etatens hovedoppgave er å betjene det ordinære arbeidsmarkedet. Det er arbeid, og ikke beskjeftigelse, som er den primære virksomheten for etaten. Det fører til at det kan være vanskelig for personer med en ustabil livssituasjon å delta i tiltakene. Imidlertid ble det fra enkelte ansatte i etaten pekt på at en hadde fått økt aksept for at personer med psykiske lidelser ofte trengte et lengre tiltaksløp enn andre yrkeshemmede. Også fra kommunenes side ble det pekt på at ustabilitet ofte vil være et kjennetegn hos denne gruppen, og det gjør det vanskelig å gjennomføre vanlige yrkesrettede tiltak, eller helt eller delvis ha et ordinært arbeid (Bergsgard m.fl. 2003).

⁴Det vises her til såkalte SPA-tiltak som nå har gått ut av Aetats tiltaksstruktur

3.2.2 Mellomperioden 2003-2004

I perioden mellom kartleggingen i første fase av evalueringen høsten 2002 og fase to (datainnsamling gjennomført i 2005), hadde vi ikke kontakt med ansatte innenfor Aetat. Vårt inntrykk av situasjonen i denne mellomperioden er derfor basert på opplysninger fra kontaktperson innenfor psykisk helsearbeid i kommunene. Opplysninger er innhentet i to omganger, jf. beskrivelse av undersøkelsesopplegget i første kapittel.

I kommuner hvor arbeidet med iverksetting av Opptrappingsplanen generelt var godt i gang, ble det høsten 2003 vist til at samarbeidet med Aetat var bra, eller at det hadde blitt bedre det siste året. I kommuner hvor arbeidet med Opptrappingsplanen i det store og hele gikk noe tregt, etterlyste de engasjement fra Aetat. Eksempelvis pekte noen av kontaktpersonene innenfor psykisk helsearbeid på at de måtte finne fram til mulige arbeidsplasser for denne brukergruppen. De mente at Aetat burde bidra i langt større grad i dette arbeidet. I tillegg ble det pekt på at arbeidsmetodene til Aetat i liten grad var tilpasset brukere med psykisk lidelse. Informantene mente at Aetat ønsket å gi disse brukerne en rask saksbehandling, for deretter å få de over på uførestønad. I tråd med dette ble det også vist til at kontakt med Aetat kunne gi meget frustrerende erfaringer for brukerne (Flermoen 2003).

Situasjonsbeskrivelsen høsten 2004 kunne indikere at Aetat var i ferd med å endre holdning overfor brukere med psykiske problemer. Ansatte innenfor kommunenes psykiske helsearbeid mente blant annet at toleransegrensen i forhold til slike vansker hadde økt, og etaten var i større grad villig til å jobbe med brukere med slik problematikk. Men selv om det kunne se ut som etaten i større grad enn tidligere erkjente at de hadde ansvar for brukere med psykiske lidelser, var etatens prinsipper, arbeidsmetoder og tiltaksspekter fremdeles i liten grad tilpasset denne brukergruppen. Dette ble blant annet begrunnet med at når det kom til konkret handling, gjorde ikke Aetat annet enn å henvise til attføringsbedrift/Arbeid med bistand (Flermoen 2005).

3.3 Den aktuelle samarbeidssituasjonen

3.3.1 Generelt

Det varierer blant case-kommunene hvordan Aetat er organisert. I noen kommuner er virksomheten lokalt organisert ut fra funksjon. Det innebærer at enkelte tjenester er trukket ut av Aetat lokalt og er samlet i egne avdelinger som server kommuner i deler av fylket. Eksempelvis kan det gjelde funksjoner som

kvalifisering og økonomi/forvaltning. Andre steder har en beholdt den tradisjonelle formen med organisering ut fra geografi. Det innebærer at lokalt Aetat-kontor dekker alle etatens oppgaver i et gitt antall kommuner. Det varierer hvorvidt Aetat er lokalisert i den enkelte case-kommune. I noen av case-kommunene som ikke har lokalt Aetat-kontor, er det faste kontordager. I en av kommunene er det etablert avdelingskontor, og i to tilfeller dekker ett Aetat lokal to case-kommuner.

3.3.2 Samarbeid mellom Aetat og psykisk helsearbeid sett fra Aetats side

Tilbakeblikket på utviklingen i løpet av evalueringsperioden viser at psykisk helsearbeid i kommunene ikke har vært en sentral samarbeidspartner for Aetat. Ut fra tilbakemeldinger fra kommunene i evalueringens mellomperiode, kunne det imidlertid se ut som om etaten i noen grad var i ferd med å erkjenne at de også har ansvar for brukere med psykiske lidelser. Men i hvilken grad er psykisk helsearbeid i kommunene en naturlig samarbeidspartner sett fra Aetats ståsted? Eventuelt hvorfor ikke?

For de fleste informantene fra Aetat var psykisk helsearbeid i kommunene ikke en naturlig samarbeidspartner. Mange av dem hadde ikke kjennskap til om etaten hadde tatt initiativ til samarbeid verken vedrørende enkeltbrukere eller tema av mer overordnet karakter. De kunne heller ikke huske å ha fått noen henvendelser fra ansatte innenfor psykisk helsearbeid. Disse informantene kjente heller ikke til om de hadde brukere ved Aetat som var tilknyttet psykisk helsearbeid lokalt.

Men blant de som hadde fått henvendelser fra kommunen ble det pekt på at når ansatte innenfor psykisk helsearbeid kontakter Aetat vedrørende en konkret bruker, er det et aktivitetstiltak de ønsker og ikke et arbeidstiltak. Selv om det er blitt bedre de siste årene, opplever de fremdeles at det er manglende innsikt i, eller forståelse for, Aetats oppgaver og arbeidsmetoder. Det ble også hevdet at ansatte innenfor kommunenes tjenesteapparat mangler kunnskap om hvilke tiltak Aetat har til rådighet. Det ble også sagt at ansatte innenfor psykisk helsearbeid isolerer seg, og det er årsak til at det er lite utveksling mellom disse tjenestene. Dette ble knyttet til misforstått lojalitet overfor brukerne, og at ansatte innenfor psykisk helsearbeid tror de på den måten skjerner brukerne. Ulikhetene mellom de to instansene ble uttrykt på følgende måte av en saksbehandler:

Psykiatritjenesten tenker sykdom, vi i Aetat tenker jobb, klart det er forskjellig ståsted.

Det ble vist til at dersom det kommer fram at ”psykiatri er inne i bildet”, blir vedkommendes fastlege kontaktet. Han/hun sørger for at eventuelle tiltak av behandlingsmessig art blir iverksatt. Videre ble det vist til at Aetat har god kompetanse, særlig gjennom Arbeidsrådgivningskontorene, og etaten er helt uavhengig av psykiatriens apparat i utredning av brukerne.

Det er imidlertid en kommune som skiller seg ut fra dette bildet. Her blir det framhevet at kontakten med ansatte innenfor kommunens psykiske helsearbeid er god, og at de ofte kontakter dem når de ser det er ”noe” med en arbeidssøker. Aetat trenger økt innsikt i problematikk vedrørende psykiske lidelser, og derfor er dette samarbeidet positivt for etaten. Men det er også inntrykket deres at samarbeidet er til gjensidig nytte. I forbindelse med attføring vil det ofte gå fram av dokumentene at vedkommende har vært innlagt, eventuelt går til behandling. Det blir også vist til som positivt at siden dette er en mindre kommune, så har både Aetat og personell tilknyttet psykisk helsearbeid god lokalkunnskap, og det betyr mye når en skal forsøke å finne fram til hensiktsmessige tiltaks- eller arbeidsplasser.

Kort sagt kan vi si at fra Aetats side er det, med unntak av ett kontor, lite behov for samarbeid med psykisk helsearbeid i kommunene. Internt i etaten er det tilstrekkelig med kompetanse til å kunne gjennomføre tjenesteyting overfor arbeidssøkere med psykiske lidelser. I tillegg kan fastlege eventuelt kontaktes vedrørende spørsmål i forbindelse med behandlingsopplegg.

3.3.3 Samarbeid mellom Aetat og psykisk helsearbeid sett fra kommunenes side

Vi har sett at Aetat anser psykisk helsearbeid i kommunene for å være en lite sentral samarbeidspartner. Men i tilbakeblikket var vi inne på at opplysninger fra psykiatrikoordinatorerne i evalueringens mellomperiode kunne tyde på at Aetat i økende grad tok initiativ til kontakt med psykisk helsearbeid, i hvert fall ved noen av kontorene. Ut fra denne bakgrunn, hvilke erfaringer viser datainnsamlingen i fase to at ansatte i psykisk helsearbeid har vedrørende samarbeid med Aetat?

Erfaringene varierer selvfølgelig mellom case-kommunene, men hovedinntrykket er at det ikke er vesentlige endringer av konkret art. I noen kommuner blir det riktignok vist til at Aetat er blitt mer oppmerksom på brukere innenfor psykisk helsearbeid, og at etaten er blitt mer aktiv i forhold til ansvarsgrupper for brukere med psykiske lidelser. Andre sier at bortsett fra et og annet an-

svarsgruppemøte, har de sporadisk kontakt med Aetat i enkeltsaker. Samarbeid med Arbeid med bistand blir i noen av kommunene trukket fram som positivt. En av psykiatrikoordinatorerne hadde ikke hatt møter med Aetat verken vedrørende konkrete brukere eller i forbindelse med saker av overordnet karakter. Vedkommende opplyste at de av og til har snakket om at det kunne være nyttig med bedre kontakt med Aetat, men så langt hadde de ikke hatt kapasitet til å ta noe initiativ. Et slikt kontaktmønster er langt på vei i samsvar med resultatet fra en landsdekkende undersøkelse. Her går det bl.a. fram at små kommuner i liten grad har møter på overordnet nivå med Aetat, mens ca 60 prosent av disse kommunene av og til har møter med etaten om enkeltbrukere (Myrvold 2004).

En av psykiatrikoordinatorerne viste til at i intervju for tre år siden hevdet vedkommende at Aetat ikke har noe å tilby brukere tilknyttet psykisk helsearbeid. Psykiatrikoordinatoren mener at dette utsagnet er like aktuelt i dag fordi det i løpet av disse årene ikke har skjedd noe som gir grunnlag for å endre denne oppfatningen. Videre blir det vist til at i samtaler eller møter så legger Aetat vekt på at deres primære oppgave er å formidle arbeidssøkere til arbeidsmarkedet, og de må derfor ha en god relasjon til arbeidsgivere. Det innebærer at etaten må være relativt trygg på funksjonsnivået til arbeidssøkere som de formidler. Denne holdningen fører til at psykiatrikoordinator oppfater Aetat som rigid, og vedkommende har ikke registrert noen endringer i denne holdningen mens iverksetting av Opptappingsplanen har vært i gang. Det blir også pekt på at brukerne må være meget aktive i forhold til Aetat. Dersom de ikke er det, blir de glemt bort. Men Aetat har gode tiltak for brukere som er i stand til å oppfylle aktivitetskravene. Et annet forhold som blir trukket fram er at psykisk helsearbeid i for stor grad må bidra overfor Aetat når det gjelder brukere som er tilknyttet psykisk helsearbeid. I utgangspunktet er Aetat skeptiske til disse brukerne, og ansatte fra psykisk helsearbeid må være aktive i å hjelpe Aetat til å se muligheter for brukerne.

I tidligere rapporter har vi vært inne på at spesielt i en av de mindre kommunene har samarbeidet mellom Aetat og psykisk helsearbeid fungert bra. Ved den siste datainnsamlingen opplyste imidlertid psykiatrikoordinator at de har fått signaler fra Aetat om innstramning i bruk av tiltaksmidler til yrkesrettet attføring. Psykiatrikoordinator antok at det vil føre til at det blir mindre rom for skjønnsutøvelse. Disse signalene kommer samtidig med skifte i fast kontaktperson hos Aetat. Tidligere kontaktperson har i stor grad vært oppmerksom på vanskelighetene som disse brukerne har i forhold til arbeidsmarkedet, og fra kommunens side er en bekymret for at en vil stå overfor en ny, og vanskeligere, situasjon for brukere med psykiske lidelser.

Vi ser av denne gjennomgangen at tendensen til økt kontakt mellom Aetat og psykisk helsearbeid, som vi registrerte i noen av kommunene i slutten av

evalueringens mellomperiode, ikke har utviklet seg videre. Det er særlig i små kommuner, hvor det generelt har gått noe tungt med iverksetting av Opptrappingsplanen, at kontakten er dårlig.

3.3.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten sett fra Aetats side

Ansatte i Aetat hevdet at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, både i forbindelse med utskriving og oppfølging, i det store og hele fungerer bra. Det er særlig DPSene de har kontakt med, og fra Aetats side oppfattes det som positivt at de blir kontaktet mens brukeren fremdeles er innlagt. Når etaten kommer tidlig inn i bildet bidrar det til at bruker raskt kan sluses inn i hensiktsmessig tiltak etter utskriving. På den måten kan en unngå at bruker blir gående og vente på å komme i gang, noe som ofte har en negativ effekt. Derfor er det viktig at de kjenner til hverandre og kan ta en telefon vedrørende felles brukere, f.eks. for å avtale å ta saken opp i basismøte. Slik denne prosessen framstilles står de ansatte innenfor psykisk helsearbeid i kommunen på sidelinjen.

Aetat peker imidlertid på at det kan være et problem at brukere som ikke er klare for arbeidsmarkedet blir henvist til etaten. For tidlig henvisning er ofte initiert av ønske om å utløse økonomiske rettigheter som er koplet til at brukeren deltar i arbeidsmarkedstiltak. Et annet forhold som kan være problematisk er manglende kontinuitet i arbeidet i perioder med vakanser innenfor spesialisthelsetjenesten.

3.3.5 Samarbeid med Aetat sett fra DPSenes side

Ansatte ved DPSene opplyser at initiativ til kontakt med Aetat blir tatt på ulike måter, men vanligvis er det bruker selv som må sørge for å søke om attføring fordi rehabiliteringsperioden er omme. I slike tilfeller inviteres DPS vanligvis til møte hos Aetat. Men i blant er det DPS som oppfordrer bruker til å gå over i attføring, og DPS bistår bruker med å ta kontakt med Aetat. Vi får eksempler på positive erfaringer fra kontakt som DPS har hatt med Aetat, og oppfatningen er at det er lav terskel mellom instansene. Det blir bl.a. vist til at DPS har invitert ansatte i Arbeid med bistand til møte sammen med bruker mens vedkommende fremdeles var innlagt. Slik planlegging medfører at situasjonen i forbindelse med utskriving blir tryggere siden bruker får informasjon om tilbud og muligheter mens vedkommende fremdeles er innlagt.

Det blir imidlertid pekt på at det er stor variasjon mellom Aetats kontorer i hvordan de arbeider og hvordan de tolker regelverket. Noen er opptatt av å finne løsninger innenfor regelverket, mens andre viser til begrensningene i det. I tillegg kan det være individuelle forskjeller mellom de enkelte saksbehandlerne ved ett og samme kontor. I tillegg til faktorer knyttet til den enkelte saksbehandler blir relasjonen mellom bruker og saksbehandler trukket fram. Noen brukere er mer aktive enn andre, og når de står på, blir som regel samarbeidet bedre. Følgende utsagn er karakteristisk:

... har hatt saker hvor jeg synes det er blitt gjort veldig mye tilrettelegging, virkelig har vært jobbet for å få til noe som pasienten kan komme i gang med. Men andre saker hvor jeg tenker at her er det blitt gjort veldig lite, det er blitt overlatt til pasienten,... du får se om du finner noe, si fra når du har funnet noe.

I forbindelse med samarbeid på lokalt nivå framheves nødvendigheten av tilrettelegging og tilpassing i forbindelse med arbeidsrelaterte tiltak for brukere med psykisk lidelse. Mange har liten, eller kanskje ikke noen arbeidserfaring. For de som har slik erfaring, kan den ligge mange år tilbake. Det er viktig at lista ikke blir lagt for høyt og at en unngår prestasjonsangst. Det er også viktig at det er tilstrekkelig med ressurser til oppfølging på arbeidsplassen. Slike vilkår kan være i strid med krav og forventninger som Aetat stiller, eller krav om økonomisk inntjening som arbeidsmarkedsbedriftene er underlagt. En av informantene stiller spørsmål ved i hvilken grad arbeidslederne ved disse bedriftene har tilstrekkelig innsikt i hva det vil si å ha en psykisk sykdom. Men i alle tilfeller er det viktig at personell fra psykisk helsearbeid i kommunene samarbeider med disse bedriftene slik at deres innsikt i brukernes tilstand blir vektlagt. Tiltaket ved arbeidsmarkedsbedrifter må være på brukernes premisser og ikke på bedriftens premisser.

En vanskelighet som blir trukket fram fra DPS, er at noen brukere ønsker liten grad av åpenhet om at de har en psykisk lidelse. Det fører til at kontakt og samarbeid med arbeidsgiver/arbeidsplass blir vanskelig. Dette gjelder først og fremst brukere som var i arbeid da de ble syke, men også i forhold til nye eller potensielle arbeidsgivere.

3.3.6 Samarbeid med andre instanser

I de ulike fasene av forberedelse og gjennomføring av et tiltaksløp vil det være aktuelt for Aetat å samarbeide med andre instanser rundt brukeren. Hvordan er samhandlingen lagt opp, og hvordan fungerer den?

De fleste saksbehandlerne mener at samarbeidet med andre aktuelle instanser fungerer bra. Det er ingen instanser som peker seg ut som ”vanskelige”, men noen av saksbehandlerne viser til at det kan være problematisk å få fastle-
gene ”i tale”. Men saksbehandlerne er mer opptatt av å trekke fram positive erfaringer. Det gjelder først og fremst i forbindelse med basismøter og ansvars-
gruppemøter. I disse møtene har en god erfaring med at aktuelle aktører, inklu-
dert bruker med eventuell ledsager, sitter rundt bordet og samtaler. På denne
måten får en avklart hvem som har ansvar for hva til hvilket tidspunkt, og en
forhindrer at saker blir sendt på rundgang i systemet. De har også inntrykk av at
aktuelle deltakere tilstreber å stille på møtene.

Selv om det blir lagt vekt på at det ikke er noen instanser som er vans-
kelig å samarbeide med, blir det sagt at på samme måte som tidligere, merker de
at ulik tankegang og ulik kultur gjør seg gjeldene, og at andre instanser ikke har
tilstrekkelig kjennskap til hva Aetat står for. Eksempelvis gjelder det psykisk
helsearbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten, jf. tidligere. Generelt blir
det vist til at det er viktig med dialog slik at det kan etableres felles forståelse
mellom ulike instanser, faggrupper mv. Men i en hektisk hverdag er det en ut-
fordring å avsette tid til slik utveksling.

3.4 Aetats oppmerksomhet i forhold til psykiske lidelser hos ar- beidssøkerne

Av tilbakeblikket på evalueringsperioden går det fram at Aetat i utgangspunktet
(høsten 2002) i liten grad hadde oppmerksomhet rettet mot psykiske lidelser hos
arbeidssøkere. Som vi har nevnt flere ganger, kunne det se ut som om dette var i
ferd med å endre seg ved noen av kontorene under mellomperioden. Vi vil der-
for fokusere på i hvilken grad den siste datainnsamlingen viser at ansatte ved
Aetat har oppmerksomhet rettet mot psykiske lidelser hos brukerne, og om det
har skjedd endringer siden den første fasen av evalueringen.

Datamaterialet viser at de ansatte i Aetat har ulik oppfatning om, eller
erfaring fra i hvilken grad psykiske lidelser er et tema innenfor etaten. Ved ett
av kontorene blir det sagt at gruppen med psykiske lidelser i høy grad er i fokus.
De ansatte får stadig oppdatering i kunnskap om slike lidelser, og en av de an-

satte er psykiatrisk sykepleier. Følgende utsagn er imidlertid karakteristisk for flere av kontorene:

Opptrappingsplanen har ikke vært i fokus på den måten at det er blitt sagt at nå har vi en opptrappingsplan innenfor psykiatri, og det skal vi jobbe med sånn og slik.

Men mange av de ansatte hevder at psykiske lidelser er blitt en større del av arbeidshverdagen deres. De mener at det kan skyldes at brukerne er flinkere til å si fra om slike problemer, og det har igjen sammenheng med at disse problemene er blitt mindre tabubelagt enn tidligere. I tillegg mener de at både fastleger og saksbehandlere i etaten er blitt mer oppmerksomme på slike forhold. Men det blir også pekt på at i atferingssaker ser de ofte at utgangsdagnosen er somatisk, og med en psykiatrisk lidelse som bidiagnose. Det viser seg imidlertid raskt at hovedproblemene er knyttet til de psykiske vanskene. En antar at dette har sammenheng med at det fremdeles er mer akseptert å ha en somatisk sykdom, og at psykiske lidelser fremdeles er tabubelagte.

Det blir også pekt på at endringer innenfor trygdekontorets regelverk er en sentral årsak til økt kontakt med personer med psykiske lidelser. Regelendringer vedrørende rettigheter til rehabiliteringspenger fører til at mange, for å ha noe å leve av, føler seg presset til å henvende seg til Aetat og søke om attføring. Dermed unngår de å måtte henvende seg til sosialkontoret. Siden dette er arbeidskrevende klienter, medfører denne regelendringen økt belastning på etaten, mens resultatet for den enkelte bruker ofte blir henvisning tilbake til trygdekontoret.

I materialet er det også saksbehandlere som sier at de har fått beskjed om at arbeidssøkere med psykiske lidelser er blant gruppene som skal prioriteres. De legger vekt på at dette er informasjon fra sentralt hold, og på linje med alle andre søkere skal denne gruppen ha bistand ut fra sine behov. I 2004 benyttet Aetat om lag 2,6 mrd til arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelser, inkl. 83 mill. kroner over Opptrappingsplanen (St.prp. nr.1 (2005-2006)). Sett i lys av denne virksomheten gir det grunn til ettertanke at saksbehandlerne i liten grad relaterer til Opptrappingsplanen og dens intensjoner.

3.5 Hindre for å komme i arbeid

Når vi snakker om hindringer for at folk med psykiske lidelser skal komme i arbeid, blir det ofte vist til forhold knyttet til den enkelte bruker så som ustabili-

tet, urealistiske oppfatninger om egne ferdigheter og manglende erfaring fra yrkeslivet. Hvilke oppfatninger har ansatte i Aetat om hva som er hindre for at denne gruppen skal komme i arbeid? Hva kan eventuelt gjøres for å få de i arbeid?

Flere av de ansatte ved Aetat viser til at disse brukerne ofte mangler, eller har svært lite, arbeidserfaring. For de som har vært i arbeid, kan det være lenge siden. Det blir pekt på at en del har vært utenfor arbeidslivet i bort imot 20 år, og da vil det være en meget høy terskel å overskride dersom en skal komme over på arbeidsrettede tiltak. Men det blir også vist til at Aetat har et tiltaksapparat som gir muligheter til å bygge opp igjen brukere gjennom kjeding av tiltak. Det innebærer planlagt og målrettet bruk av tiltak, at det er progresjon i tiltakene, og at folk ikke blir gående på ”tomgang” og vente på planlagte tiltak.

I flere sammenhenger blir det pekt på at tilgang på tiltaksplasser utgjør en flaskehals for denne brukergruppen. Dersom brukerne må gå og vente på å komme i et planlagt tiltak på grunn av manglende kapasitet, er det svært uheldig. Det er også viktig at de som ønsker å prøve seg, gis muligheter til det. De ansatte ved Aetat peker også på at de ser at folk går år ut og år inn på aktivitetssenter uten å forsøke å komme videre. Det er et fåtall av disse som har henvendt seg til Aetat med tanke på å komme over i noe annet.

Det blir også pekt på at det er manglende samsvar mellom dagens arbeidsmarked og de som trenger arbeid. De viser til at det er tøft på arbeidsmarkedet i dag, og det blir mindre og mindre rom for arbeidstakere med helseproblemer, uansett om det er somatisk eller psykisk lidelse. Samtidig er det en målsetting å få flere av de svakeste, det vil si de som har fått innvilget uførestønning, tilbake i jobb. Dette går dårlig sammen, og kløften mellom ønsker og realiteter blir stadig større. I tilknytning til kravene som stilles innenfor dagens arbeidsmarked, blir det også hevdet at behov for stabilitet og forutsigbarhet vanskelig gjør situasjonen for folk med psykiske lidelser.

Ovenfor har vi vært inne på at hvis en har vært ute av arbeidslivet en del år, vil det være krevende å komme tilbake. Ansatte i Aetat påpeker derfor at det er viktig å hindre at folk blir gående passive, uansett om det er psykisk eller somatisk lidelse som ligger til grunn. Særlig gjelder dette yngre folk. Det blir også hevdet at arbeidsgivere har et stort ansvar for å beholde folk som blir syke, uansett type lidelse. Det har stor betydning at forholdene legges til rette for folk med nedsatt arbeidsevne slik at de ikke faller ut. Derfor må det legges til rette for at folk kan beholde sin arbeidsgiver.

3.6 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi rettet oppmerksomheten mot Aetatrolle i forbindelse med kommunenes virksomhet for å få folk med langvarige psykiske lidelser inn i arbeidsrelatert virksomhet. Situasjonen blir sett fra Aetatrolle, og med vektlegging på samarbeidsforhold og oppmerksomhet i etaten vedrørende psykiske lidelser hos brukerne. Avslutningsvis i kapitlet har vi sett på hvilke faktorer ansatte i Aetat anser for å være sentrale hindre for at folk med psykiske lidelser skal komme i arbeid.

Innledningsvis i kapitlet fokuserte vi på hvordan samarbeid mellom Aetat og andre aktuelle instanser i forbindelse med arbeidsrettede tiltak for målgruppen har utviklet seg i løpet av evalueringsperioden.

Første fase av evalueringen (2002) viste at samarbeidet mellom psykisk helsearbeid og Aetat var problematisk. Generelt etterspurte kommunene mer engasjement fra Aetat vedrørende tiltak for denne gruppen. Spesielt ønsket de at tiltakene Arbeid med bistand og Arbeidsforberedende trening i større grad ble benyttet overfor disse brukerne. Ansatte i psykisk helsearbeid mente at Aetat i liten grad hadde etablert tiltaksplasser som var egnet for denne brukergruppen. Dette var synspunkter som var uavhengig av hvor langt de enkelte kommunene var kommet med å iverksette Opptrappingsplanen. Undersøkelsen viste videre at det var betydelig forskjell i situasjonsforståelse mellom ansatte i psykisk helsearbeid og Aetat. Kommunene etterspurte tiltaksplasser hvor ikke kun arbeidstrening, men også sosial trening var i sentrum. Dette var plasser hvor det primære målet for brukerne ikke kun var deltakelse i det ordinære arbeidslivet, men også opplevelse av mestring. Ansatte i Aetat la på sin side vekt på at det primære målet for etaten er å få folk inn i ordinært arbeid, og at tiltak i forbindelse med beskjeftigelse ikke hører inn under deres arbeidsområde. Det ble også pekt på at arbeidssøkere med psykisk lidelse ikke var en satsingsgruppe for etaten. Videre ble det lagt vekt på at etaten har til rådighet et bredt spekter av tiltak, og arbeidssøkere med psykisk lidelse måtte håndteres innenfor den ordinære tiltaksstrukturen.

Ved slutten av mellomperioden (2003-2004) indikerte tilbakemeldingene fra psykisk helsearbeid i kommunene at Aetat kunne være i ferd med å endre holdningene overfor brukere med psykiske problemer. Det kunne se ut som om etaten i større grad enn tidligere erkjente at de hadde ansvar for brukere med psykiske lidelser. Men til tross for dette, var etatens prinsipper, arbeidsmetoder og tiltaksspekter fremdeles i liten grad tilpasset brukere med psykiske problemer.

Den siste undersøkelsen styrker inntrykket av at brukere med psykiske lidelser i økende grad har kommet på dagsorden til Aetat. Dette blir først og

fremst knyttet til at psykiske lidelser i økende grad inngår i problemkomplekset rundt den enkelte bruker, og i liten grad til interne styringssignaler om økt satsing i forhold til denne brukergruppen.

I tråd med oppfatningene til ansatte i Aetat, har vi også sett at tendensen til styrket kontakt mellom Aetat og psykisk helsearbeid, som vi tidligere kunne registrere i noen kommuner, ikke har utviklet seg videre. Det er særlig i små kommuner, hvor arbeidsrettede tiltak i liten grad er på dagsorden for ansatte i psykisk helsearbeid, at kontakten er liten. Men også i større kommuner blir det pekt på at kontakten med Aetat er uforandret. I den første fasen av evalueringen ble det fra psykisk helsearbeid eksponert klare forventninger om at Aetat skulle bli en sentral samarbeidspartner i tilrettelegging for at brukere med psykiske lidelser skal komme i arbeidsrettede tiltak. Det kan se ut som disse forventningene har avtatt eller blitt borte i kommunene. Det gjelder både samarbeid med Aetat om konkrete brukere, og i forbindelse med økt tilgang på tiltaksplasser.

Undersøkelsen har imidlertid vist at både Aetat og DPSene er tilfredse med samarbeidsformen. Det kan indikere at disse instansene, i hvert fall for en del av brukerne, har funnet fram til hensiktsmessige samarbeidsformer, og at medvirkning fra psykisk helsearbeid i kommunene ikke er nødvendig. Det er imidlertid grunn til å spørre om det etablerte samhandlingsmønsteret fører til at brukere som burde hatt tjenester fra Aetat, faller utenfor. Vi har sett at ansatte ved Aetat mener at folk blir gående på lite forpliktende tilbud ved aktivitetssentrene uten at det legges til rette for tiltak med progresjon. Men det har også kommet fram at ansatte innen psykisk helsearbeid mener at Aetat i liten grad ser muligheter for brukere med psykisk lidelse, og at kommunens personell må være meget aktive i prosessen med å få disse brukerne i arbeidsrettede tiltak. Disse eksemplene gjelder mindre kommuner hvor det er begrenset hvor mange fagpersoner en har å spille på, og det gjør tjenestetilbudet sårbart.

På samme måte som i den første kartleggingen peker Aetat på at de merker at ulik tankegang og ulik kultur gjør seg gjeldende i samarbeid med andre instanser. De mener at andre instanser ikke har tilstrekkelig kjennskap til hva Aetat står for, hva som er deres målsettinger og ”arbeidsfilosofi”. For å etablere en felles forståelse mener de det er nødvendig med dialog mellom ulike instanser og faggrupper. Utfordringen er imidlertid å kunne avsette tid til slik utveksling.

Det er et hovedinntrykk at Opptrappingsplanen ikke har vært et eget tema ved lokalkontorene til Aetat, men at psykiske lidelser er et aspekt hos arbeidssøkerne som etaten i økende grad må forholde seg til. Hvorfor psykiske lidelser i økende grad kommer fram, er det noe ulike oppfatninger om. Men årsaker som trekkes fram, er økt bevissthet om psykiske lidelser i behandlings-

apparatet generelt, og regelendringer i trygdeetaten vedrørende rettigheter i forbindelse med medisinsk rehabilitering.

Når det gjelder hindre for at brukere med langvarige psykiske lidelser skal komme i arbeid, blir det vist til manglende arbeidserfaring. Videre blir det pekt på at tilgang på tiltaksplasser kan være en flaskehals, og at det er uheldig hvis folk bare blir gående og vente på planlagte tiltak. Ytterligere et moment er at folk i for liten grad gis muligheter til å prøve seg i nye tiltak, og f.eks. ikke blir gående år etter år på aktivitetssenter uten progresjon i tiltakene. Det blir også pekt på at dagens arbeidsmarked er så krevende at det er lite rom for folk som ikke er helt friske, uansett årsak til sykdommen. Dette går dårlig sammen med målsettingen om å få flere med uføretrygd over i arbeid. Også kravene i arbeidsmarkedet om stabilitet og forutsigbarhet hos arbeidstakerne gjør situasjonen vanskeligere for folk med psykiske lidelser.

4 ARBEIDSRELATERTE TILTAK

4.1 Innledning

Tilknytning til arbeidslivet blir tillagt stor betydning i velferdspolitisk sammenheng. I tillegg til de økonomiske aspektene, anses det for å ha stor betydning for identitet, selvfølelse og den enkeltes utviklingsmuligheter. Mennesker med psykiske lidelser har ofte problemer i arbeidslivet, og ikke minst gjelder dette de med langvarige lidelser. På grunn av sykdommen faller de ofte ut av arbeidslivet, eller de har vanskeligheter med å etablere seg i det. Derfor trenger de ofte omfattende og langvarige tiltak for å komme i arbeid og å beholde det.

I mål og verdigrunnlag for Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)) tas det til orde for at tjenestene må utformes slik at de imøtekommer den enkeltes behov bl.a. for å delta i meningsfylt aktivitet. For å få et mest mulig normalt liv skal det legges til rette for tilbakeføring til arbeidslivet, eller dersom dette permanent eller midlertidig ikke er mulig, å delta i annen meningsfylt aktivitet. Det blir pekt på at mennesker med psykiske lidelser ofte har problemer i forhold til arbeidsmarkedet. Satsing på tiltak som bidrar til at flere kan nyttiggjøre seg tiltakene til Aetat, skal derfor vektlegges i kommunene, jf. pkt 4.7 i Stortingsproposisjonen. I dette kapitlet skal vi se på hvordan kommunene legger til rette for at mennesker med langvarige psykiske lidelser kan delta i arbeidsrelaterte tiltak. Vi har utarbeidet følgende problemstillinger:

1. Vårt første spørsmål er rettet inn mot hva annen forskning viser når det gjelder inkludering i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser. Hvilke faktorer tilknyttet arbeidstaker er sentrale for at mennesker med psykiske lidelser skal komme inn i arbeidslivet? Hvilke faktorer knyttet til tiltakene og arbeidsplassen spiller sentrale roller?
2. Vi går deretter over til å se på i hvilken grad og hvordan situasjonen i kommunene har endret seg i løpet av evalueringsperioden. Det vil si fra 2002 og framover. Hvilke faktorer bidrar til positiv utvikling, og hvilke utgjør hindringer?
3. Til slutt i kapitlet retter vi oppmerksomheten mot nåværende situasjon. Hva kjennetegner kommuner som er aktive, evt. mindre aktive på feltet? Hva kan evt. gjøres for å styrke virksomheten i de mindre aktive kommunene?

Hva kjennetegner tiltak som er hensiktsmessige for å bidra til at mennesker med psykiske lidelser kan komme inn i arbeidslivet?

4.2 Psykiske lidelser og arbeidslivet

I forbindelse med kommunenes innsats når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser, er følgende spørsmål relevant: Hva viser forskning vedrørende inkludering av denne gruppen i arbeidslivet? Vi skal belyse spørsmålet gjennom noen aktuelle bidrag innen samfunnsvitenskapelig forskning, men vi har ingen ambisjoner om å gi en tilnærmet uttømmende gjennomgang. Vi har lagt vekt på å finne fram til artikler som oppsummerer forskning innenfor feltet og som er av relativt ny dato.

I nasjonal og internasjonal samfunnsvitenskapelig forskning om utføring av yrkeshemmede i arbeidslivet, blir det i liten grad satt søkelys spesielt på mennesker med psykiske lidelser, jf. bl.a. Børing (2002), Schafft (2005) og Knudsen (2000). Men norske undersøkelser som fokuserer på denne gruppen, indikerer at personer med psykiske lidelser har lavere sannsynlighet for å være i arbeid etter gjennomført utføring (bl.a. Bergsgard og Løyland 1998). Riktignok modifieres denne forskjellen i en senere rapport fra de samme forskerne (Bergsgard og Løyland 2001). Det viste seg at når en trakk inn bakgrunnskjennetegn som inntekt, antall år yrkesaktiv, utdanning, alder mv. og forhistorien, dvs. arbeidslivs- og trygdeforløp, var forskjellene redusert mellom personer med psykiske og somatiske lidelser som gjennomfører yrkesrettet utføring.

Vår rapport fra fase én i evalueringen viser at deltakelse i arbeidsrelatert aktivitet betyr mye for brukerne (Bergsgard m.fl. 2003). Det blir vist til at slike tiltak bidrar til å strukturere hverdagen på en meningsfull måte, og det gir følelse av å bety noe. I kapittel seks kommer vi tilbake til brukernes vurderinger i evalueringens fase to vedrørende deltakelse i slike tiltak.

Det kan ofte være slik at mennesker med psykiske lidelser har en del særskilte problemer som har betydning for å begynne i arbeid, og å være i stand til å beholde det. I denne gruppen er det mer vanlig enn blant andre med yrkeshemminger at de har negativt selvbilde, svak toleranse for motgang, tendenser til sosial isolering og uhensiktsmessige mestringsstrategier. Dette innebærer at motgang eller konflikter som tilsynelatende er ubetydelige, lett kan bli feiltolket og bli forstørret, og derved bli opplevd som uoverkommelige. Sosiale hemninger og vanskeligheter forbundet med å inngå i sosiale fellesskap vil ofte bli håndtert ved tilbaketrekking og fravær fra arbeidet. Dette medfører at mennesker

med psykiske lidelser lett kan bli ustabile i arbeidssituasjonen dersom forholdene ikke blir lagt spesielt til rette for dem.

Ett moment som blir trukket fram i noe av den internasjonale litteraturen (bl.a. Knudsen 2000 og 2005, McAlphine og Warner 2002, Bond 2004, Rosenstock m.fl. 2004), er betydningen av å være i arbeid, og at forhold knyttet til å ha en psykisk lidelse ikke er holdbare argument for å ikke ha som målsetting å komme inn i arbeidslivet. Det blir bl.a. vist til at å være i arbeid bidrar til å styrke de sosiale ferdighetene, det reduserer innleggelsesfrekvensen og gir selvfølgelig økt arbeidserfaring. Denne litteraturen viser også at de fleste med psykiske lidelser ønsker tilknytning til det ordinære arbeidslivet framfor vernede bedrifter. Når det gjelder metoder for tilbake-/innføring i arbeidslivet, blir det lagt vekt på at det må skje så tidlig som mulig i behandlingsprosessen. Personer som er knyttet til arbeidstreningsprogrammer med lengre varighet, og som gradvis ledes inn i arbeidsmarkedet, har vanskeligere for å få, og beholde et arbeid. En viktig forutsetning for å lykkes i prosessen med å få en tilknytning til arbeidslivet er at den psykisk syke oppfatter arbeid som en verdi i seg selv. Dette har betydning fordi en ønsker å få til skifte i identitet fra å være syk til å bli en arbeidstaker. I tillegg er det vesentlig at vedkommende er motivert for arbeidstreningstiltak. Ytterligere en faktor som vektlegges i denne litteraturen, er betydningen av å ha en realistisk plan. Det forutsetter en grundig avklaring av vedkommendes arbeidsmessige erfaring, ønsker, kvalifikasjoner og kompetanse i forhold til en gitt jobb. Men det blir også pekt på at utprøving og vurdering av arbeidsevne før en kommer ut i arbeid ikke gir et pålitelig bilde av vedkommendes evne til å klare en bestemt arbeidssituasjon. Det beste stedet for slik vurdering er den konkrete arbeidssituasjonen.

Ovenfor var vi inne på at sannsynligheten for å være i arbeid etter gjennomført attføring er lavere for mennesker med psykiske lidelser. På denne bakgrunn har Møller (2005)⁵ undersøkt hvilken effekt ulike arbeidsmarkedstiltak har overfor yrkeshemmede med psykiske lidelser. Her vises det til at en forklaring på at denne gruppen har lavere effekt av attføringstiltak, kan være at yrkeshemmede med psykiske lidelser har lengre trygdehistorie og derved kortere arbeidspraksis. Det pekes også på at yrkeshemmede med psykiske lidelser utgjør en heterogen gruppe. Derfor er det ikke nødvendigvis mest hensiktsmessig å utforme egne tiltak rettet mot gruppen, men i stedet benytte hele tiltaksspekteret som Aetat har til disposisjon. Men det kan se ut som om yrkeshemmede med psykiske lidelser har god effekt av tiltaket Arbeid med bistand. Det er også i samsvar med andre undersøkelser foretatt her i landet (bl.a. Shafft m.fl. 1999, Spjelkavik 2003). Det blir vist til at tiltaket er individorientert, fleksibelt og

⁵ Undersøkelsen er basert på et materiale fra FD-trygd for perioden 1996-1999

rettet mot ordinært arbeid. Ikke minst muligheten for fleksibilitet blir tillagt stor vekt. Mange med psykiske lidelser har vanskelig for å arbeide fast, enten det er hel- eller deltid. I et samarbeid mellom tilrettelegger, arbeidsgiver, deltaker og behandlingssiden kan det gjøres avtaler om arbeidstider og arbeidsoppgaver som er tilpasset vedkommendes arbeidskapasitet og eventuell "bølgedalproblematikk".

I en rapport om Aetats tilbud til personer med psykiske lidelser (Schafft m.fl. 1999) blir det pekt på at for denne gruppen er det viktig at tiltakene inneholder funksjoner som veiledning, motivering og omsorg. Disse elementene er vesentlige for at gruppens medlemmer skal komme videre med utvikling i retning av størst mulig grad av selvstendighet. En evaluering av et arbeidstrenings-tiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser i Grenlandsområdet bekrefter disse funnene (Flermoen 2001b). For at gruppen skulle fungere i en arbeidsrelatert situasjon, måtte forholdene på arbeidsplassen legges til rette. Det omfattet mer enn praktisk tilrettelegging for å gjennomføre de planlagte arbeidsoppgavene. Trygghet og trivsel var to nøkkelord. Deltakerne hadde behov for å bli tatt vare på i arbeidssituasjonen, og i tillegg å bli vist omtanke. Disse behovene måtte imidlertid balanseres mot muligheten til å ta eget ansvar. Dette blir også påpekt i en dansk undersøkelse av ansettelsesmuligheter for bl.a. personer med psykiske lidelser (Rosenstock m.fl 2004). Å ta særlige hensyn til disse arbeidstakerne må avveies mot faren for å bremse utviklingen til den ansatte. Dilemmaet mellom utfordring og utvikling på den ene siden, og å ta spesielle hensyn som innebærer fare for stillstand på den andre siden, krever oppmerksomhet fra arbeidsplassen dersom ansettelsen skal utvikle seg som forventet.

I den samme rapporten blir det i tillegg pekt på at en forutsetning for å kunne fungere i en arbeidssituasjon er at praktiske forhold i dagliglivet fungerer. Det omfatter tilfredsstillende bosituasjon, at en har en normal døgnrytme, at en kommer seg til/fra jobb, at den personlige hygienen blir ivarettatt på en tilfredsstillende måte, at kostholdet er forsvarlig, at fritiden ikke blir brukt slik at arbeidsevnen reduseres osv. I tillegg kommer adekvat behandling og oppfølging fra helsetjenesten.

En av nestorene innefor internasjonal forskning på området har gjort en undersøkelse av effekten av forskjellige arbeidstrenings tiltak/ulike modeller for utføring for mennesker med psykiske lidelser (Bond 2004). Undersøkelsen er basert på amerikanske studier. Han konkluderer med at litteraturen viser at de fleste med psykiske lidelser ønsker tilknytning til det ordinære arbeidslivet framfor vernede bedrifter. Det er imidlertid en stor ulempe at ulike program for yrkesforberedende/yrkesbasert trening ikke gir tilstrekkelig støtte og opplæring på arbeidsplassen. Et opplegg som også ivaretar dette behovet er tiltak lagt opp

etter samme prinsipper som Arbeid med bistand (Supported Employment). I hovedsak blir det vist til de samme faktorene som vi har vært inne på ovenfor vedrørende norske undersøkelser.

Vi vil også vise til en artikkel som oppsummerer amerikansk litteratur vedrørende barrierer til lønnet arbeid for mennesker med psykiske lidelser (McAlphine og Warner 2002). Det blir pekt på at ulike programmer basert på tradisjonell yrkesopplæring, evt. forberedelser til slik opplæring, er populære for mennesker med psykiske lidelser. Det skjer til tross for at forskning viser at deltakere i slike programmer i liten grad lykkes i å bli tilbakeført til ordinært arbeid. Også i denne oversikten blir det vist til at tiltak og programmer som er i tråd med prinsippene for Arbeid med bistand (Supported Employment) har størst suksess i tilbakeføring til ordinært arbeidsliv. Dette er også i tråd med funn fra svenske forhold (Socialstyrelsen 2003, Markstrøm 2005). Når det gjelder årsaker til at slike programmer jevnt over er mer vellykkede, så blir det vist til at tilknytningen til arbeidsstedet øker i takt med eventuell bedring i situasjonen til den yrkeshemmede, at behandlingsopplegg og arbeid går hånd i hånd, og at vedkommende får nødvendig støtte og oppfølging. I artikkelen blir det også pekt på at effekten av tiltak er bedre jo tidligere i sykdomsforløpet de blir satt inn. Tidlig intervensjon øker sannsynligheten for å kunne unngå lange perioder med arbeidsudyktighet.

Ytterligere et moment som trekkes fram, er at opplegg for tilbakeføring til arbeidslivet må ta høyde for flere av barrierene som gjør seg gjeldende. Eksempelvis vil tiltak som tar sikte på å øke motivasjon for arbeid hos psykisk syke eller bedre kvalifikasjonene, ha begrenset effekt dersom det ikke i tillegg blir fokusert på forhold knyttet til arbeidsplassen. Eksempelvis pekes det på at fordommer mot personer med psykiske lidelser kan gjøre seg gjeldende både blant arbeidsgivere og potensielle kolleger, at forholdene i liten grad er lagt til rette på arbeidsplassene og karakteristiske trekk ved arbeidsmarkedet. Dette er faktorer som forfatterne mener har fått liten oppmerksomhet i forskning vedrørende barrierer til arbeidsmarkedet for denne gruppen arbeidssøkere.

Til slutt skal vi ta med at Møller (ibid.) peker på at det ser ut som om sysselsettingseffekten kommer på et senere tidspunkt i tiltaksperioden for deltakere med psykiske lidelser enn for andre yrkeshemmede. Det kan innebære at nedsatt effekt av ulike tiltak til en viss grad kan kompenseres ved å forlenge tiden i tiltak.

4.3 Tilbakeblikk

I rapporten fra første fase av evalueringen (datainnsamling årsskiftet 2002/2003) pekte vi på at det var betydelig variasjon mellom kommunene i hvordan de hadde grepet an oppgaven med å legge til rette for arbeidsrelaterte tiltak for målgruppen (Bergsgard m.fl. 2003). Et klart trekk var at kommuner som var godt i gang med oppfølging av psykiatriplanen sett under ett, også var godt i gang med gjennomføring av ulike arbeidsrelaterte tiltak. I kommuner hvor iverksetting av Opptappingsplanen i det store og hele gikk trått, hadde en i liten grad lagt vekt på arbeidsrelaterte tiltak. I disse kommunene ble det understreket at brukerne hadde problemer med å delta i slike tiltak. Kommuner som hadde etablert ulike arbeidstiltak for brukergruppen, framhevet derimot at til tross for at disse brukerne hadde vansker med å fungere i forpliktende relasjoner av et visst omfang over tid, så lyktes en med å finne fram til hensiktsmessige løsninger.

Av de 12 case-kommunene var det kun tre hvor vi kunne si at tilbudet og mulighetene for arbeidsrelaterte tiltak for målgruppen, var godt utbygd. To av disse kommunene var store, dvs. over 20 000 innbyggere, mens den tredje var en mindre kommune, jf. kapittel 2. I denne siste kommunen ble det imidlertid hevdet at situasjonen ikke hadde endret seg etter at Opptappingsplanen ble iverksatt, men at det dreide seg om videreføring av praksis og tiltak som var etablert tidligere. I en av de store kommunene hadde en med bruk av psykiatrimidler etablert et eget prosjekt for å iverksette differensierte arbeidstiltak for folk med psykiske lidelser. Det var knyttet egne stillinger til prosjektet, og målsettingen var å gi brukerne arbeidstrening og kompetanse. Når det gjelder samarbeid mellom Aetat og psykisk helsearbeid i kommunen, ble det i to av kommunene som var godt i gang med arbeidsrettede tiltak, rapportert om godt samarbeid, mens kontakten var mindre i den tredje kommunen.

I første fase av evalueringen hadde en i to av de mindre kommunene (en liten og en mellomstor) lyktes i å etablere tilpassende arbeidstiltak for flere av brukerne som følge av Opptappingsplanen. I den ene av disse kommunene gikk det fram at psykiatrikoordinator var en betydelig drivkraft i det psykiske helsearbeidet. Gjennom kunnskap om og innsikt i "det kommunale apparatet" generelt og Opptappingsplanens intensjoner og virkemidler spesielt, hadde vedkommende lyktes i å få gjennomslag for ulike arbeidsrettede tiltak. Men det ble hevdet at både på ledernivå og på tjenestenivå var det betydelig mangel på kunnskap relatert til Opptappingsplanen. I den andre kommunen var det et aktivitetssenter som var kjernen i tiltakene på arbeidssiden. Ved siden av å ha varierte tilbud innenfor ulike fritidsaktiviteter og være et sosialt samlingscenter,

ble det også drevet tiltak i samarbeid med Aetat. Arbeid med bistand var etablert der, og i tillegg var det andre tilrettelagte arbeidsplasser.

I sju av de 12 case-kommunene var det i liten grad iverksatt tiltak for å få gruppen i arbeid. Enkelte av de psykiatriansvarlige hadde i liten grad oppmerksomhet rettet mot denne problematikken til tross for at den inngikk i kommunens psykiatriplan. Det ble pekt på flere årsaker til at det var gjort lite på dette feltet. I noen av kommunene var det manglende dekning på boligområdet, og det måtte komme først. Videre ble det vist til vanskeligheter med å samarbeide med Aetat, så som omorganisering i etaten og hyppig skifte av personell i tillegg til ulikt faglig og ideologisk ståsted. Det ble også pekt på at det var vanskelig å finne arbeidsgivere for disse brukerne, og at egenskaper ved selve sykdommen gjorde det vanskelig å oppfylle kravene i arbeidslivet.

I evalueringens mellomperiode (2003/2004) har kommuner som var godt i gang eller i ferd med å utvikle arbeidsrelaterte tilbud, holdt oppe aktivitet og engasjement på området. Det har ført til at mellomsjiktet når det gjelder virksomhet på området, er blitt styrket, og ved slutten av denne perioden hadde det utviklet seg en todeling mellom sju aktive og fem mindre aktive kommuner. I de aktive kommunene økte virksomheten gjennom både kapasitetsutvidelse ved igangværende tiltak, og ved at det ble satt i gang ny virksomhet. I et par av de store kommunene var det i regi av Opptrappingsplanen opprettet egne enheter/tiltak med ansvar for arbeidsrettet virksomhet for målgruppen. Det varierte om virksomheten var rettet spesifikt mot brukere innen psykisk helsearbeid, eller mer generelt mot personer som hadde særlige vansker i forhold til arbeid og utdanning. Dette var virksomhet som utgjorde supplement i forhold til tiltak i regi av Aetat.

Det er et mangfold av årsaker til variasjonen i kommunenes engasjement i forhold til yrkesrelaterte tiltak. Ett trekk er imidlertid at kommuner med lavt innbyggertall jevnt over er mindre aktive enn større kommuner. En nærliggende forklaring vil derved være å kople variasjon i aktivitet og engasjement vedrørende arbeidsrelaterte tiltak til forhold ved lokalt arbeidsmarked. Store kommuner har et mer variert arbeidsmarked, og ofte relativt større tilgang på arbeidsplasser generelt. Men blant case-kommunene er det eksempler på at mindre kommuner opplyser at tilgangen på arbeidsplasser/tiltaks plasser er, om ikke god, så i hvert fall så vidt bra at de i det store og hele lykkes i å finne fram til høvelige plasser. En viktig årsak til dette er god lokalkunnskap. God oversikt over, og god kontakt med, potensielle arbeidsgivere gjør det mulig å komme fram til opplegg som er tilpasset behovene til den enkelte bruker. Men dette er tid- og arbeidskrevende. Kontakt og samarbeid med Aetat varierer, og det er særlig en kommune som skiller seg positivt ut. Ved dette kontoret har psykisk helsearbeid en egen kontaktperson. I de små kommunene framheves betydning-

en til lokal arbeidsmarkedsbedrift generelt, og spesielt tiltaket arbeid med bistand som er lokalisert til bedriften. Et annet moment som har betydning for små kommuner, er at antall ansatte med utdanning innen psykiatri er svært lavt, og varierer fra én person til to-tre stykker. Det fører til at tjenestetilbudet blir svært personavhengig. Vi har sett at aktivitetsnivået knyttet til å gi brukerne en meningsfylt hverdag varierer med psykiatrikoordinators engasjement på feltet. I tillegg er det få medspillere som kan bidra med nye ideer og å se problemstillingene fra flere innfallsvinkler. Konkret innebærer det at det er færre aktører som kan ha tilbud som er aktuelle for gruppen. En tredje faktor som har betydning for at de små kommunene kommer dårligere ut, er at Aetat ikke er lokalisert i disse kommunene. Det fører til at etaten kan framstå som fjern både faktisk og i overført betydning., og det gjelder for både brukere og ansatte i psykisk helsearbeid. Den fjerde og siste årsaksfaktoren vi har trukket fram, er betydningen av å bruke organisatoriske virkemidler for å få i gang arbeidsrelaterte tiltak. De store kommunene bruker psykiatrimidler til egne prosjekt som har til formål å bidra til yrkesrelatert virksomhet for gruppen. I tillegg til å kanalisere personell som kun arbeider med denne typen oppgaver, gir det signaler om at feltet er et prioritert område. Det er også eksempler på at slike prosjekt har fått god medieomtale, og det gir positive ringvirkninger.

Rapporteringen fra mellomperioden ble avsluttet med å peke på at det syntes som om de mindre aktive kommunene hadde potensial for forbedring innenfor følgende tre områder: samarbeid på tvers av institusjons- og virksomhetsområder, differensiering av tilbud og evne/vilje til nytenkning.

4.4 Dagens situasjon

4.4.1 De aktive kommunene

De fire store kommunene har fortsatt med å utvikle arbeidsrelaterte tiltak langs de samme linjene som vi har sett tidligere i evalueringen. Organiseringen i de enkelte kommunene varierer, og tiltak koplet til arbeid og fritid går over i hverandre. En kan si at det dreier seg om tiltak knyttet til å ha noe meningsfylt å fylle hverdagen med. Felles for de fire største kommunene er at disse tiltakene utgjør organisatoriske enheter. Et sentralt element i denne virksomheten er etablering av aktivitetssentre med hovedformål å være sosiale møteplasser med et variert aktivitetstilbud. I tilknytning til virksomheten ved aktivitetssentrene er det opprettet ulike former for arbeidsrelaterte tiltaksplasser, og de utgjør en viktig del av disse kommunenes tilbud om tiltaksplasser for mennesker med langvarige psykiske lidelser. Disse arbeidsplassene er innenfor områder som

kjøkken-, kantine- og kafédrift, transport, håndverkspreget virksomhet mv. I tillegg er det tiltak i tilknytning til gårdsdrift. Disse tiltakene omfatter både arbeidstrening og fritidsaktiviteter. Graden av samarbeid med Aetat varierer blant kommunene, og tiltaksplassene finansieres dels innenfor Aetats regelverk, dels innenfor Opptappingsplanens budsjett. Mange av brukerne har uførestønad, og de får såkalt bonuslønn for arbeidet, eller ordinær lønn og redusert trygdeytelse.

I disse fire kommunene fortsetter vekst og styrking av arbeidsrelaterte tiltak langs parallelle utviklingslinjer, og på samme måte som i evalueringens mellomperiode skjer utvikling av tiltak på flere måter. Vi ser for det første at kapasiteten økes ved at det opprettes nye tiltaksplasser innenfor etablerte prosjekter, og gjennom knoppskyting fra disse prosjektene. Det blir også satt i gang nye tiltak innenfor de områdene en har skaffet seg erfaring fra. Men ikke minst er det til denne virksomheten knyttet engasjerte personer som viser betydelig kreativitet når det gjelder muligheter for nye tiltak. Dette er kombinert med betydelig grad av gjennomføringsevne.

Vårt inntrykk er at i disse fire kommunene har en utviklet et spekter av tiltak som, sammen med Aetats virkemidler, i det store og hele gir muligheter for å utforme hensiktsmessige tiltaksopplegg for enkeltbrukerne. Flaskehalsen er imidlertid kapasitet. Det gjelder tiltak både i regi av Opptappingsplanen og i regi av Aetat, hvor vi også inkluderer tiltaksplasser ved arbeidsmarkedsbedriftene. Det er med andre ord ikke nye virkemidler som etterspørres, men ”mer av det vi allerede har”. Når vi sier at det ikke er nye virkemidler en søker i disse kommunene, må ikke det tolkes som at en ikke trenger nye tiltak. Men det innebærer at det virkemiddelapparatet en har opparbeidet, gir muligheter for å videreutvikle nye tiltak. Det forutsetter at kreativitet og evne/vilje til å se nye muligheter, som kjennetegner virksomheten i disse kommunene, blir ivaretatt og at det gis rom for ytterligere utfoldelse.

I tillegg til de fire store kommunene som vi så langt har rettet oppmerksomheten mot, inkluderer vi i gruppen som vi betegner som aktive når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak, også én liten og to middels store kommuner. I en av kommunene spiller lokal arbeidsmarkedsbedrift en viktig rolle, og i de to andre står aktivitetssenteret sentralt når det gjelder tiltaksplasser. Slike plasser er enten i regi av Aetat, eller egne tiltaksplasser for brukere som har en trygdeytelse. Det blir opplyst at de ansatte i psykisk helsearbeid er oppmerksomme på behovet for arbeidsrelaterte tiltak, og de forsøker å finne fram til hensiktsmessige opplegg. Å få tak i tiltaksplasser kan være et problem. Særlig i en av kommunene blir det pekt på at det er vanskelig å få tak i egnede plasser. Det blir koplet til at dagens arbeidsliv er krevende, og arbeidsgiverne er lite villige til å ta i mot folk med redusert kapasitet. I de to andre kommunene blir det lagt vekt på at ansatte i psykisk helsearbeid har god lokalkunnskap, og det omfatter også kjennskap til

potensielle arbeidsgivere. Takket være denne innsikten så finner de som oftest fram til egnede plasser. Men det ble framholdt at det er ressurskrevende å utforme og følge opp slike tiltak. Med mer ressurser kunne de gjort mer på dette feltet. Når det gjelder forholdet til Aetat, skiller den ene kommunen seg ut ved at psykisk helsearbeid har hatt en fast saksbehandler. Da vi gjorde intervjuene, hadde det nettopp skjedd personsifte i denne funksjonen, og det var varslet innstramning i bruk av tiltaksmidler, jf. for øvrig kapittel 3. I en av de andre kommunene ble det fremholdt at Aetat var blitt mer samarbeidsvillig når det gjaldt tiltaksplasser ved aktivitetssenteret. I den tredje kommunen ble det hevdet at Aetats virkemidler var lite egnet for folk med psykiske lidelser, og på dette feltet hadde det ikke skjedd noen endringer siden Opptrappingsplanen ble satt i verk.

Vi har gruppert disse tre kommunene blant de aktive når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak. Vi ser imidlertid at i mindre kommuner er det en utfordring å legge til rette for arbeidsrelaterte tiltak for brukere som ikke kan nyttiggjøre seg Aetats virkemidler. Et felles trekk for disse tre kommunene er at det blir vist til betydningen av å ha god *lokalkunnskap*. God oversikt over, og tett kontakt med potensielle arbeidsgivere spiller en vesentlig rolle. Slik innsikt gjør det mulig å utforme opplegg som er godt tilpasset behovene til den enkelte bruker. Det er lett å ta en telefon til en potensiell arbeidsgiver når det gjelder en konkret bruker som arbeidsgiver kanskje kjenner. Men for brukere som har brukt opp sin goodwill, kan det være et drawback med slike gjennomsiktede forhold. Et annet trekk som er felles for disse kommunene, er at psykisk helsearbeid benytter tiltak ved og samarbeider med andre instanser. Vi har sett at i en av disse kommunene ble lokal arbeidsmarkedsbedrift tillagt stor vekt. I de to andre kommunene er aktivitetssenteret en viktig samarbeidspartner. Det dreier seg da om forpliktende opplegg som er individuelt utformet, og som har fokus på arbeidstrening. Tiltakene ved aktivitetssentrene har for øvrig varierende grad av strukturering og målrettethet, og det er glidende overgang fra å være arbeidsrelatert til å være aktivisering og fritidstiltak.

4.4.2 Et eksempel på ”god praksis”

Som vi har vært inne på ovenfor, varierer organiseringen av arbeidsrelaterte tiltak i de store kommunene, men det er også betydelige fellestrekk. Fellestrekene er større enn forskjellene, og vi skal gå nærmere inn på virksomheten i én av kommunene som står som eksempel på ”god praksis”. Med utgangspunkt i psykiatriplanen startet en i begynnelsen av 2000 et prosjekt vedrørende arbeids-

relaterte tiltak. Virksomheten ble etablert som et fast tiltak fra midten av 2001. Dette innebærer at den er blitt godt etablert i det kommunale tjenesteapparatet, og at en har opparbeidet både erfaring og rutiner for praksis som en kan trekke på i dag. Formålet med virksomheten er å være et supplement til liknende tiltak i regi av trygdesystemet og Aetat. Men virksomheten skal være rettet mot brukere som ikke har fått gode tilbud fra disse etatene, eller som har mislykkes i tiltak fra dem. Virksomheten kan deles i følgende fire hovedkategorier: a) Gruppeveiledning. Dette er en metode for å kartlegge og forberede/klargjøre bruker for arbeidssituasjonen. b) Undervisning som skjer bl.a. i samarbeid med Voksenopplæringen. I tillegg til egne undervisningsopplegg på grunnskolenivå, har en bl.a. datakurs. c) Hospitering/arbeidsutprøving. En forsøker å finne fram til plasser ut fra behov, interesser og ønsker hos den enkelte bruker. Det blir gitt regelmessig oppfølging på arbeidsplassen, og en benytter både private og offentlige bedrifter. Målsettingen er at bruker skal komme inn i en eller annen form for ordinært arbeid. d) Tilrettelagt arbeid med lønn. I denne kategorien drives en rekke prosjekter. Et eksempel er et kjøreprosjekt som leverer mat til syke- og aldershjem i kommunen. Det skjer en stadig utvikling av både eksisterende prosjekt og av nye.

Fra virksomhetens side har det hele tiden vært stor bevissthet om betydningen av å synliggjøre virksomheten. Leder har lagt stor vekt på å informere om hva de gjør og hva de kan tilby. Det gjelder overfor ulike deler av det kommunale tjenesteapparatet, andre offentlige instanser, overfor potensielle arbeidsgivere og i samfunnet generelt. Til dette brukes forskjellige virkemidler som informasjon i en lang rekke fora, eget opplegg i forbindelse med ”psykiatridagen”, oppslag i lokale media, diverse informasjonsmateriell etc. Etter hvert som virksomheten har blitt kjent, har de fått en del fordelaktig medieomtale, og det har gitt positive ringvirkninger. Det gjelder ikke bare overfor evt. arbeidsgivere, men også som et bidrag til å ”alminneliggjøre” psykisk sykdom.

Virksomheten har egne ansatte som arbeider kun med dette feltet, og de har egne kontorer med virksomhetens navn ved inngangen. I tillegg avsettes det midler over budsjettet, og samlet gir dette signaler til omgivelsene om at arbeidsområdet er viktig. Dette innebærer at den arbeidsrelaterte virksomheten er blitt *synliggjort*, og det har vært et hensiktsmessig ”grep”.

Som nevnt ovenfor, er virksomheten rettet inn mot brukere med psykiske lidelser som har falt utenfor tiltak i regi av trygdesystemet eller Aetat. Terskelen inn til virksomheten skal være lav, og brukere rekrutteres via ulike kanaler som kommunens psykiatriske sykepleiere, sosialtjenesten, aktivitetssentrene mv. Men selv om en legger vekt på å ha få formaliteter i forbindelse med rekruttering, har en noen regler som en uten unntak krever at blir fulgt. Ett eksempel er at samtlige brukere tilknyttet virksomheten må ha en kontaktperson innen det

kommunale apparatet. Årsaken er at brukere i virksomheten må ha oppfølging underveis, og den arbeidsrelaterte virksomheten har ikke ressurser til det. Men det er avgjørende for resultatet av tiltakene at brukerne har et apparat rundt seg, og dette må være på plass før bruker begynner på tiltak. Dette innebærer bl.a. at brukere ikke kan komme direkte inn i virksomheten, men må gå via en annen kommunal instans. En annen konsekvens er at spesialisthelsetjenesten ikke kan henvise brukere direkte til virksomheten, og de må også gå via en annen kommunal instans. Det har vært strevsomt å få gehør for slik praksis innenfor spesialisthelsetjenesten, og en arbeider fremdeles med å gjennomføre dette kravet i praksis.

Et annet moment som en legger betydelig vekt på, er klargjøring av ansvar mellom ansatte i arbeidsrelatert virksomhet og øvrige instanser. Fra virksomhetens side er en helt klar på at oppgaven deres er oppfølging i arbeidstiltaket. Øvrig oppfølging som bruker måtte trenge, må andre instanser ta ansvar for. Ansatte i arbeidsrelatert virksomhet legger stor vekt på at oppfølging i forhold til arbeidsplassen blir gjennomført som avtalt. Det er viktig at arbeidsgiverne er trygge på at brukerne får oppfølging, og at de blir tatt hånd om dersom "noe" skjer. Arbeidsgiverne må være sikre på at de ikke blir stående alene dersom det oppstår problemer. En forutsetning for at arbeidsrelaterte tiltak skal lykkes, er at de ulike delene i apparatet rundt den enkelte bruker til enhver tid er klar over sitt ansvar og følger det opp.

En tredje formalitet som en legger stor vekt på, er skriftlige individuelle kontrakter. Alle skal ha sin kontrakt som skal overholdes av begge parter. Vanlig kontraktperiode er tre måneder, men dette varierer. Når en kontrakt blir brutt, blir bruker kalt inn til samtale, og øvrig personell i apparatet rundt den enkelte bruker blir evt. koplet inn. Leder legger stor vekt på at terskelen til ansatte i virksomheten skal være lav, samtidig som de av kapasitetshensyn må ha begrensninger.

Kort sagt har vi sett at arbeidsrelatert virksomhet legger vekt på at de skal være åpne, smidige og tilgjengelige. Men gjennom praksis har de utviklet noen regler og rutiner som må følges. Dersom det ikke blir gjort, så får det uheldige konsekvenser for den enkelte bruker på tiltak. Med andre ord er balanse mellom *fleksibilitet og klare regler, rutiner og grenser* et annet kriterium for at virksomheten lykkes.

Et tredje kriterium vi vil rette oppmerksomhet mot, er *kreativitet*. Ansatte i virksomheten viser betydelig engasjement i forhold til brukene, og de er kreative når det gjelder å se muligheter for å få til egnede tiltak for den enkelte. Både leder og medarbeidere er stadig "på hugget" og søker etter nye muligheter for tiltak ut fra behovene til den enkelte bruker.

Sist, men ikke minst, skal vi se at *metodikk* er en viktig faktor. Det blir lagt stor vekt på at brukerne skal gis muligheter til å anvende og utvikle egne ressurser, men det er *ikke* en målsetting at alle skal over på tiltak i regi av Aetat (arbeidsrettet attføring). Leder legger vekt på at det vesentlige er utvikling av den enkeltes potensial. Vi har ovenfor redegjort for fire hovedtiltak som virksomheten benytter. I intervju med ansatte er det karakteristisk at en del ord og vendinger går igjen når en snakker om virksomheten. Det gjelder formuleringer som ”å ta bruker på alvor”, ”gjøre bruker medansvarlig for egen situasjon”, ”møte bruker der vedkommende er til enhver tid” etc. Slike utsagn kan lett bli floskelpreget, men det ser ut som om en har lyktes i å gi de et meningsfylt innhold. Av tilbakemeldingene fra brukerne som vi har intervjuet både nå og tidligere, ser det ut som om en har klart å tilføre formuleringene et innhold som gir mening. Brukerne i undersøkelsen utgjør riktignok ikke et representativt utvalg, og vi har heller ikke intervjuet eventuelle brukere som har sluttet i virksomheten fordi det ikke fungerte for dem. Men brukerne vi har intervjuet, har fortalt om tilbakeslag og at de av ulike årsaker i perioder ikke fulgte opp kontrakten sin. Brukerne framhever nettopp det positive i at det er rom for nedturer og (midlertidig) nedjustering av målsettingene. Dette blir håndtert uten at det får karakter av å være et nederlag, men snarere et skritt på veien. En annen faktor som brukerne legger stor vekt på, er at deltakelse i virksomheten ikke er ensbetydende med målsetting om overgang til Aetat. For brukerne er det positivt at de kan delta på virksomhetens tiltak, men uten å føle press og forventninger om at de skal ”sluses” videre til Aetat.

4.4.3 De mindre aktive kommunene

Det er tre små og to middels store kommuner som vi kategoriserer som mindre aktive når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak. Dette er kommuner som i løpet av årene som iverksetting av Opptrappingsplanen har pågått, i liten grad har kommet på banen når det gjelder slike tiltak. I tidligere rapportering fra evalueringen har vi pekt på at disse kommunene i det store og hele har jobbet noe tungt med iverksetting av planen sett under ett. Vi har også pekt på flere mulige årsaker til at de er lite aktive når det gjelder arbeidstiltak. Tidligere i kapitlet var vi inne på forskjeller knyttet til lokalt arbeidsmarked. I tillegg har vi vært inne på betydningen av organisatoriske faktorer og samarbeid med andre instanser. Vi har også vært inne på at små kommuner framstår som sårbare, og at tjenesteyting innenfor et område som psykisk helsearbeid er svært personavhengig.

I en av kommunene har det vært betydelige samarbeidsproblemer mellom ledelsen for psykisk helsearbeid og det utøvende personellet. Dette har hatt en bremsende effekt på utvikling av psykisk helsearbeid sett under ett. Da vi foretok den siste datainnsamlingen, var det gjennomført en omorganisering som blant annet innebærer reduksjon fra tre til to organisasjonsnivå og endring av virksomhetsområde som psykisk helsearbeid er tilknyttet. Både ansatte i psykisk helsearbeid og virksomhetsleder uttrykte håp om, og tro på, at den nye organisasjonsmodellen skulle ha en positiv effekt for psykisk helsearbeid. Det ble uttrykt forventning til at de skulle klare å legge den vanskelige perioden bak seg og sette inn energien på å utvikle det psykiske helsearbeidet som helhet.

Andre årsaker som blir trukket fram, er dårlig økonomi, og det er særlig i en liten og en mellomstor kommune at dette argumentet brukes. Eksempelvis sier en av psykiatrikoordinatorerne at den vesentligste hindringen for å få folk i arbeid er den dårlige økonomien i kommunen som bl.a. fører til at kommunen er lite villig til å ta inn arbeidstakere med nedsatt kapasitet. I en av disse kommunene planlegger en å opprette en arbeidsgruppe som skal ta seg av forefallende arbeid i kommunen⁶. Det blir også sagt at tiltak innen arbeid og fritid gjenstår i forbindelse med Opptappingsplanen, men at de vil bli vektlagt ved neste rulling. I den andre kommunen blir det hevdet at de ikke har økonomi til å gjennomføre tiltak i Opptappingsplanen. Leder for avdelingen mener at satsing på psykisk helsearbeid går ut over andre områder, eksempelvis sykehjemmet hvor de har måttet redusere bemanningen. I kommunen har de nok med å sørge for at brukerne har et egnet botilbud og får nødvendig helse- og omsorgstilbud. Tiltak rettet mot arbeid (og fritid) må komme i annen rekke. Det blir også uttrykt bekymring for hvordan de skal klare å opprettholde tjenestenivået innen psykisk helsearbeid når opptappingsperioden er over. Når det gjelder den økonomiske situasjonen til case-kommunene, viser en oppdatering av kommunenes økonomiske situasjon (Langørgen m.fl. 2006) at den mellomstore kommunen nå ligger i gruppen lave disponible inntekter, mens den da evalueringen startet, lå i gruppen middels. Den lille kommunen tilhører gruppen lave disponible inntekter, noe som er uforandret. Men i løpet av evalueringsperioden har det skjedd en forskyvning fra gruppen middels til lav disponibel inntekt. I følge oppdateringen til Langørgen m.fl. (ibid.) ligger nå hele sju av de 12 case-kommunene i gruppen lav disponibel inntekt, mens det var tre i denne gruppen da evalueringen startet.

Samarbeidet med Aetat varierer i disse fem kommunene. Men i det store og hele er det sporadisk, og i den grad det forekommer, skjer det i forbindelse med enkeltbrukere, eksempelvis ansvarsgruppemøter.

⁶ Sommeren 2006 viser det seg at på grunn av kapasitetsproblemer er arbeidet med gruppen lagt på is.

Vi har sett at arbeidsrelaterte tiltak får begrenset oppmerksomhet blant ansatte i psykisk helsearbeid i disse fem kommunene. Som vi har nevnt flere ganger, spiller faktorer i tilknytning til arbeidsmarkedet en ikke uvesentlig rolle i denne sammenhengen, og det er åpenbart at mulighetene er større for å legge til rette for slike tiltak i store kommuner. Men etter vår vurdering er det for enkelt å bare henvise til slike faktorer som begrunnelse for manglende aktivitet på området. Vi begrunner denne oppfatningen med at materialet faktisk inneholder en liten og to middels store kommuner hvor en har aktivitet og oppmerksomhet rettet mot arbeidsrelaterte tiltak. Et trekk ved disse kommunene er at ansatte i psykisk helsearbeid også fokuserer på slike tiltak, og de benytter de mulighetene som er til stede. En slik mulighet i den lille kommunen er en arbeidsmarkedsbedrift som de samarbeider godt med og bruker i stor grad. Også de passive kommunene har slik bedrift enten i egen kommune eller i nabokommune, men uten at det er blitt utviklet tilsvarende samarbeid. Nå er selvfølgelig slikt samarbeid avhengig av begge parter, og vi er klar over at fra kommunenes side blir det vist til at bedriften har liten kapasitet, og det er lang ventetid. Et annet ”grep” som i liten grad har vært brakt på banen, er samarbeid med nabokommune(r). Vi er selvfølgelig klar over at et slikt forslag vil bli møtt med en rekke motargument, bl.a. i tilknytning til avstander og dårlig offentlig kommunikasjon. Vårt hovedpoeng er imidlertid at i de mindre og aktive kommunene er en åpen og søker etter nye muligheter. Vi vil hevde at selv om de små kommunene er sårbare og har begrensede ressurser å spille på, er det mulig å få til en del gjennom å ha en offensiv holdning til å legge til rette for arbeidsrelaterte tiltak. Det gjelder først og fremst for brukere som ønsker eller trenger et tilbud som er mer forpliktende enn det aktivitetssentrene i disse kommunene tilbyr, men som av ulike årsaker ikke kan benytte Aetats tiltak. For en del brukere vil slike tiltak være en forutsetning for at de etter hvert skal kunne benytte tilbudene til Aetat. I Opptrappingsplanens pkt. 4.7 (St.prp. nr. 63 (1997-98)) blir det tatt til orde for økt satsing på tiltak som kan bidra til at flere med psykiske lidelser kan komme i arbeid. Det blir pekt på at utbygging av aktivitetstiltak i kommunene må ses i sammenheng med mulighetene for å bringe folk med psykiske lidelser tilbake til arbeidslivet. Dette ses i sammenheng med å utvikle tilbud som fører til at flere skal kunne benytte Aetats tiltak.

4.5 Oppsummering og konklusjon

Vi innledet kapitlet med å kaste et blikk på norsk og internasjonal forskning når det gjelder tilknytning til arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser. Det

er imidlertid begrenset hva som er gjennomført av undersøkelser her i landet vedrørende inkludering i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser. Men undersøkelser av virkninger av atferdingstiltak indikerer at denne gruppen har mindre sannsynlighet for å komme tilbake til arbeidslivet enn folk med somatiske lidelser. Det blir imidlertid pekt på at effekt av tiltak kommer senere i forløpet, og at nedsatt effekt av tiltak til en viss grad kan kompenseres for ved å forlenge tiden i tiltak. Ett unntak er deltakere på tiltaket Arbeid med bistand, som synes å være gunstig for folk med psykisk lidelse. Dette er for øvrig i tråd med amerikanske undersøkelser. Det blir pekt på at ulike tiltak som er basert på tradisjonell yrkesopplæring, evt. forberedelse til slik opplæring, er lite hensiktsmessige for denne gruppen, men likevel er det slike tiltaksopplegg som brukes mest. Dette er gjerne langvarige forløp hvor deltakerne gradvis blir ledet inn i arbeidslivet når sykdommen bedrer seg. Faktorer som kjennetegner opplegg som jevnt over har god effekt, er at behandling og arbeidstrening går hånd i hånd, og at det gis nødvendig støtte og oppfølging på arbeidsplassen. Veiledning, motivering og omsorg i arbeidssituasjonen blir trukket fram. Dette er opplegg som tilsvarer prinsippene for Arbeid med bistand (Supported employment). Det blir også lagt vekt på at dersom arbeidsrelaterte tiltak settes i verk tidlig i sykdomsforløpet, øker sannsynligheten for å unngå lange perioder med arbeidsudyktighet.

Et sentralt spørsmål i vår evaluering er hva kommunene gjør på dette feltet. Det innebærer hvordan de legger til rette for at mennesker med psykiske lidelser, i den grad det er mulig, skal inkluderes i arbeidslivet. Vi har fulgt utviklingen i våre 12 case-kommuner siden 2002. Den første kartleggingen viste betydelige forskjeller mellom kommunene, og at det var de fire største som var best i gang med slike tiltak. Disse kommunene var også godt i gang med oppfølging av Opptrappingsplanen i det store og hele. I løpet av mellomperioden kom to av de mellomstore og én av de små kommunene også i gang med tiltak på vårt felt, mens det skjedde lite i de resterende fem kommunene. Situasjonen nå er en todeling mellom sju aktive og fem mindre aktive kommuner. I den siste gruppen er det lite oppmerksomhet og engasjement i forbindelse med arbeidsrelaterte spørsmål, og årsakene er selvfølgelig sammensatte. En iøynefallende forskjell er ulikhet koplet til lokalt arbeidsmarked, og hvor de store kommunene selvfølgelig har fordeler. Men blant case-kommunene er det én liten og to mellomstore som også er aktive på feltet. Karakteristiske trekk ved disse kommunene er at de i stor grad utnytter de mulighetene som ligger lokalt. Ansatte i psykisk helsearbeid har god lokalkunnskap, og har kjennskap til potensielle arbeidsgivere, noe de drar nytte av for å finne lokale tiltaksplasser. I tillegg har de godt samarbeid med lokal arbeidsmarkedsbedrift eller aktivitetssenter som har utviklet varierte, men forpliktende opplegg, til dels i samarbeid med Aetat.

De store kommunene har lagt opp virksomheten koplet til arbeidstiltak for målgruppen på ulike måter, men det er også klare likhetsrekk. I de aktive kommunene har utvikling av tiltak skjedd ved kapasitetsøkning innenfor bestående virksomheter, ved knoppsyting fra slik virksomhet og gjennom engasjement, åpenhet og vilje/evne til nytenkning hos ansatte når det gjelder å finne fram til individuelle løsninger. Ut fra vår vurdering er det i disse fire kommunene utviklet et bredt spekter av tiltak, og det er bevissthet og engasjement knyttet til nødvendigheten av å legge til rette for at brukerne kan få en meningsfylt hverdag. Sammen med tiltaksapparatet til Aetat har en i de fire kommunene nødvendige virkemidler for å utvikle hensiktsmessige tiltaksopplegg for den enkelte bruker. Knapphetsfaktoren er imidlertid kapasitet, og det gjelder hele spekteret av virkemidler. Med andre ord er det ikke først og fremst utvikling av nye virkemidler det er behov for, men kapasitetsøkning innenfor det etablerte apparatet. Vi har imidlertid presisert at dette ikke innebærer at disse kommunene skal gå videre kun i de opptråkkede sporene. Engasjement, åpenhet og nytenkning er forutsetninger for videre utvikling innenfor det virkemiddelapparatet som er etablert i kommunene.

På bakgrunn av praksis i disse store case-kommunene har vi gitt eksempel på ”god praksis”. Følgende fire trekk er karakteristiske for virksomheten: For det første er arbeidsrelatert virksomhet blitt *synliggjort* ved å opprette en egen enhet. Det er personale som arbeider kun med dette feltet, det avsettes midler over budsjettet m.v. På denne måten gis det signaler til omgiveslene om at dette er et viktig arbeidsområde innenfor psykisk helsearbeid. Synliggjøring av prosjektene har betydning overfor potensielle arbeidsgivere innen både private og offentlige bedrifter, ansatte i andre offentlige virksomheter på både kommunalt og statlig nivå, kommunens politikere og befolkningen generelt. Ytterligere en effekt av å synliggjøre den arbeidsrelaterte virksomheten er at det kan bidra til å ”alminneliggjøre” psykisk sykdom. Det andre trekket vi har pekt på, er *balanse mellom fleksibilitet og klare regler, rutiner, grenser*. Brukere med psykiske lidelser trenger fleksibilitet i arbeids-/tiltakssituasjonen, samtidig som det kan være nødvendig med faste rutiner og klare grenser. Balansegangen her kan være en utfordring. Den tredje faktoren vi har trukket fram, er *kreativitet*. Det gjelder både til å utvikle et spekter av virkemidler og til å se muligheter for den enkelte bruker. Den siste faktoren vi har pekt på, er *metodikken* som er utviklet. Ut fra tilbakemeldingene fra brukerne ser det ut som om en har lyktes med å gi formuleringer av typen ”å ta brukerne på alvor”, ”være medansvarlig for egen situasjon” etc. et meningsfylt innhold. Eksempelvis synes det som om balansegangen mellom å gi brukerne nødvendig støtte og trygghet, samtidig som mulighetene for progresjon ikke hemmes, blir ivaretatt på tilfredsstillende måte.

5 FRITIDSTILTAK

5.1 Innledning

En innholdsrik fritid er viktig for folks livskvalitet. Det offentliges satsing på ”kultur og helse” understreker dette. I 1995/96 startet Sosial- og helsedepartementet (SHD), Kulturdepartementet, Norsk kulturråd og Rikskonsertene, samt flere kommuner og fylkeskommuner samarbeid om forsøksvirksomhet innen tematikken. Departementet hadde omkring 21 lokale prosjekter, bl.a. i samarbeid med Rikskonsertene, mens Kulturrådet hadde satsingen ”Kultur gir helse” i et utvalg kommuner i landet. Det sistnevnte ble evaluert av NIBR som ga en stort sett positiv vurdering av prosjektet (Baklien/Carlsson 2000). Sentralt innen hele ”kultur og helse-satsingen” har vært å få til samarbeid lokalt mellom offentlige etater, helseinstitusjoner og frivillige organisasjoner.

Også i psykiatrimeldingen *Åpenhet og helhet* (St.meld. nr. 25 (1996-97): 42) blir samarbeidet med det lokale kultur- og foreningsliv trukket fram: ”Disse aktivitetene som er rettet mot alle slags mennesker, vil ofte kunne være særlig betydningsfulle for mennesker som trenger hjelp til å fungere sosialt.” Og senere, med referanse til ”kultur og helse-satsingen” nevnt ovenfor, heter det: ”Særlig gis det støtte til forsøksaktiviteter i kommuner som ønsker å integrere folk med psykiske problemer i kulturaktiviteter som også er åpne for andre i lokalmiljøet.” I NOUen om styrking av folkehelsearbeidet, *Det er bruk for alle* (NOU 1998: 18: 228), blir også de frivillige organisasjonene trukket fram, ikke kun som produsenter av helsetjenester (jf. Røde kors, Bymisjonen etc.), men også fordi:

Frivillig innsats har også en egenverdi gjennom å skape identitet og tilhørighet i et sosialt nettverk. Deltakelse i frivillig arbeid representerer for mange sammenhenger der de får delta og blir tatt på alvor, der de kan realisere ulike sider ved seg selv og være til nytte for andre.

Å kople inn de frivillige organisasjonene i tilretteleggingen av fritidsaktiviteter er altså viktig. I avsnittet ”Utbygging av kultur- og fritidstiltak” (4.2.6) i Opptrappingsplanen påpekes det at disse forholdene til nå i liten grad har inngått i de kommunale planene. Forslaget i Opptrappingsplanen er derfor: ”Omfanget av kultur og fritidstilbud bygges gradvis ut slik at 15 000 flere personer får et tilbud ved utgangen av planperioden, svarende om lag 120 mill. kroner i økte

driftsutgifter.” Støtten skal her gå til fritidsassistenter, reiseutgifter og utgifter til tilstelninger mv. i regi av organisasjoner, institusjoner, etater osv. I rundskrivnet om oppfølging av Opptappingsplanen i kommunene står det: ”Kommunene oppfordres til å integrere mennesker med psykiske lidelser i eksisterende kultur- og fritidsaktivitet. Samarbeidet med lokale kulturorganisasjoner, menigheter og virksomheter vil være et naturlig ledd i dette” (1-4/99: avsnitt 4.7). Videre kan de frivillige organisasjonene utgjøre en viktig ressurs ved rekruttering av støttekontakter, som er et annet av Opptappingsplanens mål – hele 10 000 flere skal få tilbud om støttekontakt.

I Statsbudsjettet for 2006 (St. prp. nr. 1 (2005-2006): 181) understrekes det at kommunen fortsatt bør vektlegge brukernes mulighet ”til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon”. Videre anslås det at det fra 1998 til 2004 har vært en faktisk kapasitetsøkning på 351 årsverk innen tiltaket aktivitetstilbud mv. En har ikke satt konkrete måltall for dette arbeidet, med antyder et nivå på 720 årsverk ved opptappingsplanens slutt. Dette indikerer en viss økning i innsatsen på dette området i tiden framover.

Vårt utgangspunkt er at deltagelse i frivillig organisasjonsliv gir mulighet for sosial integrasjon og utfoldelse som kan bedre livskvaliteten til den enkelte. Personer med psykiske lidelser har ofte angst, som kan føre til isolasjon, som igjen kan forsterke lidelsene. Det vil altså være viktig å bryte denne onde sirkelen, både for å forebygge psykiske lidelser og for å rehabilitere personer med psykiske lidelser. Som vist innledningsvis spør vi her om:

- Hvorvidt og i tilfelle hvordan har kommunene involvert de frivillige organisasjonene for å skape en meningsfylt fritid for personer med langvarige psykiske lidelser?

Før vi går videre, vil vi avklare innholdet i et par sentrale begreper. Det er for det første begrepet ”frivillige organisasjoner”. Med dette mener vi det som med en sekkebetegnelse kan kalles for kultur- og fritidsorganisasjoner: dvs. idrettsorganisasjoner, et bredt spekter av kulturorganisasjoner, religiøse foreninger og hobbyforeninger. Vårt hovedfokus har følgelig vært rettet mot organisasjoner som jobber for en annen sak, men der tilrettelegging for og inkludering av mennesker med psykiske lidelser kan sees som en positiv tilleggsfunksjon. Utenom disse er også sosiale- og humanitære organisasjoner inkludert, dvs. organisasjoner viss siktemål er å jobbe for andre. I utgangspunktet fokuserte vi i mindre grad på brukerorganisasjoner som Mental Helse og Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP).

Med ”involvering” av frivillige organisasjoner mener vi hovedsakelig to former: For det ene at organisasjonen åpner for, og tar spesielle initiativ til at

mennesker med psykiske lidelser blir aktive deltakere. For det andre at organisasjonen har tilbud rettet spesielt mot mennesker med psykiske lidelser. Denne siste delen omfatter ikke-profesjonell/kommersiell tjenesteyting. Involvering vil innebære både at kommunen tar kontakt med frivillige organisasjoner, og at de frivillige organisasjonene tilbyr sine "tjenester" overfor kommunen. Samarbeidet mellom det offentlige og frivillige organisasjoner er følgelig viktig å få kartlagt.

Flere sentrale frivillighetsforskere har påpekt at det en kan kalle frivillighetsfeltet, er i endring (jf. Lorentzen 1994, Selle og Øymyr 1995, Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000). Disse endringene er imidlertid hovedsakelig av innholdsmessig og kvalitativ karakter; andelen medlemskap, gjennomsnittlig antall medlemsskap og graden av aktivitet har ikke endret seg vesentlig de siste 15-20 årene (Andersen 1999, Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000). Tendensen synes å være at individualiseringen forsterkes, dvs. folk i større og større grad "shopper" aktivitet og medlemskap. Ønsket om å involvere seg i en organisasjon, overfor andre medlemmer i organisasjonen og overfor andre utenom organisasjonen, blir mindre. Dreiningen i medlemstall fra "for andre"- til "for seg selv"-organisasjoner kan peke i en slik retning. En slik utvikling vil ikke umiddelbart framstå som et positivt utviklingstrekk med henblikk på å integrere marginaliserte grupper – i vårt tilfelle personer med langvarige psykiske lidelser. Imidlertid vil en økt vektlegging av det lokale på bekostning av nasjonale spørsmål, som er en annen tendens, kunne bidra til en økt innsats for å få til velfungerende og inkluderende lokalmiljø. Det kan også være slik at et økende fokus på innteksbringende prosjekter i organisasjonene, vil kunne føre til at de vil være aktive overfor kommunen for å få tilgang på midlene knyttet til Opptrappingsplanen. Organisasjonenes legitimitet ved å være "nyttige" er viktig i denne sammenheng.

Imidlertid er vår erfaring fra den første runden i evalueringen at de frivillige organisasjonene, her forstått som kultur- og fritidsorganisasjonene, i liten grad er blitt involvert i arbeidet med Opptrappingsplanen. Grunnet dette er å besvare problemstilling "hvordan involvert" og ikke minst, "om hvordan involvering av frivillige organisasjoner har påvirket holdningen til og kunnskapen om psykiske lidelser blant medlemmene" (se innledning), er følgelig svært mangelfullt. Vi har derfor supplert med en skandinavisk litteraturstudie om tematikken frivillige organisasjoner og fritidstiltak for personer med psykisk lidelse. Dessuten har vi gjennomført noen intervjuer med representanter for kultur- og fri-

tidsorganisasjoner i kommuner der det ikke er etablert noe samarbeid.⁷ Men først et kort tilbakeblikk på situasjonen rundt 2002.

5.2 Kort tilbakeblikk

Den første situasjonsrapporten (Bergsgard m.fl. 2003) viste at det ikke var etablert samarbeid mellom kommunene og kultur- og fritidsorganisasjoner. Det var heller ingen av partene som hadde tatt noe initiativ for å få i stand slikt samarbeid. Kultur- og fritidsorganisasjonene ble heller ikke brukt som rekrutteringsarena for støttekontakter. I flere av kommunene ble det imidlertid henvist til Frivillighetssentralen og til brukerorganisasjonene Mental Helse og LPP. Frivillighetssentralenes tilbud var, med unntak av en kommune, ikke rettet spesielt mot personer med psykiske lidelser. Tiltaket som var etablert i denne ene kommunen, var et ukentlig tilbud om å gå på tur. I Sintef Helses landsdekkende undersøkelse fra 2001 kom det fram at over halvparten av kommunene hadde en form for relasjon til frivillige organisasjoner om psykisk helsearbeid, enten i form av pengestøtte eller i form av samarbeid om tiltak, eller i form av begge deler (Kalseth 2003, 2005). Samarbeidet var mer omfattende i større kommuner. Omkring ¼ av kommunene samarbeidet med organisasjonene om kultur- og fritidstiltak, men det var Mental Helse som i første rekke var samarbeidspartner til kommunene. Situasjonen rundt 2001/2002 tyder følgelig på at det er et visst samarbeid mellom kommune og frivillige organisasjoner om målgruppen, også om kultur- og fritidstiltak, men at det i all hovedsak er Mental Helse, evt. andre brukerorganisasjoner eller frivillighetssentraler, og ikke kultur- og fritidsorganisasjonene som er samarbeidspartnerne.

Når det gjelder fritids- og kulturtiltak i breiere forstand, viste undersøkelsen fra første fase av evalueringen at det var gjort noen tiltak, særskilt i de større byene. Her har en blant annet ansatt kultur-/fritidskonsulenter på Opptrapingsmidler for å legge til rette for kulturtiltak for brukergruppen. Fokuset var imidlertid på profesjonelle kunst- og kulturarbeidere, både i forbindelse med brukernes kulturkonsum og med deres egenaktivitet innen kulturområdet. Dette bildet blir supplert av Sintef Helses undersøkelse, der det kommer fram at 1 av

⁷ Valg av organisasjon(er) ble gjort på bakgrunn av opplysninger fra vår kontaktperson om hvilke organisasjoner som var store og aktive i kommunen. Konkret kontaktet vi lederen/en person som vi fikk opplyst var sentral i organisasjonen. Organisasjoner som er representert er idrettslag, helsesportslag, kunst og kulturorganisasjon og humanitære organisasjoner. Vi har snakket med ca 10 personer.

8 kommuner i 2001 hadde et tilbud om fritidsassistent for målgrupper, og det var de større kommunene som var mest aktive på området (Kalseth 2003).⁸

De to oppdateringene av situasjonen som er gjort i perioden mellom evalueringens oppstart og denne siste intervjuunden, har vist at bildet langt på vei er uforandret (Flermoen 2003 og 2005). Frivillige organisasjoner har ikke vært på banen verken for å etablere spesielle fritidstilbud for mennesker med psykiske lidelser, eller for å legge til rette for inkludering i organisasjonens ordinære virksomhet. Kommunene har heller ikke tatt initiativ overfor noen av organisasjonene. Fra kommunenes side ble det vist til brukerorganisasjonene og Frivillighetssentralen.

Så langt vi har brakt i erfaring, var det ingen av Frivillighetssentralene som hadde tilbud spesielt for folk med psykiske lidelser. Tilbudet er også nedlagt i den ene kommunen som i første fase av evalueringen hadde et ukentlig turtilbud. Vi fikk opplyst at årsaken var manglende oppslutning. Frivillighetssentralene la vekt på at de ønsker å ha tilbud som favner bredt i befolkningen i stedet for å være rettet mot spesielle grupper. Som et hovedprinsipp mente de at psykisk syke mennesker bør integreres i de vanlige aktivitetene. Det ble imidlertid også sagt at de kan være åpne for å etablere tilbud rettet spesielt mot denne gruppen, men så langt hadde de ikke fått noen henvendelser om det.

I det hele tatt kan det se ut som at det er et ønske fra kommunalt hold om å utvikle samarbeidet med kultur- og fritidsorganisasjoner. Dette kommer til uttrykk både i psykiatriplanene og i de intervjuene vi gjennomførte i første fase. Og, som vi skal komme innom seinere, har kultur- og fritidsenheten eller lignende i noen av de større bykommunene satt i gang prosjekter som innebærer samarbeid med ulike frivillige organisasjoner.

5.3 Utsyn - en skandinavisk litteraturstudie

Som nevnt viser funn i vår evaluering at det frivillige engasjementet overfor personer med psykiske lidelser i liten grad er til stede. På bakgrunn av dette ønsket vi å se nærmere på hvilke erfaringer man har i andre land knyttet til frivillig engasjement og psykisk helse. Vi har derfor gjennomført en studie av

⁸ Den motsatte tendensen kom fram når det gjaldt støttekontakter; det var de mindre kommunene som hadde høyest brukerrate og dekningsgrad for denne tjenesten. Dette kan kanskje tolkes som at det er lettere å finne fram til støttekontakter i mindre kommuner, mens de større kommunene i større grad vektlegger mer eller mindre betalte fritidsassistenter.

dansk og svensk litteratur om frivillighet og psykisk helse⁹, med følgende problemstillinger som utgangspunkt:

- Hvilke erfaringer og hvilken kunnskap har en i andre land knyttet til frivillig arbeid og engasjement overfor personer med psykiske lidelser?
- Finnes det litteratur som trekker fram gode eksempler på frivillig arbeid og engasjement rettet mot personer med psykiske lidelser?

I denne delen av kapitlet vil vi trekke fram sentrale tema og eksempler fra litteraturen som er gjennomgått. Først vil vi komme inn på hva svenske og danske studier sier om betydningen av å ha en meningsfylt fritid, sett fra et brukerståsted. Deretter vil vi drøfte ulike momenter knyttet til samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige, før vi til slutt trekker fram noen konkrete eksempler på frivillige prosjekter og aktiviteter rettet mot personer med psykiske lidelser. Det viser seg imidlertid at funnene fra evalueringen av den norske Opptrappingsplanen i stor grad ser ut til å stemme med situasjonen også i Sverige og Danmark, da det finnes begrenset med litteratur som går direkte på frivillig arbeid rettet mot personer med psykiske lidelser også i disse landene. En del av eksemplene og temaene her vil derfor være knyttet til frivillig sosialt arbeid mer generelt.

⁹Når det gjelder litteraturundersøkelsens utvalg av land, har vi begrenset oss til å se på land i Skandinavia. Dette først og fremst på grunn av sammenlignbarheten mellom Norge, Sverige og Danmark, både når det gjelder den frivillige sektors historie og omfang og forhold knyttet til velferdsstatens oppbygging og historie (Helander og Sivesind 2001, Skov Henriksen og Ibsen 2001). Land som Storbritannia og USA har for eksempel en helt annen tradisjon for frivillig arbeid og veldedighet, der brukes begreper og sektorbetegnelser som ikke er like enkle å overføre til norske forhold. Ofte ses Norden under ett i forbindelse med beskrivelser av karakteristiske trekk ved frivillighet og offentlige velferdssystemer (ibid.), men finsk og islandsk litteratur er ikke tatt med i undersøkelsen på grunn av de språklige utfordringer som litteratur fra disse landene gir. I litteraturundersøkelsen har vi først og fremst vært på jakt etter forskningsrapporter og vitenskapelige artikler, men vi har til dels også trukket inn annen relevant litteratur, for eksempel offentlige dokumenter og statlige og kommunale rapporter og evalueringer. For å finne fram til relevant litteratur har det blitt foretatt søk fra ulike litteraturbaser på internett. Den norske www.bibsys.no, den tilsvarende svenske www.libris.se, den nordiske litteraturbasen BDI-index, samt den internasjonale søkebasen www.isiwebofknowledge.com er eksempler på slike litteraturbaser. I tillegg har det blitt foretatt litteratursøk på nettsteder knyttet til frivillige organisasjoner og frivillig arbeid, bl.a. www.socialforum.se, www.socialanatet.com, www.frivillighed.dk, og www.frivillig.no. Internasjonale nettsteder om frivillighet og forskning på frivillighet, for eksempel nettsidene til The European Volunteer Centre og The John Hopkins University Comparative Non Profit Sector Project, har også blitt brukt i undersøkelsen. I tillegg har vi søkt i offentlige nettsider knyttet til helse- og sosialsektoren: www.socialstyrelsen.se, www.socialvetenskap.se, www.social.dk, www.sosialpsykiatri.dk er eksempler på slike sider. Undersøkelsen tar imidlertid ikke mål av seg til å gjengi eller gjennomgå all relevant litteratur som finnes om de omtalte emnene. Undersøkelsen har snarere vært et forsøk på å trekke fram noen eksempler og erfaringer som har overføringsverdi og relevans for det videre arbeidet med den norske opptrappingsplanen for psykisk helse.

5.3.1 *Betydningen av å ha en meningsfylt fritid*

Fra det offentlige side blir det framhevet at personer med psykiske lidelser skal kunne ha en meningsfylt fritid med muligheter for å delta i sosiale aktiviteter og være en del av sosiale nettverk. Både opptrappingsplanen og vår evaluering av denne har som utgangspunkt at deltagelse i frivillige aktiviteter gir muligheter for sosial integrasjon og utfoldelse som kan bedre livskvaliteten til den enkelte. En meningsfylt fritid kan bidra både til forebygging av psykisk lidelse og til rehabilitering av personer med psykiske lidelser. Det sies også i Opptrappingsplanens mål- og verdigrunnlag at brukerne har grunnleggende behov for ”å delta i meningsfylt aktivitet”, og ”å bryte sosial isolasjon og ha mulighet for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes egne premisser og i et meningsfylt fellesskap” (St.prp. nr. 63, (1997-98), kap.1.2). Et annet uttalt mål i Opptrappingsplanen er brukermedvirkning: ”Planen prioriterer brukerrettede tiltak med utgangspunkt i respekt for den enkelte og et mål om at brukermedvirkning skal bidra til tjenestenes kvalitet” (kap. 4.1). Tidligere studier har imidlertid vist at brukernes livsverden og forståelse av situasjonen de er i, lett kan bli oversett som grunnlag for å utarbeide og sette i gang tiltak (Bergsgard og Løyland 1998, Bergsgard, Bjørnholt og Brandtzæg 2000). Hva sier så den skandinaviske litteraturen om *brukernes* forståelse av frivillige aktiviteter og tiltak: Hva er avgjørende for at brukerne skal trives med og benytte seg av et frivillig tilbud? Hvilke holdninger har de til frivillige tiltak og frivillige hjelpetilbud? Og når er brukerne eventuelt mindre fornøyde?

Det finnes ikke mange norske undersøkelser om frivillighet med et brukerperspektiv. En av de få undersøkelsene med brukerperspektiv er Drevland og Schjelderups arbeid fra så langt tilbake som 1993. De har intervjuet både ledere, frivillige og brukere i ulike organisasjoner som driver med frivillig sosialt arbeid. Drevland og Schjelderups har erfart at ”hjelpemottakernes erfaringer med og oppfatninger av de frivillige sosiale hjelpetilbudene hovedsaklig er svært positive” (1993:34). Undersøkelsen deres viser videre at det frivillige arbeidet har en rekke funksjoner sett fra brukernes ståsted. De fleste brukerne har hatt frivillige tiltak som supplement til offentlige tilbud, og de mener de har fått en eller flere av disse formene for hjelp: ”Sosial kontakt og mulighet for å utvikle egne sosiale nettverk, støtte og omsorg i en vanskelig situasjon, hjelp med praktiske ting og økt kunnskap gjennom informasjon og rådgiving” (1993:40). Forfatterne oppsummerer undersøkelsen med å hevde at brukerne de har vært i kontakt med, ”både har fått praktiske hjelpetilbud som har avlastet deres praktiske og sosiale situasjon, at hjelpen i mange sammenhenger har hatt et forebyggende element ved at problemer ikke har fått utviklet seg eller forsterket seg, og

at kontakten med organisasjonene har åpnet for muligheter for utvikling og styrking av deres sosiale nettverk”.

I en evaluering av de norske frivillighetssentralene blir det også fokusert på hvordan brukerne opplevde de ulike frivillige hjelpetiltakene (Lorentzen m.fl. 1995). I vår sammenheng er det brukergruppen som i evalueringen av frivillighetssentralene går under samlebetegnelsen ”De kontaktsøkende” som det er mest relevant å fokusere på. De ”kontaktsøkende” brukerne hadde ulike sosiale eller mentale problemer, og den typiske brukeren her var sosialt isolert og hadde vanskeligheter med å takle hverdagen alene, ofte på grunn av angst, høy alder eller fysiske handikap. Disse brukernes største ønske var å ”ha noen å prate med” eller være sammen med når dagene ble lange. Den frivillige hjelpen de mottok var ofte en kombinasjon mellom sosial kontakt og hjelp med praktiske gjøremål (Lorentzen m.fl. 1995:86). De fleste kontaktsøkende brukerne mottok en eller annen form for offentlig hjelp i tillegg til den frivillige hjelpen, og evalueringen viste at de fleste brukerne så på innholdet i de to hjelpetilbudene som kvalitativt forskjellig. Den sosiale støtten som de frivillige kunne gi, ble framhevet som noe man ikke fikk gjennom det offentlige hjelpeapparatet. Den personlige kontakten brukerne fikk med de frivillige, samt de frivilliges avslappede forhold til tidsbruk og lengde på besøket, ble også trukket fram som kvaliteter som ikke var tilstede i like stor grad i møte med det offentlige, for eksempel gjennom besøk av hjemmehjelpen. Brukerne satte ofte mer pris på å få hjelp fra noen som virkelig ville det, enn fra noen som hadde det som jobb. De frivillige ble altså ikke forstått som ”fagfolk”, noe som skapte en mer gjensidig og likeverdig relasjon mellom brukerne og de frivillige enn hva som var tilfelle i relasjonen mellom brukerne og de profesjonelle hjelpere. En kvinne uttrykte det slik:

For meg spiller det egentlig ingen rolle om den hjelpen jeg får, er frivillig eller offentlig. Men jeg går ut ifra at de som melder seg som frivillige, er interessert i å gjøre en innsats selv, og det er vel koseligere enn en som har det som jobb. Mange vil vel føle det som skuffende at folk tar betalt for å være sammen med dem (Lorentzen m.fl. 1995:90).

I litteraturundersøkelsen fant vi lignende erfaringer i en del svensk litteratur. En av hovedmålsetningene med den svenske psykiatireformen, som trådte i kraft i 1995, var at mennesker med psykiske lidelser skulle få samme mulighet til å delta i samfunnets fellesskap som alle andre (Markström 2004). I en evaluering av reformen pekes det på at denne målsetningen ikke er oppfylt, og det hevdes at behovet for å få en meningsfylt hverdag og fritid fortsatt er stort for mange mennesker med psykiske lidelser i Sverige (ibid.). Som i Norge, anses frivillige

organisasjoner og tiltak som mulige løsninger på problemene knyttet til å skape en mer meningsfylt hverdag for personer med psykiske lidelser. Brukernes egne synspunkter er naturligvis viktige i denne sammenhengen, men i likhet med i Norge, finnes det få svenske studier som ser på frivillige tiltak og aktiviteter ut fra et brukerperspektiv (Socialstyrelsen 2002). Denne undersøkelsen ser derfor nærmere på frivillig sosialt arbeid i et brukerperspektiv, og en har intervjuet brukere av ulike typer frivillige tilbud. Tilbakemeldingene fra brukerne er stort sett positive. Brukerne framhever at de frivillige tilbudene har en annen ”stemning” enn de offentlige tilbudene de har benyttet seg av: atmosfæren og sjargongen der preges av varme og fellesskap. I møtet med de frivillige føler brukerne seg mer respektert og mindre kontrollert enn i møtet med profesjonelle sosialarbeidere: én bruker uttaler at han ”kjänner sig som en människa” sammen med frivillige, han er ”tryggare på nåt sätt” (ibid. 2002:41). Det at frivillige hjelpere er der av andre grunner enn for å tjene penger, og at de kanskje har et ideologisk grunnfundament, framheves av brukerne som særskilt gode kvaliteter (ibid.).

Forskerne ville også undersøke hvorvidt brukerne var aktive i forhold til å påvirke organiseringen og innholdet i de frivillige tiltakene de deltok i, men ingen av brukerne forventet at de kunne gjøre det. Brukerne avfant seg med at innholdet i tilbudene var fastlagt på forhånd, og at de hadde akseptert å bli med på disse premisene (ibid. 2002:42).

Også en annen rapport fra Socialstyrelsen (2004) skriver at det knapt finnes noen studie, verken i Sverige eller internasjonalt som belyser ”hur de konkreta mötena mellan personal och brukare inom frivilligorganisationerna ser ut” (2004:9). I rapporten studeres tre ulike frivillige tiltak, to av disse er åpne møteplasser for mennesker med misbruksproblemer og/eller psykiske problemer. Rapporten framhever hvor viktig hverdagslig og ”vanlig” kontakt og samtale er for brukerne (ibid. 2004:47). Omgivelsene for møtene mellom brukerne og de frivillige er også sentrale her: I det ene treffstedet som trekkes fram i undersøkelsen, er det lagt vekt på at lokalene skal være så hverdagslige og uformelle som mulig, slik at brukerne kan føle seg som hjemme. De frivillige på treffstedet arbeider også på en uformell måte: det er deres funksjon som lyttere og samtalepartnere som er særlig viktig. Brukerne framhever i dette tilfellet hvor godt det er å snakke med noen som ikke vet alt om deres sykdomsforløp, problemer og fortid, noe som skaper et mer likeverdig og jevnbyrdig forhold til de frivillige. Det er også viktig for brukerne at de som jobber som frivillige, gjør det ut fra et ønske om å hjelpe, gjerne også ut fra et ideologisk ståsted, noe som skaper helt andre relasjoner enn til de ”nøytrale” offentlige hjelpearbeiderne som får betalt for å hjelpe (ibid.).

Også i dansk litteratur finner vi igjen de samme perspektivene som ovenfor. I en beskrivelse av § 115 i den danske Lov om social service (Socialministeriet 1998), trekkes styrkene ved den frivillige sosiale innsats fram: Frivillig innsats beskrives som særlig viktig for brukergrupper som har behov for å utvikle nære menneskelige relasjoner. En annen styrke ved frivillig innsats ligger i at det her skapes en større likeverdighet mellom frivillig og bruker. I lovbeskrivelsen hevdes det også at frivillig innsats er viktig i en tid hvor sosiale nettverk rundt familien og lokalsamfunnet er under press og muligens i ferd med å svekkes (ibid.). Den danske forskeren Anne Jensen har i sin evaluering av prosjektet "Frivilligt arbejde for sindslidende" intervjuet brukerne av det frivillig drevne møtestedet Café Smilet (Jensen 2000), jf. senere om dette tilbudet. Brukerne av kafeen uttaler seg om det de mener er forskjellene på frivillig og profesjonell omsorg, og de framhever særlig den sosiale kontakten som positiv i møtet med de frivillige:

Brugerne oplever, at deres kontakt med de professionelle psykiatrimedarbejdere er preget af samværsteknik og pseudosocialitet i modsætning til den frivillige, hvor der er en fuld social tilstedeværelse (Jensen 2000:9).

Arbeidet til de frivillige blir i dette tilfellet oppfattet som vesensforskjellig fra den offentlige innsatsen, da verdier som medmenneskelighet, gjensidighet og personlig involvering blir forstått som grunnleggende for det frivillige arbeidet.

Vi kan oppsummert si at de få skandinaviske undersøkelsene som har fokusert på brukernes forståelser og opplevelser, gir et veldig positivt bilde av frivillig tiltak og frivillige arbeidere. Brukerne setter helt tydelig pris på hjelp og støtte som ikke er offentlig, og det er ingen tvil om at brukernes behov for en meningsfylt fritid i noen grad kan oppfylles gjennom frivillige tiltak og aktiviteter. Undersøkelsene vi har referert til her, viser altså at frivillig hjelp og tiltak i mange tilfeller har den funksjonen som Opptappingsplanen legger opp til at den skal ha. Det er likevel viktig å være kritisk til den ensidige "glorifiseringen" av frivillig hjelp, og den på samme tid skarpe kontrasten som noen av undersøkelsene tidvis tegner mellom frivillig og offentlig sektor. Når fokuset er å synliggjøre de verdifulle sidene ved frivillig innsats, kan man risikere å overfokusere på de positive sidene og unnlate å problematisere sider ved frivillig arbeid som er mer problematiske (Drevland og Schjelderup 1993). For frivillige tiltak og frivillig arbeid har også sine begrensninger: tilbudene kan ha ustabil økonomi, og kvaliteten kan variere veldig alt etter hvilke personer som er der. For frivillige kan det oppstå problemer knyttet til taushetsplikt eller brukere med tunge problemer, og for brukere kan manglende kontinuitet og uklare rammer

oppleves som vanskelig i relasjonen til de frivillige. Og selv om de fleste frivillige oppgir at de har edle motiver for å jobbe frivillig (Habermann 1999), finnes det alltid noen såkalte "point-jægere" eller "cv-ryttere", frivillige som er mer opptatt av egen vinning enn av å hjelpe andre (Jensen 2000).

5.3.2 Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige

For at frivillige tiltak skal fungere godt overfor brukerne, er det viktig at samarbeidet mellom den offentlige forvaltningen og de frivillige organisasjonene fungerer tilfredsstillende. Flere studier viser imidlertid at samarbeid mellom ulike aktører kan være vanskelig (Bergsgard og Løyland 1998, Bergsgard, Bjørnholt og Brandtzæg 2000). Ulike aktører har ofte ulik forståelse av samme situasjon – de har forskjellig livsverden og kultur. Ulike fagtradisjoner og ulik organisering kan også være en medvirkende årsak til samarbeidsproblemer (ibid.). Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige er et sentralt tema i mye av litteraturen som er gjennomgått i vår undersøkelse, og en god del studier trekker fram problemer knyttet til samarbeid i forbindelse med frivillig sosialt arbeid. Det finnes imidlertid også eksempler på at samarbeidsrelasjonene mellom frivillige organisasjoner og det offentlige er gode. I den sammenheng er det interessant å se på årsakene til at samarbeid noen ganger fungerer og andre ganger ikke: Hva må til for å skape et godt samarbeid? Hva er årsakene til at eventuelle samarbeidskonflikter oppstår? I hvilken grad er det aktørenes ulike kultur eller livsverden som påvirker eventuelle samarbeidskonflikter?

Det finnes få norske studier som tar opp forhold knyttet til sosialt arbeid og samarbeidsrelasjoner mellom frivillige organisasjoner og det offentlige. En tidligere nevnt undersøkelse (Drevland og Schjelderup 1993) hadde imidlertid samarbeid mellom frivillig og offentlig sektor som et hovedtema. Undersøkelsen viste at skepsisen til frivillige hjelpere var stor blant ansatte i helse- og sosialsektoren på begynnelsen av 1990-tallet. De fant ut at kunnskapen om frivillige var lav hos mange sosialarbeidere, og at sosialkontorene var lite orientert mot ressurser i lokalsamfunnet og i sosialkontorets nærmiljø. De frivillige på sin side, følte ofte at de ikke ble tatt alvorlig, og at de ikke ble behandlet med respekt hvis de tok kontakt med det offentlige hjelpeapparatet med ønske om samarbeid. Drevland og Schjelderup konkluderte med at det så ut til å stå mange hindringer på veien fram mot å få til et organisert samarbeid mellom sosialtjenesten og de frivillige organisasjonene:

Noen av disse hindringene finner vi i lovverket, andre finner vi i strukturen og oppbyggingen av sosialtjenestene og organisasjonene. Men noe av årsakene finner vi også i holdninger, forestillinger og myter. Dette bygger igjen på mangel på kunnskap og kjennskap til hverandre (Drevland og Schjelderup 1993:66).

I tråd med den økte oppmerksomheten som frivillig sektor har fått i de senere år, er det grunn til å tro at situasjonen har endret seg noe siden Drevland og Schjelderup gjorde sin undersøkelse. Lorentzen hevder blant annet at den skepsisen til frivillige organisasjoner som man tidligere så i helse- og sosialsektoren ikke lenger er like sterk, og at frivillig virksomhet i større grad har blitt inkludert i den offentlige velferdsplanleggingen (2001:44). På bakgrunn av en rapport som anbefalte norske kommuner å øke samarbeidet med de frivillige organisasjonene (KOU:3), har KS kartlagt hvorvidt det finnes kommuner som faktisk har et aktivt samarbeid med frivillige organisasjoner, og hvordan samarbeidet eventuelt arter seg (Næringsrådgivning AS 2005). Rapporten trekker fram 10 norske kommuner som alle har iverksatt en kommunal frivillighetspolitikk, og det pekes i den forbindelse på noen ”suksesskriterier” som må til for å kunne skape et godt samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner:

- Kunnskap om teorier og modeller om foreningsliv og frivillighet
- Kunnskap om andre lands frivillighetspolitikk
- Økt bevissthet og kunnskap om hva foreningslivet betyr for tjenesteproduksjon, samfunnsutvikling og demokrati
- Kommunene må vise interesse og være tilgjengelige, ha lokalkunnskap, vise respekt og forståelse for det frivillige arbeidets egenart
- God forankring av samarbeidet på kommunalt ledernivå, politisk som administrativt
- Avklar roller og spilleregler på forhånd
- Kartlegg oppgaver og utarbeid en felles strategi for samarbeidet, der både målsetting, målgrupper og konkrete oppgaver inngår
- Formidle erfaringer fra gode eksempler på samarbeid og samspill mellom kommune og frivillige organisasjoner

Rapporten understreker imidlertid også at kunnskapen omkring samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner er liten i Norge, og det pekes særlig på behovet for mer forskning om dette temaet (ibid.).

Også i Sverige har det i de siste årene blitt satt fokus på ulike former for samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner. Ifølge flere svenske studier (Olsson 1998, 2000, SOU 1993:82, Jönsson 2002, Johansson 2005), ses

ikke lenger frivillig sosialt arbeid på med skepsis blant politikere og ansatte i svenske kommuner, og den frivillige innsatsen blir forstått mer og mer som et supplement eller alternativ til offentlig virksomhet. En studie peker likevel på at samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige ofte kan være mer komplekst og vanskelig enn det man på forhånd tror (Olsson 2000). Til tross for at kommuner og frivillige organisasjoner på mange måter har de samme historiske røttene, har likevel de to organisasjonssystemene utviklet seg forskjellig. Mens kommunene har satset på utdannet og ansatt fagpersonell, baserer frivillige organisasjoner sin virksomhet på frivillig og ubetalt innsats. Kommunene har dessuten store ressurser i form av penger, arbeidskraft, kompetanse og lokaler, som frivillige organisasjoner ikke har tilgang til i like stor grad. Studien setter i den forbindelse fokus på hvilken betydning maktforholdet mellom kommunene og de frivillige organisasjonene har i forhold til å kunne utvikle et godt samarbeid. Olsson hevder kommunene besitter mer makt, både normativ, økonomisk og fysisk makt, enn de frivillige organisasjonene, noe som fører til en ulikhet i samarbeidssituasjonen. Mange samarbeidsprosjekter mislykkes fordi planlegging og organisering ikke er grundig nok, og man har ikke tatt nok hensyn til forskjellene på kommunal og frivillig virksomhet. De samarbeidsprosjektene som har vært vellykkede, har ifølge Olsson tatt langsiktig og god planlegging på alvor, og det har i disse tilfellene vært ansatt en egen prosjektleder med innsikt både i frivillig arbeid og kommunal forvaltning (2000:39).

Den svenske utredningen om frivillig sosialt arbeid fra 1993 peker også på at de vellykkede samarbeidsprosjektene mellom frivillig og offentlig sektor har vært preget av gjensidig respekt for hverandres ulikheter, samt tydelige og ryddige samarbeidsavtaler (SOU 1993:82:189). Selv om utredningen trekker fram noen gode eksempler på samarbeid, beskrives også her relasjonene mellom frivillige organisasjoner og det offentlige ofte som konfliktfylt. Igjen blir det lagt vekt på det ujevne maktforholdet mellom kommunen og de frivillige. Kommunene er som regel den sterkeste part i dette forholdet, særlig fordi det ofte er her pengene til det frivillige arbeidet blir bevilget. Utredningen peker i den sammenheng på faren for at de frivillige organisasjoner mister noe av sitt særpreg, hvis de må endre organiseringen av prosjekter eller innholdet i prosjektene slik at det passer inn i kommunale støtteordninger (ibid.). En helt ny svensk undersøkelse har gått nærmere inn på nettopp dette, og sett på omfanget og utviklingen av den kommunale støtten til sosiale ideelle organisasjoner (Johansson 2005). Studien viser at de kommunale bidragene til frivillige organisasjoner har økt gjennom hele 1990- og 2000-tallet, og den viser også at de aller fleste svenske kommuner har økt sitt samarbeid med frivillige organisasjoner. Johansson hevder imidlertid at hans undersøkelse bekrefter tendensene som har kommet fram i tidligere forskning om at de frivillige organisasjonene blir mer og

mer ”styrt” av kommunene, siden stadig mer av de offentlige bevilgningene øremerkes og underlegges krav om dokumentasjon og rapportering (ibid. 2005:7). På bakgrunn av sine empiriske funn, etterlyser Johansson en grundige- re diskusjon omkring hvilke roller og oppgaver de frivillige organisasjonene skal ha i samarbeidsprosjekter med det offentlige, og han mener også at man må se nærmere på hvordan statens støtteordninger kan bli mer hensiktsmessige i forhold til å opprettholde en demokratisk, selvstendig og innovativ frivillig sek- tor (ibid. 2005:8).

Danmark er antageligvis det nordiske landet som har kommet lengst i å utvikle samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige, dette heng- er sannsynligvis sammen med §115 i Lov om social service, som trådte i kraft i 1998. I loven heter det blant annet at

Sigtet med denne lov er at medvirke til at forbedre betingelserne for den frivillige sociale innsats, gøre den mer synlig i lokalområderne og sikre et bedre samspil med de offentlige sociale tilbud i kommuner og amter (Syberg Henriksen og Hansen 2003).

Loven forplikter de danske kommunene og amtene til å samarbeide med frivil- lige organisasjoner, og det lovfestes også at kommunene og amtene skal støtte de frivillige organisasjonene økonomisk. Rammene for samarbeidet fastlegges imidlertid i de enkelte kommuner/amter, og det legges opp til at man i et lokalt samspill skal finne fram til hensiktsmessige samarbeidsformer (Socialministe- riet 1998:5). En utredning om lovens virkninger fra 2003 viser at det i Danmark har vært vekst i frivillig aktivitet og engasjement som følge av lovfesting, og det hevdes også at samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og offentlig sektor har økt i omfang (Syberg Henriksen og Hansen 2003). Utredningen peker på at den nye loven har ført til større fokus og oppmerksomhet omkring frivillig arbeid i lokalsamfunnene. De frivillige og deres arbeid har blitt mer synlig, både for befolkningen, blant politikere, og i embetsverket. Økt økonomisk støtte til frivillig arbeid forstås av de frivillige organisasjonene som en anerkjennelse av deres virksomhet, og ifølge organisasjonene har bedre økonomi ført til økt kva- litet i det frivillige arbeidet. Kontakten og dialogen mellom de frivillige og det offentlige har dessuten blitt mye mer systematisk enn før (ibid. 2003:20). Selv om de fleste konsekvensene av samarbeidsloven oppleves som positive, er det likevel noen av de frivillige organisasjonene som er kritiske til økt avhengighet av offentlige midler og offentlig styring. På samme måte som i Sverige, frykter noen at kommunene skal styre de frivilliges ressurser og innsats inn mot områ- der og oppgaver som kommunen selv ikke har kapasitet eller økonomi til å iva- reta, og man frykter at det frivillige arbeidets særpreg skal gå tapt (ibid.

2003:22). Dette diskuteres også i norsk forskning, og i evalueringen av de norske frivillighetsentralene heter det blant annet at

Det er grunn til å tro at jo mer økonomisk avhengig en frivillig aktivitet er av midler fra staten, desto mer vil den farges av statlige mål og idealer. Dette er uheldig, i den grad det skjer på bekostning av de idealer og driftsformer som gir organisasjonen dens egenart (Lorentzen, Andersen og Brekke 1995:210).

En dansk undersøkelse ser nærmere på hvilke dilemmaer som reiser seg når kommunene skal trekke frivillige inn i løsningen av sosiale oppgaver (Koch-Nielsen og Michaelsen 2003). De har studert tre ulike case-eksempler på kommunalt initiert frivillig sosialt arbeid, og de ville særlig undersøke hvorvidt frivilligheten i disse tilfellene ble "kolonisert" av et offentlig system, eller om det frivillige arbeidet opprettholdt sin selvstendighet, sitt organisatoriske særpreg og engasjement. Forskerne fant ut at samarbeidet mellom kommunen og de frivillige fungerte dårlig i de tilfellene hvor kommunen forsøkte å "profesjonalisere" det frivillige arbeidet. Et annet dansk forskningsprosjekt handler om såkalte *partnerskap* mellom frivillige organisasjoner og det offentlige (Hjære 2005). Partnerskapsbegrepet defineres på denne måten:

Et partnerskap er et strukturert, forpliktende, gjensidig og dialogbasert frivilligt samarbejde mellem organisationer fra forskellige sektorer, der ved at kombinere deres ressourcer og kompetencer arbejder sammen for at udvikle (nye) sociale aktiviteter (ibid.:9).

Mange elementer i denne definisjonen gjelder også for allerede eksisterende samarbeidsprosjekter mellom frivillige organisasjoner og det offentlige. Det som skiller partnerskaper fra andre typer samarbeidsprosjekter, er et sterkt fokus på dialog, likeverdighet og synergi. Man søker å overkomme det tradisjonelle hierarkiet som ofte har oppstått i samarbeidsrelasjoner mellom frivillige organisasjoner og det offentlige. I partnerskapsprosjektet har man prøvd ut denne samarbeidsmodellen i fire kommuner, og ifølge Hjære tyder erfaringene fra prosjektet på at "der er tale om en frugtbar, og i mange henseender, nyskabende samarbejdsform, der kan være med at utvikle relationene mellem aktørerne – i dette tilfælde de offentlige og frivillige organisationer" (ibid. 2005:40).

Både i Sverige og Danmark har det i forbindelse med forskningsprosjekter om samarbeid mellom frivillig og offentlig virksomhet blitt produsert ulike håndbøker eller guider, som er beregnet til praktisk bruk i frivillige organisasjoner og/eller kommuner (Norlin og Olsson 2000, Lindberg 2001, Forum för fri-

villigt sosialt arbeid 2004, Hjære Jensen 1997, Socialministeriet 2003). I Sverige har for eksempel Sköndalsinstitutet og Forum för frivillig sosialt arbeid gitt ut bøker hvor både praktiske sider ved samarbeidsprosjekter samt forskningsresultater knyttet til samarbeid presenteres på en lett tilgjengelig måte. Det danske Center for frivilligt sosialt arbeid har også laget en egen håndbok om samarbeidsrelasjoner mellom de frivillige organisasjoner og kommunene (Hjære Jensen 1997), og Socialministeriet har gitt ut en idékatalog med tips og råd om hvordan man skal lykkes med å samarbeide. Slike håndbøker eller guider finnes så langt vi vet enda ikke i Norge¹⁰, noe som tyder på at Sverige og Danmark har kommet en god del lenger når det gjelder samarbeid mellom frivillig og offentlig sektor.

5.3.3 Eksempler på frivillig engasjement for personer med psykiske lidelser

En av hovedmålsetningene med litteraturundersøkelsen var å finne fram til eksempler og erfaringer fra andre land knyttet til frivillig engasjement overfor personer med psykiske lidelser. Så langt har vi drøftet ulike aspekter ved frivillig sosialt arbeid mer generelt, siden det viste seg at det heller ikke i den svenske eller danske litteraturen fantes mange konkrete eksempler på frivillig engasjement rettet mot personer med psykiske lidelser. Vi fant imidlertid noen eksempler som vi synes er særlig relevante å trekke fram. Disse eksemplene er relevante både fordi de spesifikt retter seg mot personer med psykiske lidelser, men også fordi de eksemplifiserer noen generelle utfordringer ved frivillig sosialt arbeid som vi har diskutert tidligere i kapitlet.

På brukernes premisser: Café Smilet i Århus

Det første eksemplet er hentet fra Århus i Danmark. Med utgangspunkt i et treffsted for mennesker med psykiske lidelser, Café Smilet, satte man i 1997 i gang et prosjekt kalt "Frivilligt arbejde for sindslidende" (Jensen 2000). Prosjektet var et samarbeid mellom Århus Kommune, Lokalpsykiatri Nord og Boligforeningen Vesterbro. Formålet med prosjektet var å finne ut mer om hvilke oppgaver frivillige kan løse som supplement til profesjonelle helsearbeidere, samt å rekruttere flere frivillige og organisere den frivillige innsatsen bedre. I

¹⁰ Det arbeides imidlertid nå med å utvikle en veileder om samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommuner også i Norge. På bakgrunn av rapporten "På sporet av en lokal frivillighetspolitikk? - En kartlegging av forholdet mellom kommuner og frivillige organisasjoner" (Næringsrådgivning AS 2005) har sentralstyret i KS vedtatt å utarbeide en veileder om samarbeid med frivillige organisasjoner, først og fremst rettet mot norske kommuner (www.ks.no).

t tillegg ville man forsøke å involvere lokalsamfunnet i større grad, og man ønsket i den forbindelse å etablere et samarbeid mellom Café Smilet og ulike foreninger og organisasjoner i nærmiljøet. Café Smilet er plassert i tilknytning til et lokalt aktivitetshus, en plassering som er valgt bevisst for å synliggjøre stedet i lokalsamfunnet og skape større toleranse og aksept for brukerne av stedet. Café Smilet har som mål å være et lokalt møtested for mennesker med psykiske problemer og for ensomme mennesker uten et sosialt nettverk. Smilet skal være et fristed hvor sosialt samvær, trygghet, aksept, og aktiviteter og samvær på brukernes premisser skal stå i høysetet. Når man kommer til Café Smilet, møtes man ikke med krav om å delta i aktiviteter, tvert i mot er det viktig for dette møtestedet at kravene til brukerne er så få som mulig. Det er også denne løse formen på tilbudet som brukerne setter mest pris på, en av dem beskriver det slik:

Jeg kan best sige det – det er som det jeg kender der hjemme fra. Det er lidt den der fornemmelse af at komme hjem og smide sig i sofaen og sige nu trenger jeg sgu til en kop kaffe (Jensen 2000:17).

I den første prosjektperioden (1.september 1997 - 31.juli 1998) var det to ansatte i Café Smilet: Én aktivitetsmedarbeider som også var faglig leder av kafeen, samt én prosjektmedarbeider. Resten av arbeidet med kafeen ble utført av mellom 15 og 18 frivillige. Etter at prosjektperioden opphørte, ansatte boligforeningen en aktivitetsmedarbeider på deltid, i tillegg til at noen fra lokalpsykiatrien er innom kafeen noen timer pr uke. Ifølge evalueringsrapporten for prosjektet (Jensen 2000) har rekrutteringen av frivillige til kafeen vært forholdsvis vellykket, og man har greid å involvere frivillige med ulik bakgrunn og ulik alder i arbeidet. Ifølge de profesjonelle sosialarbeiderne som er intervjuet i evalueringsrapporten, har brukerne av kafeen utviklet seg i en positiv retning i møte med de frivillige hjelperne på Smilet. Den løse strukturen på trefftilbudet, samt de frivilliges ”uformelle” omsorg og støtte blir trukket fram som positivt av psykiatrimedarbeiderne. Ifølge rapporten, opplever brukerne at deres relasjon til de frivillige er mer verdifull og av større betydning enn relasjonen de har til de profesjonelle psykiatrimedarbeiderne. Café Smilet har også lyktes med å etablere kontakt og samarbeid med flere organisasjoner og foreninger i nærmiljøet. Boligforeningen spiller en sentral rolle her, siden den har vært involvert i driften av kafeen. Boligforeningens boligsosiale kontaktutvalg har arbeidet med å knytte kontakter mellom Smilet og andre organisasjoner og foreninger, og utvalget sprer også informasjon om tilbudet til lokalbefolkningen. En undersøkelse blant beboerne i området viser at de fleste har en mer positiv holdning til kafeen enn de hadde før, og de er glade for at et slikt tilbud finnes i området. Brukerne av

Café Smilet hevder imidlertid at mange fortsatt har fordommer mot mennesker med psykiske lidelser, og de føler av og til at de møtes med skepsis av andre. Det arbeides derfor med å informere enda bedre om at Smilet har et tilbud til alle i området som har behov for å snakke med noen eller være sammen med noen, og man håper at flere åpne arrangement på Smilet kan gjøre beboerne i området mer positivt innstilt overfor de faste brukerne av stedet.

Velfungerende partnerskap: Sind-nettet i Ry Kommune

Som nevnt tidligere, har man i Danmark introdusert begrepet *partnerskap* som betegnelse på en ny form for samarbeid mellom frivillige organisasjoner og offentlige instanser. Partnerskapsamarbeid kan ta mange former, men et viktig element i alle partnerskapsavtaler er likeverdighet. §115-utredningen fra 2003 (Syberg Henriksen og Hansen 2003) trekker fram noen eksempler på velfungerende partnerskap mellom frivillige og det offentlige, og Sind-nettet i Ry kommune er et av dem. Sind-nettet er et supplement til støtte- og kontaktpersonordningen i Ry kommune innenfor psykiatriområdet. Sind-nettet er opprettet på initiativ fra Landsforeningen Sind, en interesseorganisasjon som har som målsetning å bidra til å skape større forståelse og toleranse for mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende, samt å støtte opp om aktiviteter som bidrar til trivsel, forebygging og helbredelse av psykiske lidelser. De frivillige som er tilknyttet Sind-nettet, rekrutteres imidlertid ikke bare fra Landsforeningen Sind: alle kan melde seg som frivillig hjelper i Sind-nettet (www.sind.dk). De frivillige i Sind-nettet fungerer som besøksvenner for mennesker med psykiske lidelser som enten ikke ønsker å benytte kommunens egen støttekontaktordning eller ikke vil benytte kommunens psykiatriske tilbud (Syberg Henriksen og Hansen 2003). Sind-nettets tilbud supplerer kommunens egne tilbud på området, og kommunen mener at tilbudet fra Sind-nettet både er et godt tilbud til brukerne, og at tilbudet avlaster kommunens ressurser innenfor psykiatriområdet. Til grunn for ideen om partnerskap ligger tanken om at samarbeid mellom frivillige og det offentlige skal bli mer strukturert og forpliktende. I Ry kommune har man derfor laget en skriftlig samarbeidsavtale med Sind-nettet. I avtalen forplikter Sind-nettet seg til å rekruttere og undervise frivillige, etablere kontakt mellom brukere og frivillige, og motta henvendelser fra anonyme brukere i kommunen. Kommunens lokalpsykiatri har rett til å henvise brukere til ordningen, dette gjør de særlig hvis brukerne ikke ønsker kontakt med det offentlige systemet. Omvendt har også Sind-nettet mulighet til å kontakte kommunen hvis de kommer i kontakt med personer som trenger profesjonell hjelp, og de får også anledning til å bruke lokalpsykiatriens lokaler når de har møter. Sind-nettet støttes med såkalte §115-midler, og støtten beregnes ut fra antallet frivillige som er tilknyttet ordningen. Midlene går blant annet til dekking av transportut-

gifter, telefonutgifter, møtevirksomhet og kursing. En del av midlene går dessuten til lønn til en koordinator som administrerer nettverket av frivillige hjelpere. §115-utredningen sier ingenting om hvorvidt brukerne av Sind-nettet er fornøyd eller ikke, men eksemplet fra Ry kommune viser likevel hvordan et partnerskap mellom en frivillig organisasjon og det offentlige kan fungere i praksis (ibid.).

”Profesjonalisert” frivillighet: Den sociale døgnbutikk i Randers Kommune

Mens de to første tilfellene var vellykkede eksempler på brukerinnsflytelse og samarbeid mellom frivillige og det offentlige, er det siste et eksempel på det motsatte. Den Sociale Døgnbutikk (DSD) er et kommunalt initiert prosjekt tilknyttet Center for Misbrug og Forebyggelse i Randers (Koch-Nielsen og Michaelsen 2003). DSD ligger i lokalene til en gammel bakerforretning, som nå er innredet med kafébord og pc'er. Ca 200-300 brukere er tilknyttet DSD, og de hyppigste problemene som brukerne har, er forbundet med ensomhet, angst, psykisk sykdom, mangel på sosialt nettverk og rusmisbruk. Mange av brukerne har negative erfaringer med det offentlige systemet, og flere har vært utsatt for omsorgssvikt eller tillitsbrudd både som barn og voksne. DSD skal tilby omsorg, menneskelig varme og sosialt samvær, samt formidle kontakt til ulike institusjoner eller myndigheter hvis brukerne har behov for det. Hovedambisjonen med tilbudet er å styrke brukernes selvtillit, slik at de blir bedre i stand til å ta vare på seg selv og kan komme videre i livet. DSD har tre typer personale: En administrativ leder, en gruppe lønnede ansatte og en gruppe frivillige arbeidere. Opprinnelig var det bare frivillige arbeidere i tillegg til den ansatte lederen som jobbet i DSD, men i de siste årene har det ikke vært mulig å rekruttere nok frivillige. Arbeidsoppgavene til de frivillige skiller seg ikke vesentlig fra oppgavene som de ansatte har, og regelverket knyttet til taushetsplikt og oppmøteplikt er likt for de to gruppene. Ifølge lederen av DSD er de fleste frivillige flinke til å omgås brukerne, og de er gode til å lese brukernes behov. En stor svakhet er imidlertid at den frivillige innsatsen er ustabil. Det er stor utskifting og gjennomstrømming av frivillige, og av og til må tilbudet stenge fordi det ikke er nok frivillige på vakt. Konsekvensen av dette er at brukerne mister tilliten til DSD. Den ustabile arbeidskraften skaper særlig problemer for brukere som har et spesielt behov for stabilitet og trygge rammer. For brukerne tar det tid å bygge opp tillitsforhold til nye mennesker, en tillit som er helt avgjørende for den omsorgen og tryggheten som DSD har som målsetning å kunne tilby brukerne. Ifølge Koch-Nielsen og Michaelsen har det oppstått gnisninger mellom de ansatte og de frivillige i DSD. De faste ansatte ser på seg selv som ”førsterangs” personale i DSD, siden de får betalt for jobben de gjør, og har flere arbeidstimer enn de frivillige (Ibid.:24). De frivillige på sin side, synes det er vanskelig å

innrette seg etter det samme regelverket som de fast ansatte (særlig knyttet til vaktlister og arbeidsoppgaver), når de ikke får respekt fra de andre ansatte eller økonomisk uttelling for arbeidet de gjør. Lederen for DSD synes det blir stadig vanskeligere å håndtere to ulike grupper ansatte, og hun tenker nå på å kutte ut all den frivillige arbeidskraften i DSD. Den høye graden av styring og ”profesjonaliseringen” av den frivillige arbeidskraften, har i dette tilfellet ført til at rekrutteringen av frivillige hjelpere er dårlig. De frivillige arbeiderne begrenses av å skulle leve opp til en profesjonell standard, noe som fører til problemer både i relasjonene mellom de som jobber i DSD (lederen, de ansatte og de frivillige) og i relasjonene mellom frivillige og brukere. Erfaringene fra Randers setter ifølge forfatterne fokus på hvor viktig organiseringen av slike tilbud er hvis den frivillige innsatsen skal fungere godt.

5.4 Erfaringen fra fase to – profesjonalisert fritid i offentlig regi?

Vi går nå tilbake til datamateriale fra vår egen undersøkelse. Vårt korte tilbakeblikk til situasjonen rundt 2002 viste at det den gang var gjort relativt lite på lokalnivå når det gjelder fritidstiltak for personer med psykiske lidelser, særskilt med henblikk på å involvere organisasjonslivet i kommunen. Det som var gjort, var i hovedsak i offentlig regi i form av etablering av møtesteder av ulik karakter. I flere kommuner var det ulike former for aktivitetssentra der ”det å ha noe å gjøre” stod sentralt. Som vist innebærer dette både mer arbeidsretta tiltak og fritidstiltak på dagtid. Dette kan også sees i relasjon til at skillet mellom det en kan kalle ”arbeidstid” og fritid for mange i målgruppen er relativt flytende. Også andre typer møteplasser fungerte både som arbeidsretta tiltak og fritidstiltak ved at en del brukere fikk arbeidstrening, mens andre benyttet møteplassen som en fritidsarena. Når det gjelder involvering av frivillig organisasjon, var det i første rekke brukerorganisasjonene (Mental helse og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri) og, om enn i liten grad, ”tradisjonelle” humanitære organisasjoner (som Røde Kors og Kirkens Bymisjon) som ble trukket fram. Kultur- og fritidsorganisasjonene, som vi her særskilt har rettet blikket mot, var i forsvinnende liten grad en del av arbeidet med å legge til rette for fritiden til mennesker med psykiske lidelser.

I løpet av de tre årene fra første (2002) til andre (2005) fase av evalueringen har det ikke skjedd markante endringer på dette området i våre kommuner. Arbeidet har blitt styrket i noen kommuner ved at en har brukt Opptrapingsmidler til å ansette kultur/fritidskonsulenter, og i enkelte kommuner har en

etablert ordninger med assistert fritid. Når det gjelder involvering av kultur- og fritidsorganisasjoner, er resultatene fortsatt relativt magre. Det er særlig i større kommuner at det er blitt etablerte særskilte fritidstiltak overfor målgruppen og/eller samarbeid med frivillige organisasjoner. De mindre kommunene har i hovedsak kommet kortere. NIBRs undersøkelse av organisering og samarbeid om det psykiske helsearbeidet i syv kommuner, konkluderer også med at det i særskilt grad er de små kommunene som har store utfordringer når det gjelder fritids- og sosiale tiltak (Myrvold og Helgesen 2005). Nedenfor skal vi drøfte spørsmålet om hvorfor kultur- og fritidsorganisasjoner i forsvinnende liten grad er blitt inkludert i arbeidet med Opptappingsplanen. Vurderingene her kommer både fra kommunalt hold, fra ståstedet til organisasjonene og fra brukerhold. Dernest skal vi se litt på den videre tilretteleggingen for fritidstiltak, særlig om relasjonen mellom kultursektoren og psykiatritjenesten i kommunen. Her vil vi også trekke inn et par eksempler i større kommuner der kultur- og fritidsorganisasjonene er blitt inkludert i arbeidet med å legge til rette for fritidstiltak for brukergruppen.

Hvorfor er fritids- og kulturorganisasjonene relativt lite involvert i det lokale arbeidet med fritidstiltak for mennesker med psykisk lidelse? Ut fra våre undersøkelser bør en kanskje snu om på formuleringen og spørre om hvorfor skal kultur- og fritidsorganisasjoner involvere seg/bli involvert i dette arbeidet. Har en fra statlig hold vært overambisiøse på dette feltet? Hvor langt kan en gå når det gjelder å involvere frivillige organisasjoner for å styrke fritiden til personer med psykiske lidelser? En psykiatrikoordinator i en mindre kommune hevdet blant annet at det var skrivebordsarbeidere som trodde at frivillige organisasjoner ville engasjere seg for denne gruppen. Det var helt feilslåtte forventninger, i følge denne informanten. En annen informant i samme kommune trakk også fram at det er tungt å dra i gang samarbeid med frivillige organisasjoner. Informanten pekte likevel på muligheten for å binde opp den kommunale støtten til lag og foreninger som driver et inkluderende arbeid. En informant som var involvert i et omfattende offentlig tilbud til målgruppen i en kommune, påpekte at de ikke så noe poeng i å etablere en kontakt med frivillige organisasjoner. Siktemålet var heller å styrke brukerne slik at de på selvstendig grunnlag tok kontakt med aktuelle kultur- og fritidsorganisasjoner. En psykiatrikoordinator i en mindre kommune pekte på at en av grunnene til at for eksempel idrettslag var lite involvert, var at de krevde egeninnsats, foreldreaktivitet osv., noe som er vanskelig for gruppen. Et annet moment som kan forklare manglende tilbakemelding på dette området fra våre informanter, er at mange av kultur- og fritidsorganisasjonene i stor grad er barne- og ungdomsorganisasjoner. Vårt fokus har som nevnt vært fritidstiltak for voksne (over 18 år).

Siktemålet om å gjøre brukerne i stand til å nyttiggjøre seg de frivillige organisasjonenes tilbud uavhengig av spesiell tilrettelegging eller spesielle tiltak, synes følgelig å være et sentralt moment. Kultur- og fritidsorganisasjoner verken vil eller kanskje kan involvere seg i noe betydelig grad. Denne vurderingen synes å bli underbygget av våre intervjuer med representanter for aktuelle organisasjoner i kommuner der disse var fraværene når det dreier seg om å etablere tilbud som involverer folk med psykiske lidelser. Det er grunnlag for å si at representantene fra organisasjonene uten unntak ble overrasket både over at vi tok kontakt med dem og over problemstillingen. Med all tydelighet kom det fram at dette var et tema som overhodet ikke hadde vært på dagsorden.

Representant fra et idrettslag, som opplyste at de hadde omtrent en tredjedel av kommunens innbyggere som medlemmer, sa at psykiske lidelser ikke var noe tema for organisasjonen. Dette var et tema som de ikke hadde noe kjennskap til, og de kjente derfor heller ikke til behov hos gruppen. Vedkommende sa at det ikke var noen fra denne gruppen som hadde henvendt seg til idrettslaget og synliggjort hva de har behov for. Det var kamp om ressursene, og de ulike gruppene måtte stå på for egne behov. Siden denne gruppen ikke hadde meldt seg på i denne kampen, var det derfor heller ingen tilbud til den.

På vår forespørsel viste en representant for et helsesportslag spontant til Mental Helse. Vedkommende mente at folk flest var mest interessert i å være medlemmer i organisasjoner som jobber for seg selv og ikke for andre. Dessuten viste vedkommende til at aktivitetssenteret hadde tilbud for denne gruppen. Det ble også hevdet at de sporadisk hadde prøvd å få kontakt med folk med psykiske lidelser. Men det var vanskelig å komme i kontakt med dem, og derfor hadde det heller ikke blitt til noe. Vedkommende opplyste at de hadde prøvd å etablere kontakt gjennom uformell informasjon ved ”å snakke om det på bygda”. De hadde ikke tatt noen kontakt til de som arbeidet innefor det psykiske helsevernet i kommunen, eller til helse- og sosialenheten.

Leder for et danse- og teaterlag sa at de ikke hadde gått aktivt ut og invitert noen spesielle grupper. Det hadde derfor heller ikke vært på dagsorden å gjøre framstøt spesielt overfor denne gruppen. Som vedkommende sa: ”... har tenkt som så at de som har lyst til å være med, de kommer.” Det ble også pekt på at laget er åpent for alle som betaler kontingent og retter seg etter vedtektene. Argumentet med at laget er åpent for alle som ønsker det, ble brukt av flere av kultur- og idrettsorganisasjonene. Det ble hevdet at de regnet med at dersom det var personer med psykiske lidelser som ønsker å delta, så ville de komme som enkeltmedlemmer. Riktignok hadde de ikke tatt noen spesielle initiativ, ”... men vi har ikke ekskludert de heller”, som det ble sagt.

Når det gjelder humanitære organisasjoner, ble det i et par av byene vist til at de har tiltak rettet mot rusmisbrukere og ofte vil det også innebære ”psyki-

atriproblematikk". I en av disse kommunene var de i ferd med å utvide målgruppen til også å omfatte folk med "bare" psykiatriproblematikk. De tar sikte på å etablere et møtested/formidlingssted hvor folk kan henvende seg. Her vil de bli satt i kontakt med ulike typer av fritidsaktiviteter etter hva de er interesserte i. De vil bli koplet sammen med frivillige hjelpere dersom de ønsker noen å gå sammen med, ønsker noen å gjøre dagligdagse aktiviteter sammen med og lignende.

Intervjuene med disse organisasjoner tyder i stor grad på at psykiske lidelser er et ikke-tema for kultur- og fritidsorganisasjonene i kommunene. Vi skal selvfølgelig ikke se bort fra at folk med psykiske lidelser deltar som ordinære medlemmer i ulike lag og foreninger i lokalmiljøet. Men ut fra intervjuene med brukerne, er dette lite utbredt. Brukerne synes i det store og hele ikke å etterspørre ytterligere tilrettelegging på dette området. Mange benytter fritiden til å være sammen med familie og venner. Eller de deltar på tilbudene til aktivitetssenter. Eller de er med på kurs og lignende som arrangeres i samarbeid mellom psykisk helsearbeid og kulturrenheten i kommunene, tilbud som stort sett får positiv vurdering.

Det kom også fram noen hindringer for deltakelse i organisasjonslivet. Blant annet ble det påpekt at det kunne være problematisk å gjenoppta tidligere organisasjonsmedlemskap. Videre ble trang økonomi trukket fram som en stengsel. Hovedinntrykket er imidlertid at tiltak og involvering fra kultur- og fritidsorganisasjoner i liten grad er noe brukerne savner. Likevel er det viktig i psykisk helsearbeid å legge til rette for deltakelse i ulike sosiale aktiviteter, og på dette feltet er det i mange av kommunene potensial for å styrke innsatsen. Det synes også å være en velvilje fra kommunalt hold om å styrke samarbeidet på dette området. Det er viktig "å få til ting i nærmiljøet" påpekte en informant fra en større kommune der det til nå ikke hadde vært kontakt verken fra det frivillige eller det offentlige side.

Samarbeidet mellom kommunene og den frivillige sektor, her særskilt kultur- og fritidsorganisasjoner, er følgelig ikke utbredt når det gjelder fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Flertallet av tiltakene rettet mot fritiden for brukergruppen er initiert og drevet av det offentlige, ofte som et samarbeid mellom kultursektoren og psykiatri-/helsesektoren. Omkring 2/3 av kommunene har i en eller annen forstand utviklet et slikt samarbeid, fra helt formalisert samarbeid på etatsnivå til at kulturskolen tilbyr tjenester til psykisk helsearbeid. Det er særlig i de store kommunene at samarbeid mellom kultur og psykiatri er godt utviklet. I to mellomstore kommuner har utviklingen gått i to ulike retninger i perioden 2002-2005. I den ene har arbeidet med fritidstiltak blitt styrket, i den andre har dette arbeidet stoppet opp, blant annet på grunn av trang økonomi. I NIBRs casestudie av syv kommuner kom det fram at i fire av de syv

var det til dels tett samarbeid mellom kultursektoren og psykisk helsearbeid, og dette gjaldt både større og mindre kommuner (Myrvold og Helgesen 2005).¹¹ I figuren nedenfor har vi derfor inkludert en pil som peker begge veier mellom kultursektoren og det kommunale psykiske helsevernet for å illustrere relasjonen. Videre har vi listet opp noen eksempler på fritidstiltak i offentlig regi overfor målgruppen. Nedenfor skal vi kort trekke fram noen slike eksempler der det samarbeides innad i kommunene og/eller med frivillig sektor.

Etablering av ulike former for møteplasser i form av kafeer, faste lokalteter osv., som Kafe Smilet i Danmark, synes å være vellykka tiltak. Her er mye av innholdet i aktivitetene på brukernes premisser, men der tiltaket i siste instans er i offentlig regi. I rapporten fra første fase av evalueringen, beskrev vi relativt grundig et slikt sted kalt "Møteplassen" lokalisert i en større kommune. I tillegg hadde en i denne kommunen ansatt en kultur- og idrettsmedarbeider som i en forstand fanget opp de som selv ikke hadde initiativ til å oppsøke Møteplassen, og ga disse et særskilt kulturtilbud. Møteplassen er fortsatt et veldrevet aktivitetshus, samtidig som det kan se ut som kontakten med kulturseksjonen har økt ved at ulike kulturtiltak blir arrangert på/i forbindelse med Møteplassen. Kombinasjonen av brukerstyring med offentlig tilrettelegging i bunn, og godt samarbeid mellom offentlige instanser, bl.a. kulturseksjon og psykisk helsearbeid, ser følgelig ut til å gi vellykka resultater. I motsetning til Kafe Smilet er Møteplassen i stor grad brukerdrivet. Kafe Smilet baserer seg i stor grad på frivillige, og har etablert kontakt med lokale organisasjoner. Dette gjelder i liten grad Møteplassen og de andre kulturtiltakene i denne kommunen. En informant i kommunen hevdet at kontakt med frivillige organisasjoner ikke var nødvendig, mens andre ønsket å styrke denne kontakten.

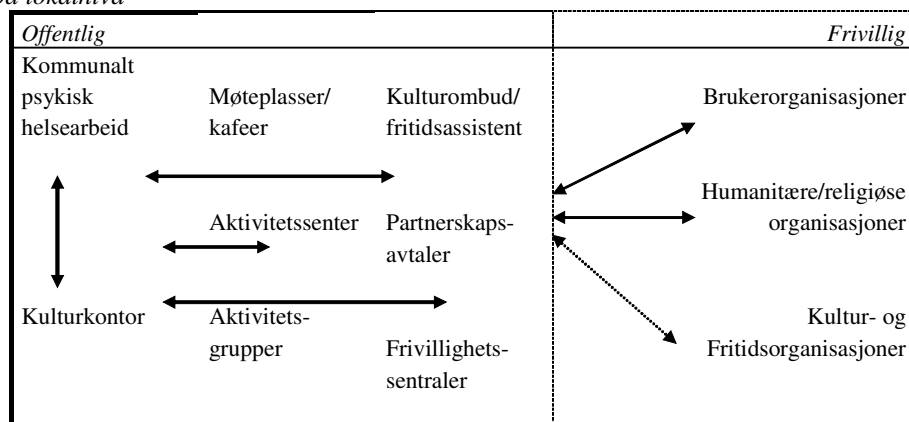
I en annen større kommune var det også mye tverrfaglig samarbeid, blant annet mellom kultur og helsesektoren, og det var etablert flere grupper, kreative verksteder osv. der en tilbød kulturtiltak til brukerne. Men heller ikke her var kultur- og fritidsorganisasjonene involvert. I det hele tatt er mye av kultur- og fritidstiltakene rettet mot mennesker med psykisk lidelse i regi av tilnærma profesjonelle kunst- og kulturarbeidere, både ved at tiltakene er etablert av særskilte kultur-/fritids-/helsekonsulenter, og ved at det er profesjonelle utøvere som gir undervisning og lignende. Denne kommunen hadde imidlertid også, sammen med noen andre kommuner, etablert et samarbeid med Røde Kors om personlige guider til aktuelle målgrupper, herunder psykiatri. Viktig her er å bygge opp

¹¹ Andelen som kommer fram både i vårt materiale og i NIBRs casestudie, bryter til dels med det bildet som kom fram i spørreskjemaundersøkelsen til alle kommunene, der samarbeidet med kultursektoren i liten grad ble trukket fram (Myrvold 2004). Både tidsfaktoren (undersøkelsene ble gjort på ulike tidspunkt), men også det at en kvalitativ tilnærming går dypere og avdekker relasjoner som kanskje ikke kommer fram i et spørreskjema, kan her trekkes inn som årsaker til ulik andel samarbeid i de respektive studiene.

nettverk rundt personen slik at guiden til slutt overflødiggjør seg selv. Dette tiltaket kan altså parallellføres til opplegget med besøksvenner som vi fant i Ry kommune i Danmark. Slike tiltak vil ofte kunne fungere som supplement til mer profesjonaliserte assistentordninger.

I figuren nedenfor har vi forsøkt å illustrere det som er gjort av kultur- og fritidstiltak overfor målgruppen. Hensikten her er å vise at det meste er implementert og drevet i offentlig regi, at det er en viss variasjon i type tiltak, og at kultur- og fritidsorganisasjonene i liten grad er involvert i arbeidet. Figuren gir nok først og fremst et bilde på tilstanden i de større kommunene.

Modell over organiseringen av og type fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser på lokalnivå



5.5 Oppsummering

Som nevnt, er det å legge til rette for en meningsfull fritid lokalt et viktig siktemål for Opptrappingsplanen. Samarbeid med frivillige organisasjoner er her en helt sentral faktor. Ut fra gjennomgangen i dette kapitlet er det imidlertid god grunn til å spørre om en har vært overambisiøse på dette punktet. I våre 12 casekommuner har en i forsvinnende liten grad etablert samarbeid med de lokale kultur- og fritidsorganisasjonene. Noe samarbeid er etablert med tradisjonelle humanitære organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon, blant annet i tilknytning til frivillighetssentraler, etablering av nettverk av støttepersoner for brukerne osv. Det samme gjelder for de spesifikke brukerorganisasjonene som Mental Helse og LPP. Men altså ikke med kultur- og fritidsorganisasjonene, til

tross for et visst ønske om dette fra kommunalt hold. Hovedgrunnen synes liten vilje eller evne til å involvere seg i dette arbeidet fra lagenes side; lag og foreninger jobber for sin sak, og eventuelle positive inkluderings effekter bør komme som positiv spin-off av dette. Noe liknende kommer til uttrykk blant enkelte informanter fra kommunalt hold som understreker at det viktige er å styrke brukerne slik at de på egenhånd og uten noe spesiell tilrettelegging oppsøker kultur- og fritidsorganisasjoner. Heller ikke brukerne uttrykker et klart ønske eller en forventning om økt involvering og tilrettelegging fra kultur- og fritidsorganisasjoner.

Opptappingsplanens målsetting om lokal tilrettelegging av meningsfull fritid er likevel til dels ivaretatt ved at kommunene selv etablerer ulike tilpassede kultur- og fritidstiltak. Og som vist ovenfor, er frivillige organisasjoner i form av brukerorganisasjoner og humanitære organisasjoner noe involvert, men altså ikke kultur- og fritidsorganisasjoner. Midler fra Opptappingsplanen er brukt både til spesifikke kultur- og fritidsstillinger, og til spesifikke kultur- og fritidstiltak, som deltakelse på tilpassede kurs og lignende. Dessuten er det i enkelte kommuner etablert ulike former for bistandsordninger i forbindelse med det sosiale liv og fritiden for brukeren. Vi har omtalt dette som til dels profesjonaliserte kultur- og fritidstiltak i offentlig regi. Frivilligheten er delvis begrensa. Sett i relasjon til de danske erfaringene der nettopp det at frivillige var involvert ble vurdert som positivt av brukerne, kan kanskje dette framstå som et lite tankekors.

Som for andre områder omtalt i denne rapporten, ser det ut til at de kommunene som hadde fått til en del i 2002, har styrket arbeidet på fritidsområdet, mens de som hadde fått til lite i 2002, i liten grad har styrket innsatsen. Ut fra vårt datamateriale har vi ikke mulighet til å si noe konkret i forhold til de forholdsvis vage måltallene referert til innledningsvis er nådd. Det er videre vanskelig å peke eksakt på Opptappingsplanens rolle. De særskilte tilrettelagte stillingene og tiltakene på fritidsområdet kan i stor grad knyttes til midler fra Opptappingsplanene, mens når det gjelder etableringen av ulike type møteplasser og aktivitetssentra, er bildet mer sammensatt. Oppsummeringsvis kan vi si at noe har skjedd på fritidsområdet for personer med psykisk lidelse, og da særskilt i de større kommunene. Fortsatt er dette området mangelfullt dekket, og det gjelder særskilt i de mindre kommunene.

6 SITUASJONEN SETT FRA BRUKERNES STÅSTED

6.1 Innledning

Ett av de sentrale momentene i Opptrappingsplanen er at en tilstreber medvirkning fra brukernes side. Dette gjelder mulighet til å utøve innflytelse over både egen situasjon og på mer overordnet nivå, jf. St.prp. nr. 63 (1997-98). I årene etter at planen ble vedtatt, har denne intensjonen blitt gjentatt fra departementets side i ulike sammenhenger og under vekslende regjeringer. I budsjettproposisjonen for inneværende år (2006) heter det at det er betydelige utfordringer knyttet til realisering av overordnede mål i Opptrappingsplanen. Blant annet gjelder det at mennesker med psykiske lidelser i størst mulig grad skal kunne bruke egne ressurser og mestre sin egen situasjon (St.prp. nr. 1 (2005-2006)).

I dette kapitlet skal vi rette oppmerksomheten mot hvordan situasjonen, når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak, fortoner seg fra brukernes ståsted. Vi stiller følgende spørsmål:

1. I hvilken grad, og eventuelt hvordan, blir det lagt til rette for at brukere med langvarige psykiske lidelser kan delta i arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak? Vi legger til grunn at dette er tiltak som vil kreve medvirkning fra flere instanser på ulike forvaltningsnivå. Hvordan blir brukerne trukket med i planlegging av tiltak? På hvilke måter blir hensynet til sammenhengende og helhetlige tjenester ivaretatt?
2. I hvilken grad og eventuelt på hvilke måter, har det skjedd endringer i løpet av planperioden innen problemstillingen nevnt ovenfor? Hvordan kan disse endringene relateres til Opptrappingsplanen?

Situasjonen til brukerne som er intervjuet, det gjelder både i første del av evalueringen og nå i den andre fasen, er svært forskjellig. Det fører til at vi får et fasettert bilde sett fra brukernes ståsted. I dette kapitlet trekker vi med oss brukernes oppfatninger, slik de framsto i evalueringens første fase, samtidig som vi redegjør for dagens situasjon. På den måten får vi fram eventuelle endringer i brukernes oppfatninger om situasjonen når det gjelder arbeids- og fritidstiltak.

6.2 Brukerne i undersøkelsen

Vi har intervjuet 20 kvinner og 17 menn. Aldersmessig fordeler de seg fra 20-årene (seks personer) og opp i 50-årene, med hovedtyngden fra 40 år og oppover, jf. oversikten nedenfor. I den utstrekning det lot seg gjøre, hadde vi i utgangspunktet til hensikt å intervju de samme brukerne som i første fase av evalueringen. Det er imidlertid kun seks av brukerne som ble intervjuet også i den fasen. Årsakene til dette varierer. I noen tilfeller mente vår kontaktperson i kommunen at brukerens situasjon tilsa at det ikke var hensiktsmessig, og et par stykker ønsket ikke å bli intervjuet. Men de fleste hadde ikke lenger kontakt med psykisk helsearbeid i kommunen. Det var flere årsaker til at de var utskrevet fra tjenesten, som at noen var blitt så friske at de ikke trengte tilbud lenger, andre hadde flyttet osv.

Oversikt over brukerne

Kjønn		Alder				Tiltak			
K	M	<30 år	30-39 år	40-49 år	>50 år	Yrkesrettet attføring	Skjermet virk- somhet (langva- rig)	Struk- turert aktivi- tet/ar- beids- trening	Aktivi- tets- senter
20	17	6	7	12	12	12	7	9	9

På samme måte som i første fase, utgjør brukerne en heterogen gruppe. På den ene ytterkanten er brukere på yrkesrettede tiltak i regi av Aetat. Disse brukerne ser for seg at tiltaksløpet de er i gang med, vil føre til fast ordinært arbeid enten på hel- eller deltid. Oversikten ovenfor viser at dette dreier seg om 12 personer. På den andre ytterkanten er brukere som har uførestønad, og som er fornøyde med ett besøk eller to i uka på aktivitetssenter. Disse brukerne (ni personer) har heller ikke ambisjoner om å gå over til mer strukturerte opplegg. Men noen av brukerne på yrkesrettet attføring benytter tilbud ved aktivitetssenter i tillegg. For de fleste vedkommende brukes dette som fritidstiltak, det vil si at de stikker innom når de har tid og lyst og deltar i aktiviteter i den utstrekning det passer dem. Men det er også eksempler på mer forpliktende opplegg i form av at aktivitetssenteret har støttetiltak f.eks. under skolegang. Dette er videreføring av tiltak som vedkommende gjennomførte før skolegangen ble påbegynt. Siden attføringstiltaket er hovedaktiviteten, er disse brukerne kun ført opp under denne kategorien. I mellom de to yttergruppene har vi to kategorier. Det er brukere (sju personer) som arbeider fast i skjermet virksomhet. Disse brukerne

hadde ingen intensjoner om etter hvert å komme over til mer ordinære arbeids-tiltak. Så langt vi kunne registrere, var det heller ikke tatt noe initiativ fra psykisk helsearbeid i kommunene for å vurdere om det kunne være hensiktsmessig med evt. endringer i arbeids-/sysselsettings situasjonen for disse brukerne. Den siste gruppen av brukere deltar i ulike former for strukturert aktivitet eller arbeidstrening. Tiltak i denne kategorien har til felles at brukerne må møte opp til avtalt tid og utføre avtalte oppgaver. Det varierer blant brukerne om de har intensjoner om å gå videre til mer ordinære arbeidstiltak. Brukerne (ni personer) har uførestønad, men de får enten såkalt bonuslønn for arbeidet de gjør, eller ordinær lønn og reduksjon i uførestønnen. Tiltakene omfatter ulike prosjekter som enkelte av kommune har satt i gang ved hjelp av psykiatrimidler, og en del av tiltakene er langt på vei brukerdrevne. Flere av brukerne som er i yrkesrelaterte tiltak, har gått fram og tilbake mellom tiltak. Eksempelvis mellom medisinsk rehabilitering og yrkesrettet atferdsrettet, eller de har tatt opp igjen avbrutte atferdsrettet tiltak. Det innebærer at en del har langvarige tiltaksløp bak seg.

Når brukernes situasjon er så forskjellig som vi har vist ovenfor, vil det avspeiles i deres oppfatninger om situasjonen i den enkelte kommunen på våre temaområder. En slik heterogen informantgruppe kan derfor bidra til at det blir problematisk å trekke ut noen hovedsynspunkter fra materialet. Men på den andre siden, og det vil vi tillegge vesentlig vekt, får vi et datamateriale som i noen grad avspeiler mangfoldet i erfaringer og oppfatninger.

6.3 Arbeidsrettede tiltak

6.3.1 Bakgrunn fra arbeidslivet

Brukernes situasjon er svært forskjellig når det gjelder bakgrunn fra arbeidslivet. Den varierer mellom de som så å si ikke har yrkeserfaring, til de som har vært en del år i arbeid før de ble syke. I mellomstadiet finner vi en del brukere som har avbrutt skolegang, og/eller mange kortvarige (mindre enn et år) arbeidsforhold bak seg. Det er også flere som har forsøkt atferdsrettet tidlige, men som har avbrutt den av ulike årsaker.

Det er et fellestrekk ved brukere som var i en stabil arbeidssituasjon da de ble syke, at de sier det var helt uaktuelt å gå tilbake til denne arbeidsplassen da tilstanden deres ble bedre. Noen begrunner det med at arbeidet var av en slik art at det var utelukket, for eksempel at de ikke lenger var i stand til å passe maskiner eller kjøre bil på grunn av medisiner. De fleste som var i fast arbeid, har imidlertid mer diffuse begrunnelser, men de kan knyttes til at arbeidssituasjonen etter hvert hadde blitt stressende, og de følte at forholdet til ledelse og/eller kol-

leger var anstrengt. En av brukerne, som hadde vært tre år i den samme bedriften, forteller at han etter hvert ble oppfordret av ledelsen til å si opp jobben da han ble langvarig syk. På det aktuelle tidspunktet framsto det som en grei vei ut av en situasjon som han etter hvert fant vanskelig. I ettertid mener han at han ikke burde sagt opp, og han føler seg overkjørt av sin tidligere arbeidsgiver. Det er flere som hevder at de fikk dårlig oppfølging på arbeidsplassen da de ble syke. Men for alle sammen gjelder at dette er forhold som ligger noen år tilbake. To-tre av brukerne var selvstendig næringsdrivende da de ble syke. Virksomheten måtte nedlegges, og deres økonomiske situasjon har vært svært vanskelig etterpå.

6.3.2 Erfaringer med tiltakene

Et trekk som er karakteristisk for mennesker med psykiske lidelser, er at tilstanden varierer, det kan gjelde fra dag til dag, eller at gode og dårlige perioder avløser hverandre. I tillegg til å finne arbeids-/tiltaks plass som passer ut fra den enkeltes kvalifikasjoner og interesser, vil individuell tilpassing og fleksibilitet være viktig i arbeidssituasjonen. Hvilke erfaringer har brukerne gjort når det gjelder tilrettelegging av arbeidssituasjonen i tiltak de har deltatt/deltar i? I hvilken grad, og hvordan, ivaretas hensyn til fleksibilitet ut fra situasjonen til den enkelte?

Vi begynner med erfaringer knyttet til å komme inn i tiltak. Brukere som har vært innlagt i psykiatrisk avdeling (gjelder både regionsykehus og DPS), framhever nødvendigheten av å ha noe å gå til når de blir skrevet ut. En av brukerne sier for eksempel at før vedkommende ble utskrevet, så ble det planlagt tiltak i arbeidsmarkedsbedrift. Selv om vedkommende det første halve året hadde nok med bare å komme seg dit et par ganger i uka, hadde det stor betydning å kunne gå inn i tiltaket rett etter utskriving. I dette tilfellet tok det lang tid før vedkommende kom i gang med oppfølgingsamtaler ved sykehuset, og i denne perioden var kontakten til arbeidsmarkedsbedriften helt avgjørende. En annen bruker, som også begynte i tiltak ved arbeidsmarkedsbedrift rett etter utskriving, sier følgende:

...det har betydd så mye at det er vanskelig å sette ord på det. Hadde ikke vært så bra uten bedriften.

En av brukerne, som er på yrkesrettet atferdstraining og har skaffet seg arbeidsplass selv, hevder at det var et lykketreff at han/hun hadde en bekjent som kunne

stille opp med en praksisplass som passer vedkommende som hånd i hanske. Arbeidsgiveren kjenner situasjonen, og vet at arbeidskapasiteten kan være redusert enkelte dager. Det blir stilt krav og forventninger, men det er også rom for å ha en dårlig dag. Vedkommende får ansvar, men ikke mer enn han/hun kan takle. Han/hun får gode tilbakemeldinger, og det er en positiv opplevelse. Dette er en arbeidsplass hvor vedkommende får brukt sin kompetanse og tidligere erfaringer. Vedkommende er usikker på hvordan det ville ha fungert dersom han/hun hadde fått et mer rutinepreget arbeid, eller hatt en arbeidssituasjon som var mindre utfordrende. Ut fra erfaringer antar vedkommende at dersom hun/han ikke hadde klart å skaffe arbeidsplass selv, ville det vært en slik rutinepreget arbeidsplass som Aetat hadde tilbud om.

Men det er også brukere som peker på at på grunn av kapasitetsproblemer, må en vente på å komme i gang med planlagte tiltak. Slik ventetid kan være vanskelig, særlig hvis oppfølging fra andre instanser er mangelfull. Disse venteperiodene karakteriseres som å være i et tomrom eller vakuum. Det blir pekt på at i slike perioder blir det raskt brutt ned igjen det en møysommelig har vært i stand til å bygge opp.

Som vi var inne på ovenfor, er *fleksibilitet* et nøkkelbegrep for at denne brukergruppen kan fungere i arbeidsrelaterte tiltak. En god del av brukerne på slike tiltak mener at forholdene er blitt lagt til rette ut fra deres individuelle behov. Dette gjelder først og fremst brukere i ulike tiltak knyttet til arbeidsmarkedsbedrifter og kommunale tiltak i regi av Opptappingsplanen, jf. kategorien strukturert aktivitet/arbeidstrening i oversikten ovenfor. Brukerne legger stor vekt på forpliktelsene som ligger i avtale om å møte opp til fastsatt tid, samtidig som det betyr mye å ha ”lov til” å ha en dårlig dag i blant. Eksempelvis sier en av brukerne, som arbeider ved en arbeidsmarkedsbedrift, at

... dersom jeg ikke klarer å gå på jobb en dag, så er det bare å si fra. Men jeg har jo forpliktet meg til å møte opp så sant jeg kan, og det er det viktig for meg å gjøre. ...viktig at en tar seg selv i nakken og sier at på jobb skal jeg i alle fall.

Dette innebærer at vedkommende unngår press som han/hun ville følt i en vanlig bedrift, og det er et press som vedkommende i liten grad er i stand til å håndtere. Flere peker på betydningen av å kunne være på jobb uten å føle press i forhold til ytelse eller møte oppfatninger om at en sluntrer unna, selv om dagsformen er dårlig. Her spiller forholdet til både kolleger og leder en vesentlig rolle. Det er flere eksempler på at brukere peker på at å kunne snakke både med arbeidsleder og kolleger har stor betydning, og fører ofte til at dagen blir lettere

enn en i utgangspunktet trodde. I tillegg fungerer slike samtaler som et insitament til å forsøke å ta seg på jobb selv på dårlige dager.

Enkelt personer blir tillagt stor betydning for hvordan tiltak fungerer. Det kan, som vi har vært inne på ovenfor, gjelde arbeidsledere som er tilgjengelige for en ”prat” når en har en dårlig dag, eller gir medarbeiderne følelse av å bli sett når de kommer på jobb. Dessuten spiller det en betydelig rolle at de får en opplevelse av at det har betydning for arbeidsstedet at de er til stede. I tillegg er det viktig at arbeidslederne har innsikt i hva det vil si å ha en psykisk lidelse. Det er brukere i materialet som hevder at iblant er kompetansen ikke god nok. Manglende kompetanse blir også koplet til mangelfull forståelse av nødvendigheten av å ta seg tid overfor disse brukerne, og at det de oppfatter som stress og press kan være negativt. En annen funksjon som er viktig for en del av brukerne, er at ”noen ordner opp” for en, eller bistår med å ta kontakt med ulike instanser som f.eks. sosialkontoret. Det er viktig å ha en fast person å forholde seg til både i gode og mindre gode perioder. Ytterligere ett moment som brukerne trekker fram, er at det betyr mye at det er noen som ser mulighetene framfor begrensningene. I dette ligger også at det i apparatet rundt brukeren er noen som ikke oppfatter situasjonen som enten svart eller hvit – enten klarer du en vanlig jobb, eller så er du ubrukelig. I forbindelse med det kommunale prosjektet for arbeidstrening som vi i kapittel fire omtalte som eksempel på ”god praksis”, nevnte vi at brukerne legger stor vekt på betydningen av at ikke alle deltakerne nødvendigvis skal over i ordinært arbeid. Det blir hevdet at dersom det hadde vært målsettingen, så hadde prosjektet mistet mye av det som brukerne framhever som positivt. En av faktorene som brukerne legger vekt på, er nettopp mangfold og kreativitet hos prosjektleder og medarbeider i arbeid med å få til individuelle opplegg. I tillegg peker brukerne på betydningen av at terskelen for å komme inn i prosjektet, er lav. De mener at en får flere på bena igjen fordi det er muligheter for individuelle forløp. Slike individuelle treningsforløp omfatter klare forventninger, men i kombinasjon med rom for ustabilitet i sykdomstilstand og yteevne. I tilknytning til dette blir også personlige egenskaper ved prosjektleder og medarbeidere tillagt stor betydning for de gode erfaringene som brukerne forteller om.

Som ledd i yrkesrettet attføring deltar noen av brukerne i ordinær skolegang. Det blir pekt på at det kan være slitsomt iblant, men disse brukerne er svært innstilte på å klare det planlagte løpet. Siden dagsformen skifter, kan skoledagene være strevsomme, og det kan i blant være vanskelig å henge med i den ordinære undervisningen. Dette håndteres på litt ulike måter. En variant er avtale om oppfølging utover ordinær skoletid av lærerne ved skolen. Det blir hevdet at lærerne viser stor grad av fleksibilitet, og det er ikke noe problem å be om ekstra undervisning. En annen løsning er at lærerne er informert om situasjonen.

Siden det er tre dagers skolegang pr. uke, gir det muligheter for å tilpasse innsatsen etter dagsformen, selv om det vanlige undervisningsopplegget blir fulgt. Vedkommende synes det er greit, for i arbeidslivet kan en ikke vente at en blir ”behandlet med silkehanser”.

Det blir også vist til at det kan være hensiktsmessig å delta i spesielt tilrettelagte kurs, særlig i begynnelsen av et tiltaksløp. Når alle deltakerne har sitt å stri med, kan det være en positiv opplevelse å ikke måtte forsøke å være annerledes enn en egentlig er, jf. følgende utsagn:

... fint å kunne være seg selv og ikke måtte ta på seg en maske når en er der.

Betydningen av fleksibilitet kan oppsummeres i følgende utsagn:

Poenget er at en kommer seg på jobb, og dersom en har en dårlig dag og ikke gjør all verden den dagen, så gjør ikke det noe. ... Er rom for at dagsformen kan svinge. Det som er mest nødvendig er at du kommer. Når du først har kommet deg på jobb så kan det gå lettere å komme i gang enn du i utgangspunktet trodde. ... kan ta myk start med kaffekopp og en prat.

I tillegg til fleksibilitet er *progresjon* et sentralt tema i forbindelse med tiltakene. Vi har vært inne på (kapittel 3) at det kan være ulike oppfatninger mellom ansatte i psykisk helsearbeid og ansatte i Aetat om når brukere bør introduseres for arbeidsrelaterte tiltak. For tiltak i regi av Aetat er det dessuten et regelverk som setter rammer for hvor lenge en bruker kan være i et tiltak. Et tredje moment er at tilgangen på tiltak er begrenset. Overfor brukerne kan det på den ene siden være nødvendig med klare forventninger, samtidig viser undersøkelser (Møller 2005) at folk med psykiske lidelser trenger lengre tid i tiltak for å få en positiv jobbeffekt. Med andre ord må hensynet til å legge press på folk balanseeres mot hensynet til å gi nødvendig spillerom ut fra individuell tilstand. En annen side av dette er avveining mellom å gi bruker muligheter til å gå videre, og bidra til utvikling av realistiske oppfatninger om hva vedkommende kan mestre. Det gjelder både med tanke på å styrke selvtilliten, eller å senke kravene til seg selv og justere ambisjonene til et realistisk nivå.

Ut fra datamaterialet er det betydelig variasjon i hvor vidt brukerne mener at de er blitt ”dyttet framover”, eller om de har måttet ta initiativ og selv sørge for å få mer utfordrende oppgaver. Noen peker på at de etter hvert ønsket andre utfordringer enn de fikk gjennom opplegg ved aktivitetssenter. En av brukerne, som er i gang med utdanning på heltid, sier at vedkommende selv tok kontakt

med Aetat. På aktivitetssenteret var det ikke noe støtte eller oppmuntring til å forsøke å komme seg videre. Uten eget initiativ hadde vedkommende fremdeles ”bare” gått der. En annen bruker mener at han/hun får nødvendig handlingsrom, det vil si at ”... de slipper meg så langt som jeg takler”. Men det er også brukere som forteller at de er blitt ”dyttet” inn i tiltak som de ikke mestret, noe de opplevde som (enda) et nederlag, jf. følgende utsagn:

Jeg fikk beskjed fra kontaktpersonen min om at nå vil vi ha deg videre, det er du klar for. Viste seg at det var jeg ikke, og det ble en ny nedtur.

Mange av informantene viser til at situasjonen varierer, det vil si at det kan gå både fram og tilbake. I blant kan situasjonen være så besværlig at tiltak bli avbrutt. I slike tilfeller har det stor betydning at en får oppfølging enten fra den samme instansen, eller fra andre. Slike situasjoner beskrives ofte som å havne i et tomrom, og uten oppfølging kan det føre til at det en møysommelig har bygd opp over tid, raskt blir brutt ned. Dersom en må avbryte yrkesrettet atferd, får det også økonomiske konsekvenser. I slike situasjoner er det gjerne aktuelt å henvende seg til sosialtjenesten for å få økonomisk stønad. Det er flere av brukerne som rapporterer om negative erfaringer fra møte med denne instansen, og det oppleves som tilleggsbelastning i en fra før vanskelig situasjon.

Ytterligere et moment som brukerne trekker fram, er *forutsigbarhet*, og ikke minst gjelder det i forhold til den økonomiske situasjonen. Flere forteller om frustrasjon i forbindelse med kort tidshorison, eksempelvis tre måneder, på vedtak som har økonomiske implikasjoner. I blant medfører manglende forutsigbarhet så mye stress at det går ut over yteevnen i tiltaket. En av brukerne, som nå er i nesten full ordinær stilling, forteller at å få innvilget full uførestønad var starten på å komme tilbake til ordinært arbeidsliv. Vedkommende hadde tidligere vært på medisinsk rehabilitering med tre-måneders vedtak, men opplevde det som svært stressende. Vedkommende sier at etter at han/hun fikk uførestønad, ble terskelen for å prøve seg i ordinært arbeid lavere, fordi han/hun følte trygghet for å kunne ta det i eget tempo. Andelen lønn og uførestønad kunne justeres etter vedkommendes situasjon, og dersom han/hun ikke klarte jobben, så ville vedkommende bli tilbakeført til full uførestønad.

Men det er ikke kun i forbindelse med den økonomiske situasjonen som forutsigbarhet har betydning. Flere brukere peker på at de er bekymret for hva som vil skje når de er ferdige med tiltak de er i gang med. Vil de fortsatt få oppfølging, eller blir de overlatt til seg selv? For disse brukerne er det ikke bare slitsomt, men også en ekstrabelastning å leve med denne usikkerheten.

6.3.3 Erfaringer med Aetat

En av konklusjonene i første fase av evalueringen var at Aetat i langt mindre grad enn vi forventet, var på banen i forhold til tiltak for å få brukere med langvarige psykiske lidelser tilbake til arbeidslivet. I fase to av evalueringen har vi også sett at det er lite kontakt mellom psykisk helsearbeid og Aetat (kapittel 3). 12 av brukerne som er intervjuet i denne fasen, er på aktive tiltak i regi av Aetat. I tillegg er det noen som tidligere har vært på slike tiltak. Hvilke erfaringer har disse brukerne med Aetat?

Ikke uventet spriker erfaringene. På den ene siden er brukere som legger stor vekt på at Aetat har møtt dem ut fra deres situasjon til enhver tid. Følgende utsagn er karakteristisk for disse brukerne:

Du har et gyllent tilbud når du er innenfor Aetat med at du faktisk kan ha råd til å ta litt utdanning for å kunne arbeide med det du ønsker den tiden du har igjen i arbeidslivet ... Kunne latt være å gå på skole og fortsatt med å holde på med så å si ingen ting resten av livet ... kunne søkt jobber histen og pisten og tatt strøjobber. Jeg føler at Aetat ved saksbehandleren min vil gjøre det de kan for at jeg skal komme i mål. Jeg synes det virkelig er et privilegium å ha en slik mulighet.

Men de fleste brukerne er atskillig mer forbeholdne i sin omtale av etaten. Det er karakteristisk at brukerne etterlyser større forståelse for hva det innebærer å ha en psykisk lidelse. Dette problemet ble også trukket fram i forbindelse med erfaringer fra Aetat i den første fasen av evalueringen. Videre blir det hevdet at arbeidssøkere med psykiske lidelser kun får tilbud om dårlige jobber, og at de ikke får oppfølging. På samme måte som for tiltakene, blir den enkelte saksbehandler tillagt stor vekt. Enkelte peker på at de har vært heldig med saksbehandler, og derfor har det fungert bra i forhold til Aetat. Men det er helt avgjørende at en får en saksbehandler en kan kommunisere med, og det er ikke noen selvfølge. Følgende uttalelse om den faste saksbehandleren kan stå som eksempel:

Hun er ikke genuint interessert ... er vanskelig å få i tale ... det er mye venstrehåndsarbeid ... får følelse av at vi er en klamp om foten for henne ...hun er ikke til for oss ...vi er til bry for henne.

Hovedtyngden av oppfatninger ligger i området mellom disse to. Det er imidlertid flere som mener at etaten ikke gjør nok for dem:

Dersom jeg hadde vært litt mer syk, og mindre på hugget, så hadde jeg sittet i en stol og deppet.

Dette utsagnet er karakteristisk for flere av brukerne som etterlyser veiledning om hva det kan være hensiktsmessig å gjøre, og som savner støtte og oppbacking. Det blir hevdet at etaten i mindre grad enn andre tar vare på brukerne, og ansatte i etaten er dårlige til å oppdatere seg på nye opplysninger som blir gitt om brukerne. Noen stiller også spørsmål ved om saksbehandlerne i tilstrekkelig grad har innsikt i hva det vil si å være psykisk syk. Det blir også hevdet at etaten er lite fleksibel, saksbehandlingen tar urimelig lang tid, og etaten kan virke noe skremmende:

Aetat er jeg litt skremt av Det er pekefinger hele tida ... hvis du ikke gjør det og det så mister du rettighetene ...

Vi skal også ta med at et par av brukerne mener at etaten har ”skjerpet seg” i den senere tid. Endringen består dels i at brukerne etter hvert har fått fast kontaktperson, og dels i at forventninger om rask framgang er blitt redusert.

En av brukerne peker på at intern organisering gjør det vanskelig å forholde seg til Aetat:

... systemet i Aetat er noe rot. Jeg snakker med kontaktpersonen min om spørsmål om attføringstiltakene, og det fungerer bra. Men hvis jeg har spørsmål om økonomi i forbindelse med tiltakene, så må jeg snakke med en annen konsulent, og har du andre spørsmål så kanskje med en tredje person.

Denne personen må også ha økonomisk tilleggsytelse fra sosialkontoret og synes det blir mye fram og tilbake. Vedkommende lurer for øvrig på om disse to instansene i det hele tatt samarbeider. Brukernes erfaringer med samarbeid og samordning mellom ulike instanser kommer vi for øvrig tilbake til senere i kapitlet.

6.4 Tiltak ved aktivitetssentrene

Aktivitetssentrene står i en mellomposisjon når det gjelder arbeidsrettede tiltak og fritidstiltak, og overgangen mellom hva som kan karakteriseres som ”arbeid” og ”fritid” er flytende. I noen kommuner brukes betegnelsen dagsenter, i andre

aktivitetssenter. Vi har valgt å kun bruke den siste betegnelsen. Virksomheten ved disse sentrene rundt omkring i kommunene er lagt opp svært ulikt. Noen har karakter av å fungere som såkalte "væresteder". Det vil si at de primært har til hensikt å tilby sosialt samvær innenfor en trygg og uforpliktende ramme. Dette er lavterskeltilbud, og sentrene legger i varierende grad til rette for ulik virksomhet, så som fysiske aktiviteter, å arrangere turer og aktiviteter av mer hobbypreget art.

I tilknytning til noen av aktivitetssentrene er det etter hvert utviklet forretningsmessig virksomhet, så som kafédrift, matombringning osv. Dette er tiltak som i stor grad er brukerdrevet. Organiseringen varierer noe blant kommunene, men det er vanlig at brukerne har individuelle avtaler/kontrakter om hva de skal gjøre til hvilken tid. Mange av disse brukerne har uførestønad, og de får såkalt "bonuslønn"¹² for arbeidet de utfører. To-tre av de større bykommunene har satt i gang egne prosjekt som har som formål å få mennesker med psykiske lidelser inn i arbeidsrelaterte tiltak. Prosjektene er noe ulikt lagt opp, men felles er at de på ulike måter involverer aktivitetssentrene (jf. kapittel 4 og 5).

For mange av brukerne har aktivitetssenteret vesentlig betydning for hvordan hverdagen arter seg. En av dem forteller at aktivitetssenteret har vært et være eller ikke være. Da vedkommende begynte der, hadde han/hun vært isolert, enten på psykiatrisk avdeling eller hjemme, i nesten to år. Men så ble det under en innleggelse etablert kontakt med ansatte innenfor psykisk helsearbeid i kommunen og aktivitetssenteret, slik at vedkommende hadde et opplegg rundt seg ved utskrivning fra sykehuset.

Som nevnt, er det betydelig variasjon mellom aktivitetssentrene i hvilke tilbud de har, og hvor forpliktende aktivitetene er. På den ene siden er brukere som legger vekt på at det er positivt at opplegget er uforpliktende. De setter pris på at en kan komme og gå som en ønsker, og delta i den grad det passer. Det er nettopp fravær av forpliktelser denne gruppen setter pris på. For disse brukerne er det uformelt og uforpliktende sosialt samvær som er det sentrale innholdet i besøk på aktivitetssenteret. Det blir lagt vekt på at uansett hvilken form en er i, så kan en ta en tur dit. Mange har behov for å komme seg ut og treffe folk, og for det formålet fungerer senteret godt. Ved noen av aktivitetssentrene har brukerne faste kontaktpersoner som de etter hvert hadde opparbeidet betydelig tillit til. For den enkelte bruker spilte disse personene en sentral rolle for det samlede tilbudet ved senteret. Det var også brukere som etterlyste mer strukturerte opplegg på aktivitetssenteret. De mente at de ansatte er for passive, og det fører til at enkelte brukere blir svært dominerende. I tillegg blir det mye snakk om piller

¹² Ut fra bestemmelsene i Folketrygdloven kan trygdemottakere tjene inntil et visst beløp uten at trygdeytelsen reduseres.

og sykdom. Årsaken til dette mener de er at de ansatte har for liten kompetanse og i for liten grad vet hva det innebærer å ha en psykisk lidelse. Disse brukerne etterlyser fagutdannet personale og ønsker at de psykiatriske sykepleierne i kommunen ville stikke innom oftere. Ved andre aktivitetssentre framhever brukere at selv om opplegget er fleksibelt og kan tilpasses dagsformen, så er det samtidig såpass utfordrende at det har en utviklende effekt. En av brukerne, som nå er på yrkesrettet attføring, tar til orde for at aktivitetssentre bør godkjennes som behandlingsinstans:

Det er der en lærer å leve igjen når en virkelig har vært langt nede...vet ikke hvor jeg hadde vært i dag hvis jeg ikke hadde hatt aktivitetssenteret... aktivitetssenteret er krumtappen, det faste punktet som en virkelig har kontakt med.

6.5 Fritid

Den daglige situasjonen til brukerne er svært forskjellig, jf. oversikten innledningsvis i kapitlet. Det innebærer at det varierer hvorvidt det gir mening å snakke om fritid for brukerne i undersøkelsen. For en del vil det dreie seg om aktivitetstiltak for å bidra til å gi hverdagen innhold, jf. funksjonen til aktivitetssentrene, mens det for andre vil være et tillegg til, og avkopling fra, arbeidsrealterte aktiviteter.

Brukere på yrkesrettet attføring rapporterer at dagene er fylt opp. De er slitne når arbeidsdagen er over, og de har lite behov for ytterligere aktivitetstiltak. Brukere som bor sammen med familie eller samboer, prioriterer å bruke fritiden til samvær med disse og gjøremål knyttet til hjemmet. Også brukere som bor alene, sier at det er godt å kunne slappe av hjemme uten at noen stiller krav og har forventninger. Dessuten forteller de at fritiden brukes til samvær med venner og familie.

Grensen mellom arbeidstiltak og fritidstiltak er flytende. Vi har vært inne på at flere som er på yrkesrettet attføring, benytter aktivitetssentrene på fritida. Dette er gjerne brukere som tidligere har deltatt i tiltak på senteret. Brukerne er glade for å kunne beholde kontakten selv om det ikke blir så ofte de oppsøker senteret, og besøket har en annen karakter enn tidligere. For dem er det bra med et slikt åpent sted med varierte tilbud hvor de kan komme og gå som de vil. For andre brukere er tilstanden slik at målsettingen er å møte på aktivitetssenteret et par ganger i uka for sosialt samvær. Denne brukergruppen er stort sett fornøyd med det tilbudet de får ved det lokale aktivitetssenteret, jf. ovenfor.

De større bykommunene har i regi av kulturenheten, men innenfor Opptrappingsplanens ramme, spesielle fritidstilbud for folk med psykiske lidelser. Disse tilbudene får positiv omtale av våre informanter. Det blir lagt vekt på at en kan velge innenfor et bredt spekter av aktiviteter, og derfor er det mulig å finne noe for enhver smak. Men vel så viktig er miljø og atmosfære på de enkelte aktivitetene. Det er et åpent og inkluderende miljø hvor det er lett å finne seg til rette. En av brukerne uttrykte det på følgende måte:

Alle snakker med alle ...du trenger ikke å være mer enn du er.

I tillegg framhever brukerne det som positivt at aktivitetene er tilpasset folk med stram økonomi. Noen av dem, som er i arbeidsrettede tiltak to-tre dager i uka, setter stor pris på å kunne benytte disse aktivitetene de dagene de ikke er på jobb.

Enkelte av brukerne peker på at det kan bli noe ”ensporet” med tiltak spesielt for mennesker med psykiske lidelser, og at det er vanskelig å komme inn i andre miljøer. Selv om det er en forpliktelse at de ikke skal snakke om sykdom, behandling, tabletter og lignende, så varierer det i hvilken grad det blir overholdt. Det blir også pekt på at siden kommunen har et bredt og allsidig fritidstilbud spesielt for folk med psykiske lidelser, så kan det føre til at en unnlater å benytte ordinære tilbud. Andre brukere, som også tar til orde for at det er viktig å forsøke å integrere folk med psykiske lidelser i vanlige fritidsaktiviteter, peker på at i en periode kan det være bra med spesielle tiltak. Eksempelvis hvis en har angst for å gå ut blant folk, må en begynne et sted, og da kan slike spesielle tilbud være nyttige. På den andre siden er det brukere som mener at aktivitetene fungerer så godt som de gjør nettopp fordi de kun er for mennesker med psykiske lidelser. Det bidrar til at en kan være seg selv, og en unngår forventningspress.

Vi har vært inne på at første intervjurunde (2002) viste at brukerne så å si ikke deltar i frivillige organisasjoner¹³, og vi finner ingen endringer på dette området, jf. forrige kapittel. Svært få har tidligere organisasjonsmedlemskap bak seg, og det er liten interesse for å gå inn igjen i disse organisasjonene. Det er heller ingen som har registrert initiativ fra organisasjoner som ønsker å involvere denne gruppen gjennom tilrettelegging av spesielle tilbud. Riktignok er det et par av brukerne som har tatt opp igjen tidligere medlemskap. Den ene av dem peker på at han/hun har stram økonomi, og det begrenser i hvilken grad ved-

¹³ Med organisasjoner mener vi først og fremst kultur- og fritidsorganisasjoner og humanitære organisasjoner, og vi ser bort fra brukerorganisasjoner. En del av informantene er, eller har vært, engasjert i slike organisasjoner.

kommende kan delta¹⁴. Det er for øvrig flere som viser til at de har dårlig råd, og det begrenser mulighetene for å delta i ulike fritidsaktiviteter. Den andre av de to brukerne, som har gjenopptatt tidligere organisasjonsmedlemskap, har skiftet bosted. Vedkommende synes at det er vanskelig å komme inn i miljøet til organisasjonen på det nye bostedet, og så langt har han/hun deltatt lite.

Det er få av de vi intervjuet, som har støttekontakt. Men de som har det, var fornøyde med ordningen. For noen hadde timetallet pr. uke blitt redusert, og de var bekymret for å miste tiltaket.

6.6 Samordning og samarbeid

6.6.1 Situasjonen tidligere

I den innledende delen av evalueringen (2002) var det mange brukere som pekte på at samordningen mellom ulike instanser fungerte dårlig. Brukerne måtte fortelle involverte instanser hva andre hadde sagt og gjort, brukerne hadde hatt mange saksbehandlere i løpet av korte perioder, de ble henvist rundt i systemet, og tiltak ble trenert. Enkelte følte at de ikke ble tatt på alvor. På den andre siden mente mange at samarbeidet fungerte godt eller tilfredsstillende, og deres erfaring var at de ulike aktørene i hjelpeapparatet sluttet godt opp om å delta i ulike samarbeidsorgan. Personell tilnyttet psykisk helsearbeid i kommunene ble trukket fram som sentrale i koordineringsarbeidet. I denne sammenhengen vil vi peke på at en del av brukerne over tid hadde jevnlig kontakt med kun to-tre instanser, og behovet for koordinering ble derfor begrenset. Noen brukere etterlyste tettere oppfølging og bedre koordinering i dårligere sykdomsperioder. Vi ser med andre ord at det var potensial for å forbedre informasjonsutveksling og koordinering mellom involverte instanser. Hvordan oppleves situasjonen i dag – har det skjedd noen endringer?

6.6.2 Dagens situasjon

Det er ikke overraskende at brukerne, på samme måte som ved forrige datainn-samling, rapporterer om både positive og negative erfaringer. Enkelte har inntrykk av at ansatte i hjelpeapparatet sitter på hver sin tue, og brukerne må bringe informasjon mellom dem. Andre mener at det er stor treghet i behandlingsapparatet som helhet. Det er mangel på handlekraft og aktørene evner ikke å se hel-

¹⁴ Gjelder turer i regi av Turistforeningen.

heten i brukernes situasjon. Men brukere med slik erfaring utgjør et mindretall. På samme måte som tidligere har de fleste av brukerne jevnlig kontakt med kun to-tre instanser over tid, noe som for øvrig begrenser behovet for koordinering.

Det er imidlertid en samarbeidsrelasjon som trer fram som problematisk. En del av brukerne på yrkesrettet attføring trenger tilleggsytelse fra sosialtjenesten. Så å si uten unntak viser disse brukerne til at det er vanskelig å forholde seg til sosialtjenesten. Noen av brukerne, som hevder at de ikke har problemer generelt med å ta kontakt med offentlige instanser, sier at de kvier seg for å ta kontakt. De har forståelse for at sosialkontoret iblant må si nei til krav fra publikum, men det er måten de møter folk på som gjør situasjonen vanskelig. For øvrig mener disse brukerne at problemene ikke har grunnlag i manglende informasjon om hans/hennes situasjon, men i virksomhetens holdninger til brukerne, jf. følgende utsagn:

... ikke nødvendig å så å si stille seg i døra med armene i kors og si nei så å si før folk har fått spurt om noe som helst.

En annen bruker forteller at det er møte i ansvarsgruppen etter behov. Alle får sagt det de mener på møtene, og på den måten fungerer de greit. Vedkommende er imidlertid tvilende til om møtene bidrar til økt innsikt blant deltakerne, og særlig gjelder det sosialkontoret. Vedkommende mener at de bare kjører sitt eget løp. Riktignok hører de på hva andre sier, men de tar det ikke inn over seg, jf. følgende utsagn:

Sosialkontoret er mestre i å trykke ned folk som har det vondt fra før ... er ikke heldig for meg. Psykologen har sagt i fra at dette må dere slutte med fordi det forverrer situasjonen min ... at de må vise skjønn ut fra det jeg har oppnådd i denne tida.

Det blir også pekt på at dersom sosialkontoret gir avslag på en forespørsel, så bør de gi en begrunnelse og eventuelt henvise til andre etater som f.eks. trygdekontoret eller Aetat. Det blir ikke gjort, og hvis brukeren har rettigheter andre steder, må de finne ut av det selv. En av brukerne mener at når en er på tiltak ved Aetat, burde ytelsene være så store at en slapp tilleggsytelse fra sosialkontoret. Denne brukeren får i tillegg bostøtte, og dermed blir et tredje kontor involvert. Etter brukerens oppfatning er dette en oppsplitting av tjenestene som kun bidrar til å gjøre det tungvint for brukerne, og det bør være mulig å finne en bedre løsning.

Det kan være grunn til å minne om at vi på ingen måte opererer med et representativt utvalg, og den negative erfaringen med sosialtjenesten kan ikke

generaliseres til å gjelde kommuner flest. Men de erfaringene det rapporteres om, bør gi grunnlag til ettertanke for involverte aktører. I den første delen av evalueringen registrerte vi ikke at brukerne hadde spesielle vanskeligheter i forhold til sosialtjenesten. At problemene kommer fram nå, kan ha sammenheng med at sosialtjenesten i det store og hele er blitt mer restriktiv i sin praksis i forhold til tildeling og utmålig av supplerende sosial stønad. Slik endring i praksis kan være en følge av økt offentlig oppmerksomhet på kommunenes sosialbudsjett, og pålegg fra ledelsen om innsparing. På den andre siden kan vi ikke se bort fra at problemene også var til stede tidligere, men at vi av ulike årsaker ikke fanget de opp.

Det er ingen av brukerne som har inntrykk av at de blir skjøvet fram og tilbake mellom ulike instanser fordi de kvier seg for å ta ansvar.

6.6.3 Brukermedvirkning

I hvilken grad blir brukerne trukket med i planlegging og utforming av egne tiltak? I materialet vises det i liten grad til eksempler på at brukerne føler seg overkjørt eller ikke er blitt hørt i ulike faser av tiltakene. Hovedinntrykket er at brukerne synes de blir lyttet til, og at det blir tatt hensyn til deres vurderinger. I materialet er det riktignok brukere som forteller at de er blitt ”dyttet” over i tiltak på et for tidlig stadium. På den andre siden er det flere eksempler på brukere som sier at de selv har måttet ta initiativ og ansvar for å komme videre. I forbindelse med disse eksemplene kommer det fram at de mener at til dels for mye ansvar er blitt overlatt til de selv, og de har savnet en støtteperson. Med andre ord det motsatte av å bli overkjørt.

Individuell plan er et virkemiddel ikke bare for samordning mellom ulike instanser i hjelpeapparatet, men også for å involvere bruker i egne tiltak. Da vi gjennomførte den innledende undersøkelsen, antok vi at individuell plan ville være et sentralt hjelpemiddel for brukerne. Undersøkelsen viste imidlertid at individuelle planer så å si ikke var på dagsorden for brukerne. I stedet ble relasjonen til enkeltaktører trukket fram. Det hadde stor betydning at de hadde en fast kontaktperson som fungerte som koordinator og ”advokat” overfor tjenesteapparatet.

Undersøkelsen viser at denne situasjonen i liten grad har endret seg. Mange av brukerne har ikke kjennskap til individuell plan. Men det er også brukere som har hørt om slik plan, men de vet lite om hva det innebærer. Disse brukerne har ikke spurt om ytterligere informasjon. Andre understreker betyd-

ningen av å ta ansvar selv, og de mener at de kan håndtere sin egen situasjon uten slik plan.

Men det er noen av brukerne som har erfaring med individuell plan. Noen sier at det fungerte bra en stund, men så skled det ut med oppfølging. En av disse brukerne mener for øvrig at ansvarsgruppen er viktigere enn den individuelle planen. En annen peker på at det fungerte bra i forhold til målformuleringer, men at planen ikke er blitt endret etter at situasjonen til vedkommende forandret seg. Det blir også pekt på at først kommer handling, og så skjer justering av planen i etterkant. Noen av brukerne som er på yrkesrettet attføring, opplyser at de har handlingsplan i regi av Aetat. Det er imidlertid lite samordning mellom slik attføringsplan og øvrige tiltak.

6.7 Opptappingsplanens betydning

6.7.1 Bakgrunn

Vi ønsker å rette oppmerksomheten mot brukernes vurdering av betydningen av Opptappingsplanen. Iverksetting av planen tok til i 1999, og vår siste datainn-samling skjedde i 2005. Det vil være helt urealistisk å forvente at brukerne har oppfatninger om at planen har hatt/ikke har hatt betydning for deres situasjon. Generelt vil det være slik at flere faktorer virker sammen, og det vil i ettertid være vanskelig å ha begrunnede oppfatninger om årsakssammenhenger. I tillegg kommer at vi her opererer med et langt tidsrom. I den første delen av evalueringen (2002) hadde vi en indirekte tilnærming til problemstillingen. Vi spurte brukerne bl.a. om de hadde kjennskap til at det pågikk et arbeid i kommunen for å styrke tilbudene til mennesker med psykiske lidelser, og eventuelt om dette hadde hatt betydning for deres situasjon. Brukernes respons på disse spørsmåle-ne bekreftet vår antagelse om at de i liten grad relaterte endringer til en konkret reform, eller at de ikke hadde kjennskap til reformen. Det var karakteristisk i den første delen av evalueringen at brukerne viste til forhold som ny og bedre medisin, ny psykiatrisk sykepleier i kommunen og nye trygderegler (økt fleksibilitet mellom trygd og arbeid) på spørsmål om endringer de siste årene. Hoved-inntrykket var imidlertid at det var få endringer i den enkeltes situasjon som direkte kunne relateres til Opptappingsplanen. Men økt satsing innenfor psyki-atri og økt bemanning i kommunen ble i noen grad trukket fram som en endring som har hatt betydning for deres situasjon.

I denne siste fasen av evalueringen har vi også benyttet en indirekte til-nærming for å belyse spørsmålet om Opptappingsplanens betydning. Vi be-gynner med å fokusere på brukernes oppfatninger av hvilken betydning arbeids-

relaterte tiltak har for deres situasjon. Implisitt i denne spørsmålsstillingen er at tilbud om arbeidsrelaterte tiltak er en effekt av Opptappingsplanen. Sagt på en annen måte så er Opptappingsplanen uavhengig variabel og arbeidsrelaterte tiltak mellomliggende variabel.

En annen indirekte tilnærming vi har valgt for å belyse brukernes syn på betydningen av Opptappingsplanen, er holdninger i lokalsamfunnet overfor personer med psykiske lidelser. I utgangspunktet ønsket vi å fokusere på om, eventuelt hvordan, involvering av frivillige organisasjoner i fritidstiltak for personer med psykiske lidelser hadde hatt innvirkning på holdningen til og kunnskapen om slike lidelser blant medlemmene i organisasjonene. Vi antok også at eventuelle endringer i holdninger blant organisasjonsmedlemmer ville bidra til å påvirke holdningene i lokalsamfunnet. Som vi har sett tidligere, har brukerne i undersøkelsen i liten grad erfaring fra deltakelse i aktiviteter relatert til frivillige organisasjoner. Slike organisasjoner er også i liten grad aktive i å involvere folk med psykiske lidelser. Selv om grunnlaget for å spørre om eventuell sammenheng mellom organisasjonsdeltakelse og holdninger til psykisk syke i lokalmiljøet har falt bort, finner vi det likevel interessant å spørre brukerne om hvordan de opplever at holdningene er til psykisk lidelse. Har holdningene endret seg i tråd med at kommunenes virksomhet på feltet er blitt styrket gjennom Opptappingsplanen?

Den tredje innfallsvinkelen vi har benyttet i vår indirekte tilnærming til Opptappingsplanens betydning, er i hvilken utstrekning brukerne kjenner til at det pågår en styrking av arbeidet innefor psykisk helse. Til grunn for denne tilnærmingen ligger en antagelse om at Opptappingsplanen fører til utvikling og konsolidering av tiltak for mennesker med psykisk lidelse, dvs. økt aktivitet i kommunene innefor dette feltet, noe som igjen fører til større kunnskap, og dermed økte muligheter for å nyttiggjøre seg tiltakene.

6.7.2 Deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak

I mange sammenhenger er det vist til at å ha et arbeid å gå til, eller å delta i arbeidsliknende aktivitet, har stor betydning for dagliglivet. Arbeid, eller arbeidsrelatert virksomhet bidrar ikke kun til inntekt, og dermed styrking av økonomisk mulighet til å delta i samfunnslivet, jf. ulike regjeringers satsing på arbeidslinja i velferdspolitikken. Slik virksomhet har også andre effekter; så som en sosial funksjon, det bidrar til strukturering av dagene/ukene og dermed normalisering av livssituasjonen, og det bidrar til opplevelse av mestring med mer (bl.a. Flermoen 2001b).

Et moment som ble trukket fram i første del av evalueringen, var at slike tiltak bidro til å strukturere dagligdagen, og at det ble skille mellom hverdag og helg. Det var imidlertid betydelig variasjon i hvordan en skapte slikt skille. For noen innebar det å være et par timer på aktivitetssenter et par ganger i uka, for andre å delta i attføringstiltak, mens det for andre igjen var en eller annen form for arbeid på deltid. For mange av brukerne var funksjonsevnen imidlertid variabel, og flere av dem var ute av tiltak fordi tilstanden hadde forverret seg. Enkelte av brukerne følte seg også så svekket at det ikke var aktuelt med arbeidsrelaterte tiltak.

I den fasen av evalueringen som vi nå rapporterer fra, var det brukere som hadde vært i fast arbeid i flere år før de ble syke. Disse brukerne understreket at det har verdi ut over de økonomiske implikasjonene å delta i arbeidslivet. Å innstille seg på at en måtte slutte å arbeide var vanskelig. Som en av dem uttrykte det:

Det var en tøff prosess å miste arbeidet ... det var det siste en ville.

Vi har tidligere vært inne på at flere av brukerne mener at de fikk mangelfull oppfølging fra arbeidsgiver da de ble syke. Flere av de som er på yrkesrettet attføring er usikre på arbeidskapasiteten sin. Å måtte innse at en ikke kommer tilbake til arbeidslivet, i hvert fall ikke på heltid, kan være en vanskelig prosess. Det oppleves som et nederlag, men at arbeid og uførestønad kan kombineres gjør det lettere for enkelte å forsones seg med situasjonen.

Brukerne framhever både den sosiale betydningen, og at arbeidsrelaterte tiltak bidrar til å strukturere hverdagen og gi den et innhold. Utsagnet om at deltakelse i arbeidsrelatert virksomhet bidrar til "at onsdag ikke er det samme som søndag" har like stor gyldighet som da vi skrev den første rapporten. I tillegg er det mange som framhever betydningen av å ha "noe" å gå til. Det blir hevdet at de føler seg friskere, og at tilstanden er mer stabil, etter at de kom i arbeid. Når en er på arbeid, glemmer en seg selv og sine egne problemer. En av brukerne, som nå er i gang med et skoleopplegg, sier eksempelvis at uten det så hadde han/hun sittet hjemme hver dag bak en låst dør. En annen understreker også at det betyr mye å ha jobben å gå til. Vedkommende sier at uten den så hadde han/hun antakelig ikke kommet seg opp av senga.

Jeg har en tendens til å bli liggende fordi jeg tenker at det er ingen som trenger meg, så hva skal jeg stå opp for. ... Når mandagen kommer så er alt reddet for meg.

På samme måte som i første del av evalueringen, er det betydelig variasjon i hvor omfattende tiltakene må være for at de skal ha positiv virkning. Det må ikke nødvendigvis være et daglig opplegg, men f.eks. at en har program et par faste dager i uka. For mange betyr det mye å vite at på en bestemt dag, til et bestemt klokkeslett skal en være på et bestemt sted og utføre bestemte oppgaver.

I tillegg til å gi hverdagen innhold, styrker det selvfølelsen å ha et arbeid å gå til. Flere peker på det positive i å føle at de gjør nytte for seg, og derved får de også en opplevelse av å være verdt noe. Det betyr mye å få anerkjennelse for det en gjør, og at en opplever at egen innsats har betydning for arbeidsstedet. Her er et knippe av utsagn som viser det:

Å komme hit på jobb, og føle at de trenger meg her, det er helt utrolig.

...jeg følte meg så unyttig da jeg bare gikk hjemme.

Lønn betyr lite, det viktigste er å ha noe å gå til.

Både lærere, medelever og studieveileder har stor tro på meg, gir meg guts og selvtillit til å stå på,... har aldri hatt det tidligere. Gir meg svært mye at folk har tro på meg, har aldri opplevd det før.

6.7.3 Holdninger til psykiske lidelser

Vår andre tilnærming til spørsmålet om brukernes oppfatninger om betydningen av Opptrappingsplanen for deres livssituasjon, er å sette søkelys på holdninger i lokalsamfunnet til mennesker med psykiske lidelser. Hvilke holdninger møter de, og har det skjedd noen endringer de senere årene?

Dette temaet tok vi også opp i første del av evalueringen. Det var nesten ingen brukere som rapporterte om klare negative opplevelser, men det kom fram at det kan være noe problematisk med folkesnakk på mindre steder. Hovedinntrykket til brukerne var at folk har lite kunnskap om psykiske lidelser. Det gjør at de blir avventende, men som regel ikke negative. Det ble også pekt på at folk kunne være avvisende fordi de fryktet egne latente psykiske problemer. Brukerne var relativt enige om at for å endre folks holdninger, var det positivt med omtale av psykiske lidelser i media. I tillegg ble det vist til som positivt at kjente personer står fram med sine lidelser.

I denne siste intervjurunden er det brukere som forteller at de har møtt negative holdninger. De sier at de blir ”stemplet” når det kommer fram at de har en slik lidelse, og det gjør situasjonen vanskelig. I et par av kommune ble det vist til relativt nye saker hvor bygging av boenheter for psykisk syke hadde møtt motstand i lokalmiljøet. Det ble mye diskusjon om lokalisering fordi naboer ikke ville ha boligen i sitt nærrområde. Bl.a. ble det hevdet at en slik bolig ikke kunne plasseres i nærheten av en skolevei. En av brukerne har opplevd utspill om at denne gruppen er uønsket i boligområdet fra folk han/hun kjenner til, men som ikke vet at vedkommende sliter med psykiske problemer og faktisk bor i et slikt bofellesskap. Det er også brukere som mener at det ikke har skjedd noen endringer i holdninger blant folk flest overfor mennesker med psykiske lidelser. Folk flest er ikke interessert, og de orker heller ikke å sette seg inn i hva det innebærer å ha en slik lidelse. Dersom de ikke har noen i familien eller omgangskretsen med psykisk lidelse, har de ikke noe kjennskap til hva det innebærer. Riktignok viser en surveyundersøkelse at nesten tre av fire personer opplyser at noen de kjenner godt har hatt psykisk lidelse i løpet av de siste tre årene (Sverdrup og Bratt 2003). Brukerne i vår undersøkelse mener at generelt er det for lite åpenhet i forhold til psykiske lidelser. Det er også noen av brukerne som avviser problemstillingen ved å hevde at de gir blaffen i hva folk måtte mene om at de har en psykisk lidelse. De hevder imidlertid at de ikke har hatt negative opplevelser. En av brukerne mener at holdningen til psykisk syke har endret seg mens vedkommende har vært syk (siden siste halvdel av 90-tallet). Vedkommende mener at det er blitt mer godtatt å ha psykiske problemer, og hun/han mener å ha registrert en ”sunn” nysgjerrighet på hva aktivitetssenteret egentlig er, og hva det kan tilby.

Brukere i noen av kommunene peker på at lokalpolitikere mangler innsikt i og forståelse for hvilke behov disse brukerne har, særlig når det gjelder langsiktighet og forutsigbarhet. Lite innsikt viser seg eksempelvis ved manglende bevilgninger til aktivitetssentrene, det gjelder både til nødvendig vedlikehold og til personell, og ved at det skjæres ned på midler til støttekontakt.

Når det gjelder spørsmål om hva som kan gjøres for å bidra til at folk endrer holdninger, så mener brukerne det er nødvendig med mer åpenhet og økt kunnskap. Her vises det til fagfolk som bør bidra både gjennom åpne møter og i media. Men media utgjør et tveegget sverd, mener en del. På den ene siden kan, og bør de i større grad enn det som blir gjort, bidra med saklig informasjon. Men oppslag i media, og spesielt på TV, er helst i forbindelse med at personer med psykiske lidelser har utført grusomme handlinger, og det virker selvfølgelig skremmende. På den måten bidrar media sterkt til å opprettholde fordommene, siden det for folk flest er vanskelig å skille mellom ulike typer av psykiske lidelser. Folk flest har heller ikke kunnskap om at det kun er et meget lite mind-

retall av de som har psykisk lidelse, som risikerer å begå grove overgrep. Noen av brukerne mener at i media blir søkelys satt enten på ekstreme tilfeller, eller på lettere depressive tilstander hos kjente personer. De hevder at begge deler bidrar til å gi et skjevt bilde av hva psykiske lidelser i det store og hele dreier seg om. Det er derfor ønske om sterkere fokus på situasjonen til alle som befinner seg i området mellom disse to tilstandene, noe som ville gi et mer realistisk bilde.

6.7.4 Kjennskap til Opptappingsplanen

I hvilken grad er brukerne klar over at det pågår en styrking av arbeidet innenfor psykisk helse? Som vi var inne på innledningsvis i dette underkapitlet, var det et hovedinntrykk i første fase av evalueringen at brukerne i liten grad relaterte endringer i sin livssituasjon til Opptappingsplanen.

En god del av brukerne har ikke hørt om at det pågår en styrking av virksomheten innenfor psykisk helse. De har heller ikke registrert noe opptapping, det er heller nedrapping, innen psykiatrien de senere årene. Følgende utsagn er karakteristisk:

... snarere er det vel slik at psykiatrien blir satt på vent hele tiden, er ikke så viktig virker det som.

Frustrasjon i forhold til kommuneadministrasjonen og politikernes disposisjoner kommer til uttrykk i noen av kommunene. En bruker har inntrykk av at både administrasjon og kommunepolitikere er lite interesserte i dette området, og sier følgende:

Opptapping? For å si det rett ut så er det en eneste kamp for å beholde de pengene som er øremerket til psykiatri. Kommunen vil ha de til sitt bruk. Det er stadig kamp for å få beholde det vi har... se på husleien til aktivitetssenteret som kommunen stadig legger på ...setter den så høyt at de får sin kvote på den måten ... føles veldig feil for oss som er brukere at kommunen skal være så grådig.

Det blir uttrykt anerkjennelse til psykiatrikoordinator som de mener har stått på og kjempet for å opprettholde tjenestetilbudet. Men de er bekymret for hvor lenge hun vil ha både energi og vilje til å bruke så mye av sin tid til ”den evige kampen mot kommunen”.

En av brukerne mener å ha hørt noe på nyhetene om en Opptrappingsplan, men vedkommende har ikke hørt noe om den lokalt. Ved nærmere ettertanke har hun/han hørt at det er opprettet en ny stilling i kommunen innen psykiatrifeltet, og mener at det antakelig er en sammenheng. Dette utsagnet kan ses i lys av at tiltakene er blitt etablert litt etter litt, og at det psykiske helsearbeidet er blitt en naturlig del av det lokale tilbudet. Men i noen av kommunene er det betydelig usikkerhet blant brukerne i spørsmål om tjenestetilbudene vil bli opprettholdt på det nivået en har i dag. Konkret gjelder det framtiden til aktivitetssentrene og videreføring av ordningen med støttekontakter.

6.8 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet ser vi problemstillingene fra brukernes ståsted. Det innebærer at vi retter oppmerksomheten mot brukernes erfaringer med hvordan det blir lagt til rette for at de kan delta i arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak. Dette omfatter brukernes medvirkning i planlegging og tilrettelegging av slike tiltak, og i hvilken grad tiltaksapparatet samarbeider for at tjenestene skal bli helhetlige og sammenhengende. Videre har vi undersøkt i hvilken grad brukerne mener det har skjedd endringer som har hatt betydning for deres livssituasjon, som de mener kan relateres til Opptrappingsplanen.

Situasjonen for de 37 brukerne som er intervjuet, er svært ulik. En del er inne i attføringsløp som de regner med vil føre dem tilbake til det ordinære arbeidslivet på hel- eller deltid, mens andre har uførestønad og er tilfredse med tilbud på aktivitetssenter én til to ganger i uka. Mellom disse ytterste kategoriene er det brukere som deltar i tiltak med ulik grad av strukturering. Fordelen med en slik heterogen informantgruppe er at datamaterialet i noen grad vil avspeile mangfoldet i erfaringer og oppfatninger. Ulempen er at det kan være problematisk å trekke ut hovedsynspunkter fra materialet.

Vi har valgt å se på arbeidsrettede tiltak, tiltak ved aktivitetssentrene og fritidstiltak hver for seg. Når det gjelder tilrettelegging for deltakelse i arbeidsrettede tiltak, kan brukernes synspunkter på tiltakene i de aktive kommunene oppsummeres i følgende tre stikkord: fleksibilitet, tilpasset progresjon og forutsigbarhet.

Fleksibilitet er i stor grad knyttet til behov for å få tillit og å bli verdsatt i arbeidssituasjonen. Vi kan snu det rundt, og si at det handler om behov for ikke å bli mistrodd og mistenkt for å forsøke å sluntre unna når en har en dårlig dag/dårlig periode. Dette forutsetter at arbeidet er lagt opp slik at det kan tas høyde for at arbeidsinnsatsen varierer, og at det er forståelse og aksept blant

både ledere og kolleger for at slik variasjon finner sted. Det betinger igjen at ledelsen har generell innsikt i hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, og i noen grad hvordan den arter seg for den enkelte bruker. Det kan være et problem i enkelte tiltak at innsikten på dette feltet ikke er god nok. For brukerne har det stor betydning at de blir tatt vare på i jobbsituasjonen, og særlig når en har dårlige perioder. Den sosiale siden ved arbeidssituasjonen betyr også mye. I tillegg til at brukerne føler både forpliktelse og ansvar i forhold til å overholde inngåtte arbeidsavtaler, er vissheten om at det er noen å prate med på jobb en stimulan til å komme seg av gårde også på tunge dager.

Behovet for *tilpasset progresjon* er knyttet til et dilemma som innebærer at den ansvarlige må ha god innsikt i situasjonen til den enkelte bruker for å kunne håndtere det på en tilfredsstillende måte. Dilemmaet går ut på at på den ene siden skal bruker oppmuntres, og kanskje i noen grad dyttes på, for å strekke seg mot mål som er realistiske for vedkommende. På den andre siden må ikke presset være for stort, slik at vedkommende får (enda) en opplevelse av å komme til kort. Men dersom ”apparatet” rundt den enkelte bruker ikke ser muligheter, men avfinner seg med at vedkommende har et ”godt nok” tilbud, er det fare for at potensial for videre utvikling ikke bli utnyttet. I denne sammenheng vil en fast kontaktperson som bruker kjenner godt og har tillit til, kunne spille en viktig rolle. Selv om det i materialet er eksempler på at brukere har opplevd til dels betydelige nedturer fordi de ikke har klart å følge opp tiltak, er det etter vår vurdering grunn til å stille spørsmål ved om brukerne i tilstrekkelig grad blir sett og vurdert ut fra sine muligheter. Det er et spørsmål om det kan være slik at brukernes situasjon på både kort og lengre sikt kan bedres dersom ”apparatet” rundt den enkelte bruker i større grad har oppmerksomhet rettet mot slike problemstillinger. Her vil det være betydelige forskjeller i hvor aktivt det psykiske helsearbeidet er i kommunene.

Behov hos brukerne for å ha kontroll og *forutsigbarhet* er først og fremst knyttet til den økonomiske situasjonen, men har også sammenheng med behov for å ha oversikt over hva en skal gjøre framover. Brukerne viser til at vedtak i forbindelse med både attføring (Aetat) og medisinsk rehabilitering (trygdekontoret) ofte har tre-måneders varighet. Siden dette er tiltak som det er knyttet økonomisk ytelse til, kan det være problematisk for brukerne å forholde seg til denne kortsiktigheten. Det blir hevdet at manglende forutsigbarhet gjør situasjonen vanskelig fordi det virker stressende på brukerne. Flere mener at dersom vedtakene har lenger varighet, så vil de også ha bedre effekt.

Vi har også sett på brukernes erfaringer med Aetat, og de er blandete. På den ene siden er det brukere som er meget fornøyde med det tilbudet de får fra denne etaten, og de mener at det gir god mulighet til å komme videre og på sikt få et ordinært arbeid på hel- eller deltid. Men det er også brukere som mener at

ansatte i Aetat har for lite innsikt i hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, at de ansatte ikke er interesserte i å arbeide med folk som har slike lidelser, at etaten er lite fleksibel og i liten grad følger opp brukerne. Ut fra erfaringene som brukerne rapporterer om, ser det ut som at situasjonen ved en del av Aetats lokalkontor i liten grad er blitt endret siden vi foretok den første kartleggingen i fase én av evalueringen.

Brukernes erfaringer med tiltak ved aktivitetssentrene avspeiler at disse opererer i en mellomposisjon i forhold til å være rettet mot sosialt samvær/fritid og arbeidsrelatert virksomhet. Brukernes erfaringer avspeiler også at det er stor variasjon mellom kommunene i hvordan opplegget er, og hvilke behov hos brukerne som aktivitetssentrene imøtekommer. Brukerne deltar i tilbud som spenner fra uforpliktende sosialt fellesskap et par timer i uka, til opplegg som forutsetter oppmøte til avtalt tid for å delta i en avtalt aktivitet. I noen tilfeller er dette ledd i en kjede av tiltak, og det forventes progresjon. I mellom disse ytterpunktene finner vi ulike grader av forventning om forpliktelse fra brukernes side. Ved sentrene som har stor grad av uforpliktende opplegg og lite fagutdannet personale, ble det etterlyst mer kompetanse hos de ansatte og mer tilrettelagte tiltak. For andre var det nettopp fraværet av forventninger og forpliktelse som ble framhevet. På aktivitetssenteret har noen av brukerne fast kontaktperson som de har utviklet nær personlig relasjon til. Denne kontakten betyr mye for den enkelte.

Brukerne etterspør i liten grad fritidstiltak ut over det de har tilbud om, og i det store og hele er de fornøyde med fritidstiltakene de deltar i. Men det innebærer ikke at flertallet av brukerne har en aktiv fritid. Mange viser til at de bruker fritid/ledig tid sammen med familie og venner, og de ønsker ikke tiltak/aktiviteter ut over det. Det kan her være på sin plass å minne om at passivitet, tilbaketrekning og sosial angst er karakteristiske trekk ved en del psykiske lidelser. Sett i det lyset er det betimelig å stille spørsmål ved kommunenes tilbud om fritidstiltak for folk med psykiske lidelser. Vil større oppmerksomhet om slike aktiviteter bidra til at hverdagen blir mer meningsfylt for denne brukergruppen? Ut fra brukernes tilbakemeldinger synes det som om det har skjedd lite i kommuner som under den første datainnsamlingen (2002) og i mellomperioden hadde kommet kort med å legge til rette for fritidstiltak. I kommuner som i evalueringsperioden har vært i gang, eller har kommet langt i å legge til rette for slike tilbud, har det funnet sted en konsolidering og i noen kommuner en styrking og videreutvikling av tiltakene. Dette gjelder i første rekke enkelte av de mellomstore og de store kommunene. Som vi har pekt på flere ganger, er brukernes situasjon svært forskjellig, noe som også avspeiles i oppfatninger om fritiden. Eksempelvis blir det pekt på både fordeler og ulemper ved egne fritidstiltak for denne gruppen. Ikke overraskende er det brukere i de store kommune-

ne som har tilgang til slike tiltak gjennom spesielle prosjekter innenfor rammen av Opptrappingsplanen. I de små kommunene og enkelte av de mellomstore vil det være tiltak, fortrinnsvis på dagtid, i regi av aktivitetssenteret som er aktuelle.

Tjenestene som brukerne får, bør utgjøre en sammenhengende helhet, og det krever samarbeid og samordning innen ulike deler av tjenesteapparatet. På samme måte som ved den innledende undersøkelsen, rapporterer brukerne om både positive og negative erfaringer vedrørende slikt samarbeid. Men hovedinntrykket er at samordning og koordinering mellom ulike instanser fungerer greit. Riktignok har en del av brukerne jevnlig kontakt med få instanser over tid, og behovet for koordinering vil derfor være begrenset. Men flere av brukerne har opplevd å måtte vente på planlagte tiltak. Oppfølgingen i slike perioder har stort sett vært mangelfull, og slike venteperioder har vært vanskelige. Brukerne beskriver dem som å være i et stort tomrom hvor det de møysommelig har bygd opp over tid, raskt blir brutt ned.

Til forskjell fra den første undersøkelsen, er det flere som viser til dårlige erfaringer med sosialkontoret. Det går både på hvordan brukerne blir møtt av sosialtjenesten, og på innholdet i de tjenestene som gis. Det dreier seg bl.a. om at brukerne ikke får begrunnelser dersom de får avslag på søknad om økonomisk stønad, eller får opplyst at de kan ha rettigheter enten innefor trygdesystemet eller hos Aetat. I denne sammenhengen kan det være betimelig å minne om at disse negative erfaringene ikke kan generaliseres til å gjelde de fleste sosialkontorene. Men disse erfaringene bør gi grunnlag for ettertanke hos aktuelle aktører.

Individuell plan er et hjelpemiddel for både å samordne ulike tiltak og involvere bruker. Hovedinntrykket er at individuell plan har liten betydning for brukerne i undersøkelsen. Dette er i tråd med erfaringene fra første del av evalueringen. Men det innebærer ikke at tiltak kommer i stand uten at brukerne medvirker. De involveres på ulike måter, og ansvarsgrupper og ikke minst en fast kontaktperson blir tillagt stor betydning. Det er ingen av brukerne som sier at de blir skjøvet mellom ulike instanser uten at noen tar ansvar.

Det siste spørsmålet vi har sett på i dette kapitlet, er i hvilken grad brukerne mener det har skjedd endringer som har hatt betydning for deres livssituasjon, som de mener kan relateres til Opptrappingsplanen. For å danne oss et bilde av disse oppfatningene har vi benyttet en indirekte tilnærming bestående av tre innfallsvinkler. Vi har først sett på hvilken betydning brukerne mener at arbeidsrelaterte tiltak har for deres situasjon. Deretter har vi rettet oppmerksomheten mot hvilke holdninger som møter brukerne i lokalsamfunnet. Til slutt har vi sett på i hvilken grad brukerne har kjennskap til at det pågår en styrking av arbeidet innenfor psykisk helse.

Spørsmål om betydningen av arbeidsrealterte tiltak bygger på en antagelse om at tilbud om slike tiltak er en følge av Opptrappingsplanen. Betydningen av å ha et arbeid å gå til, eller å delta i arbeidslignende aktiviteter, er blitt vektlagt i mange sammenhenger. Både i første del av evalueringen, og i denne delen, blir dette understreket. Å delta i arbeidslivet i en eller annen form har verdi langt utover det lønnsmessige. Viktige momenter er at det sørger for at en har ”noe å gå til”, det bidrar til å strukturere hverdagen og til at det blir skille mellom hverdag og helg. I tillegg til det rent sosiale, framheves betydningen av å være verdsatt. Å få bekreftelse på at en betyr noe for arbeidsstedet styrker selvfølelsen, og gir en positiv følelse av mestring. Dette indikerer at Opptrappingsplanen har hatt positiv betydning for brukerne i undersøkelsen ved å bidra til en mer meningsfylt livssituasjon.

Når det gjelder holdninger til mennesker med psykiske lidelser, kommer det fram at brukerne har møtt negative holdninger. Men mest typisk er at brukerne erfarer at folk flest mangler kjennskap til hva det vil si å ha en psykisk sykdom. De som ikke har noen i familien eller i omgangskretsen som har slik lidelse, har i hovedsak sin informasjon fra oppslag i media. Det dreier seg da om grove forbrytelser, eller kjendiser som står fram med sine lettere depresjoner. Dette fører til at det skapes et meget skjevt bilde av hva psykisk sykdom egentlig dreier seg om.

Den siste innfallsvinkelen vi brukte for å få et bilde av hvilken betydning brukerne mener at Opptrappingsplanen har for deres situasjon, var i hvilken grad de har kjennskap til at det pågår en styrking av virksomheten innenfor psykisk helse. På samme måte som ved intervjuene i fase én, er det flere som ikke har hørt om dette arbeidet. I noen av kommunene ble det vist til at det snarere er i gang en nedtrapping enn opptrapping av tilbudet innenfor psykisk helse. Brukerne mente at både administrasjon og politikere lokalt hadde liten innsikt i hva det vil si å ha en psykisk lidelse, og hva som er viktig i deres situasjon. Eksempelvis ble det uttrykt bekymring for virksomheten ved aktivitetssentre og ukentlig timetall for støttekontakt. Sett i lys av at Opptrappingsplanen har vært virksom i kommunene siden 1999, kan det synes lite oppløftende at brukerne ikke i større grad hadde kjennskap til planen. Men som vi har vært inne på, viser også andre undersøkelser at brukere i liten grad relaterer endringer i egen situasjon til konkrete reformer. Det har bl.a. sammenheng med at flere faktorer virker sammen, og i ettertid vil det være vanskelig å ha begrunnede oppfatninger om årsakssammenhenger. En annen årsak kan være at tilbudene i tilknytning til psykisk helsearbeid gradvis er blitt utviklet i løpet av disse årene, og nå inngår som en naturlig del av tjenestetilbudet.

7 AVSLUTNING

Hovedmålsettingen med prosjektet er å evaluere iverksetting av Opptrappingsplanen på lokalt nivå når det gjelder å legge til rette for at brukere med langvarige psykiske lidelser får muligheter til å delta i meningsfylt virksomhet knyttet til både arbeid og fritid. Dette er tiltak som krever medvirkning fra flere instanser på ulike forvaltningsnivå. Oppmerksomheten rettes derfor mot hvordan slike tiltak praktiseres, og på virkninger av tiltakene.

Undersøkelsen er en følgeevaluering, og den er delt i to hovedfaser (datainnsamling 2002 og 2005) med en mellomperiode. Hovedformålet med fase én er å beskrive status når det gjelder lokal tilrettelegging av yrkesrelaterte tiltak og fritidstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser. Denne beskrivelsen danner grunnlaget for evalueringen av kommunenes virksomhet når det gjelder tilrettelegging av slike tiltak.

Datamaterialet består av intervju og skriftlig materiale fra 12 casekommuner i Helseregion Sør. Kommunene er valgt ut fra størrelse, geografi (fylke), kommunenes inntekter, ansatte innen psykisk helsearbeid etc. Det er gjennomført intervjuer i fase én og to med følgende kategorier: brukere, dvs. voksne (over 18 år) med langvarige psykiske lidelser, ansatte innen kommunene, Aetat og spesialisthelsetjenesten som arbeider med den aktuelle brukergruppen og representanter fra frivillige organisasjoner (kultur- og fritidsorganisasjoner og humanitære organisasjoner). Det er gjennomført ca 100 intervjuer i henholdsvis fase én og to. I tillegg er det gjort to ”oppdateringer” i mellomperioden. Det innebærer at kontaktpersonene i kommunene ga tilbakemeldinger (skriftlig eller muntlig) på åpne, skriftlige spørsmål.

Hovedfunnene i undersøkelsen er følgende:

Organisering: En av intensjonene i Opptrappingsplanen er at mennesker med psykiske lidelser skal ha en meningsfylt hverdag. Dette skal skje gjennom tilrettelegging for deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak i den utstrekning det synes hensiktsmessig for den enkelte bruker, og mulighet for deltakelse i fritidstiltak ut fra individuelle ønsker og interesser (jf. St.prp. nr 63 (1997-98), kap.1.2). Dermed kommunene skal oppfylle disse intensjonene, krever det samarbeid og samordning mellom ulike instanser på kommunalt nivå og mellom instanser på kommunalt og statlig forvaltningsnivå. Det tilsier at organisering lokalt har betydning for problemstillingene i undersøkelsen.

Kommunal organisering karakteriseres av stort mangfold i organisasjonsløsninger, og det gjenspeiles i organisering av psykisk helsearbeid. Ett sentralt

spørsmål vedrørende organisering av psykisk helsearbeid er om virksomheten bør samles i en egen avdeling/seksjon som ledes av psykiatrikoordinator, eller deles mellom ulike enheter. Spissformulert innebærer det om psykisk helsearbeid skal "spesialiseres" eller være en integrert del av det øvrige kommunale tjenestetilbudet. Den siste modellen er i tråd med styringssignaler fra sentralt hold. Blant de 12 case-kommunene har kun tre valgt denne modellen. Alle tre har mer enn 20 000 innbyggere. Disse tre kommunene er aktive både med hensyn til arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak, men vi kan ikke ut fra det slutte at modellen er mest fordelaktig for etablering av slike tiltak. De ansatte i de ni øvrige kommunene peker imidlertid på følgende tre fordeler med egen avdeling/seksjon: 1) Gir bedre oversikt over bruk av psykiatrimidlene og hindrer derved "lekkasje" til andre områder. 2) Psykisk helsearbeid blir mer synlig overfor befolkningen, kommunepolitikerne og andre instanser på både kommunalt og statlig nivå. 3) Psykisk helsearbeid ledes av psykiatrikoordinator som, selv om forutsetningene varierer, har vesentlig betydning for følgende funksjoner: Innhold og utøvelse av psykisk helsearbeid, ta initiativ og være pådriver – og derigjennom bidra til at arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak kommer på dagsorden lokalt, og koordinering mellom ulike instanser og aktører.

Samarbeid: Når det gjelder samarbeid på kommunalt nivå, er det et hovedinntrykk at psykisk helsearbeid i løpet av evalueringsperioden i økende grad har glidd inn i, og blitt en del av det kommunale tjenestetilbudet. I begynnelsen av evalueringen var samarbeidet med fastlegene vanskelig. Selv om dette samarbeidsforholdet fremdeles er problematisk i noen av kommunene, er fastlegene blitt mer aktive i forhold til brukere med psykiske lidelser.

En annen samarbeidsrelasjon som var problematisk innledningsvis i evalueringen, var forholdet til spesialisthelsetjenesten. Fra kommunenes side framsto tjenesten som fjern og til dels problematisk å samarbeide med. Dette har endret seg i løpet av evalueringsperioden, særlig i forhold til DPSene. Fra begge sidene legges det vekt på at uformell kontakt har større betydning enn tidligere, og at det er blitt innarbeidet rutiner for samhandling. Men sett fra kommunenes side preges samhandlingen fremdeles av at maktforholdet er ujevnt. Dersom det er ulike oppfatninger i en sak, er det spesialisthelsetjenesten som har det avgjørende ordet.

Da evalueringen startet, antok vi at Aetat ville være en sentral samarbeidspartner for psykisk helsearbeid i kommunene når det gjelder arbeidsrettede tiltak. Dette har i liten grad vist seg å holde stikk. Det er noen unntak, men i det store og hele har kommunene i hele evalueringsperioden etterlyst engasjement fra Aetats side. Aetat har imidlertid lagt vekt på at sentralt mål for etaten er å få folk i ordinært arbeid, og at tiltak relatert til beskjeftigelse ikke inngår i deres oppgaver. Selv om det fra kommunenes side kan synes som om Aetat i noe

større grad er blitt oppmerksomme på psykiske problem, er det ikke noe som tyder på at etatens prinsipper, arbeidsmetoder og tiltaksspekter i større grad er blitt tilpasset denne brukergruppen. Aetat på sin side rapporterer om lite behov for å samarbeide med psykisk helsearbeid i kommunene. Ansatte i Aetat mener at etaten internt har tilstrekkelig kompetanse for tjenesteyting overfor arbeidssøkere med psykiske vansker. Dersom det er uavklarte spørsmål i forbindelse med behandlingsopplegget, blir fastlegen/behandlende lege kontaktet.

Begge parter mener imidlertid at samarbeidet mellom Aetat og spesialisthelsetjenesten fungerer greit. Men ett problem som Aetat viste til, var at brukere som ikke er klare for arbeidsmarkedet, blir henvist til etaten. Slik henvisning er gjerne initiert av ønske om å utløse økonomisk bistand. Et annet problem kan være manglende kontinuitet i arbeidet i perioder med vakanser innenfor spesialisthelsetjenesten. DPSene pekte på at det kan være betydelig variasjon i hvordan de enkelte Aetat-kontorene forholder seg til brukere med psykiske lidelser. Ved noen av kontorene er en innstilt på å se det positive hos den enkelte bruker og utnytte det skjønnsmessige handlingsrommet som regelverket gir. Andre har i større grad oppmerksomheten rettet mot begrensningene til både den enkelte bruker og i etatens regelverk.

Gjennom hele evalueringen har Aetat pekt på at de merker at ulik tankegang og ulik kultur gjør seg gjeldende i samarbeid med andre instanser. Det blir også vist til at andre instanser ikke har tilstrekkelig kjennskap til hva Aetat står for. For å etablere en felles forståelse vises det til nødvendigheten av dialog mellom ulike instanser og faggrupper. Men det er en utfordring å kunne avsette tid til slik utveksling.

Bruk av individuell plan: Da evalueringen startet, antok vi at individuell plan ville være et aktuelt hjelpemiddel for å legge til rette for samarbeid og samordning i forbindelse med tiltak på individnivå for målgruppen. Vår undersøkelse viser imidlertid at det har gått trått å ta dette hjelpemidlet i bruk. Hovedbegrunnelsen for ikke å gjøre det, er at brukerne ikke ønsker slik plan. Et annet argument er at det er ressurskrevende både å utforme og følge opp individuelle planer. Men det er også koordinatorene som hevder at slike planer er gode hjelpemidler for å inkludere både bruker og ulike deler av tjenesteapparatet, og synliggjøre ansvarsforholdene.

Brukerne på sin side gir uttrykk for at individuell plan har liten betydning. Mange av dem vet lite om hva det innebærer å ha en slik plan. Blant de som hadde erfaring på området, ble det hevdet at planen fungerte greit til å begynne med, men at den i liten grad ble fulgt opp. Ut fra brukernes tilbakemeldinger har det skjedd lite på dette feltet i løpet av evalueringsperioden.

Aetats funksjon overfor arbeidssøkere med psykiske lidelser: Da evalueringsarbeidet startet, la vi til grunn at Aetat ville være en sentral samarbeidspartner for kommunene når det gjelder tilrettelegging og gjennomføring av arbeidsrettede tiltak for mennesker med psykiske lidelser, jf. Opptappingsplanens intensjoner. Ovenfor har vi sett at slikt samarbeid er lite utviklet i flere av kommunene. På denne bakgrunn anså vi det for hensiktsmessig å rette søkelyset mot Aetats funksjon overfor arbeidssøkere med psykiske lidelser. De ansatte i Aetat mente gjennomgående at etaten er godt rustet for tjenesteyting overfor arbeidssøkere med psykiske lidelser. Etaten har til rådighet et bredt spekter av tiltak som gir stor fleksibilitet og gode muligheter for å utforme individuelt tilpassede opplegg i alle faser av arbeidssøkerprosessen. Etaten har god kompetanse internt, bl.a. gjennom Arbeidsrådgivningskontorene. Kompetanse utover det etaten besitter, f.eks. i forbindelse med behandlingsopplegg, kan hentes inn hos behandlende lege. Men det er ansatte som mener at de trenger mer kunnskap innenfor feltet, særlig i forbindelse med avdekking av psykiske problemer. En gruppe arbeidssøkere som etaten imidlertid føler seg mindre rustet til å håndtere, er brukere med psykiske lidelser som har vært på medisinsk rehabilitering, men som på grunn av regelendringer i trygdeetaten blir henvist til Aetat. Etaten hevder at mange i denne gruppen fungerer for dårlig til å være reelle arbeidssøkere.

Arbeidsrelaterte tiltak: I mål og verdigrunnlag for Opptappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-98)) tas det til orde for at tjenestene må utformes slik at de imøtekommer den enkeltes behov bl.a. for å delta i meningsfylt aktivitet. For å få et mest mulig normalt liv skal det legges til rette for tilbakeføring til arbeidslivet, eller dersom dette permanent eller midlertidig ikke er mulig, å delta i annen meningsfylt aktivitet. Det blir pekt på at mennesker med psykiske lidelser ofte har problemer i forhold til arbeidsmarkedet. Kommunene skal derfor satse på tiltak som bidrar til at flere kan nyttiggjøre seg tiltakene til Aetat, jf. pkt 4.7 i Stortingsproposisjonen. Et sentralt spørsmål i vår evaluering er hva kommunene gjør for at mennesker med langvarige psykiske lidelser kan tilbakeføres til arbeidslivet.

Vi har fulgt utviklingen i de 12 case-kommunene siden 2002. Den første kartleggingen viste betydelige forskjeller mellom kommunene, og det var de fire største som var kommet best i gang med slike tiltak. Disse kommunene var også godt i gang med oppfølging av Opptappingsplanen i det store og hele. I løpet av mellomperioden kom to av de mellomstore og én av de små kommunene også i gang med tiltak på dette området, mens det skjedde lite i de resterende fem kommunene. I slutfasen av evalueringen er situasjonen en todeling mellom sju aktive og fem mindre aktive kommuner. I den siste gruppen er det lite oppmerksomhet og engasjement i forbindelse med arbeidsrelaterte spørsmål, og

årsakene er sammensatte. En iøynefallende forskjell er ulikhet koplet til lokalt arbeidsmarked, og hvor de store kommunene åpenbart har fordeler. Men blant case-kommunene er det én liten og to mellomstore som også er aktive på feltet. Karakteristiske trekk ved disse kommunene er at de i stor grad utnytter de mulighetene som ligger lokalt. Ansatte i psykisk helsearbeid har god lokalkunnskap, og har kjennskap til potensielle arbeidsgivere, noe de drar nytte av for å finne lokale tiltaksplasser. I tillegg har de godt samarbeid med lokal arbeidsmarkedsbedrift eller aktivitetssenter som har utviklet varierte, men forpliktende opplegg, til dels i samarbeid med Aetat.

De store kommunene har lagt opp virksomheten koplet til arbeidsrelaterte tiltak for målgruppen på ulike måter, men det er også klare likhetsrekk. I de aktive kommunene har utvikling av tiltak skjedd ved kapasitetsøkning innenfor bestående virksomheter, ved knoppskyting fra slik virksomhet og gjennom engasjement, åpenhet og vilje/evne til nytenkning hos ansatte når det gjelder å finne fram til individuelle løsninger. Ut fra vår vurdering er det i disse fire kommunene utviklet et bredt spekter av tiltak, og det er bevissthet og engasjement knyttet til nødvendigheten av å legge til rette for at brukerne kan få en meningsfylt hverdag. Sammen med tiltaksapparatet til Aetat har en i de fire kommunene nødvendige virkemidler for å utvikle hensiktsmessige tiltaksopplegg for den enkelte bruker. Knapphetsfaktoren er imidlertid kapasitet, og det gjelder hele spekteret av virkemidler. Med andre ord er det ikke først og fremst utvikling av nye virkemidler det er behov for, men kapasitetsøkning innenfor det etablerte apparatet. Vi har imidlertid presisert at dette ikke innebærer at disse kommunene skal gå videre kun i de opptråkkede sporene. Engasjement, åpenhet og nytenkning er forutsetninger for videre utvikling innenfor det virkemiddelapparatet som er etablert i kommunene.

”*God praksis*”: På bakgrunn av praksis i disse store case-kommunene har vi gitt eksempel på ”god praksis”. Følgende fire trekk er karakteristiske: 1) *Arbeidsrelatert virksomhet blir synliggjort ved å opprette en egen enhet.* Det er personale som arbeider kun med dette feltet, det avsettes midler over budsjettet m.v. På denne måten gis det signaler til omgivelene om at dette er et viktig arbeidsområde innenfor psykisk helsearbeid. Synliggjøring av prosjektene har betydning overfor potensielle arbeidsgivere innen både private og offentlige bedrifter, ansatte i andre offentlige virksomheter på både kommunalt og statlig nivå, kommunens politikere og befolkningen generelt. Ytterligere en effekt av å synliggjøre den arbeidsrelaterte virksomheten er at det kan bidra til å ”alminneliggjøre” psykisk sykdom. 2) *Balanse mellom fleksibilitet og klare regler, rutiner, grenser.* Brukere med psykiske lidelser trenger fleksibilitet i arbeids-/tiltakssituasjonen, samtidig som det kan være nødvendig med faste rutiner og klare grenser. Balansegangen her kan være en utfordring. 3) *Kreativitet.* Det

gjelder både til å utvikle et spekter av virkemidler og til å se muligheter for den enkelte bruker. 4) Utvikling av *metodikk*. Ut fra tilbakemeldingene fra brukerne ser det ut som om en har lyktes med å gi formuleringer av typen ”å ta brukerne på alvor”, ”være medansvarlig for egen situasjon” etc. et meningsfylt innhold. Eksempelvis synes det som om balansegangen mellom å gi brukerne nødvendig støtte og trygghet, samtidig som mulighetene for progresjon ikke hemmes, blir ivaretatt på tilfredsstillende måte.

Fritidstiltak: Et viktig siktemål for Opptrappingsplanen er å legge til rette for en meningsfull fritid (bl.a. pkt. 4.2.6 i St.prp. nr. 63 (1997-98)). Nødvendigheten av at kommunene fortsatt bør vektlegge brukernes mulighet ”til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon” understrekes i Statsbudsjettet for 2006 (St.prp. nr 1, 2005-2006: 181). I løpet av de siste 10 årene har det i diverse offentlige dokument blitt lagt vekt på betydningen av samarbeid mellom offentlige institusjoner og lokalt kultur- og foreningsliv. Med dette som bakgrunn var det et utgangspunkt for evalueringen at deltakelse i frivillige organisasjoner gir mulighet for sosial integrasjon og utfoldelse som kan bedre livskvaliteten til den enkelte. Samarbeid mellom kommunene og frivillige organisasjoner var følgelig en sentral faktor i evalueringsopplegget.

Ut fra vår undersøkelse er det imidlertid grunnlag for å spørre om sentrale myndigheter har vært for ambisiøse på dette området. I våre 12 case-kommuner har en i forsvinnende liten grad etablert samarbeid med de lokale kultur- og fritidsorganisasjonene. Noe samarbeid er etablert med tradisjonelle humanitære organisasjoner som Røde Kors, Kirkens Bymisjon, blant annet i tilknytning til frivillighetssentraler, etablering av nettverk av støttepersoner for brukerne osv. Det samme gjelder for de spesifikke brukerorganisasjonene som Mental Helse og LPP (Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri). Men dette gjelder ikke med kultur- og fritidsorganisasjonene, til tross for et visst ønske om dette fra kommunalt hold. Hovedgrunnen synes liten vilje eller evne til å involvere seg i dette arbeidet fra lagenes side; lag og foreninger jobber for sin sak, og eventuelle positive inkluderings effekter bør komme som ringvirkninger av dette. Noe liknende kommer til uttrykk blant enkelte informanter fra kommunalt hold som understreker at det viktige er å styrke brukerne slik at de på egenhånd og uten noe spesiell tilrettelegging oppsøker kultur- og fritidsorganisasjoner.

Opptrappingsplanens målsetting om lokal tilrettelegging av meningsfull fritid er likevel til dels ivaretatt ved at kommunene selv etablerer ulike tilpassede kultur- og fritidstiltak. Som nevnt, er frivillige organisasjoner i form av brukerorganisasjoner og humanitære organisasjoner til dels involvert, men ikke kultur- og fritidsorganisasjoner. Psykiatrimidler er brukt både til spesifikke kultur- og fritidsstillinger, og til spesifikke kultur- og fritidstiltak, som deltakelse på tilpassede kurs og lignende. Slike tiltak blir ofte drevet av, eller i samarbeid

med profesjonelle utøvere innen ulike kunstarter. I enkelte kommuner er det også etablert ulike former for bistandsordninger i forbindelse med det sosiale liv og fritiden for brukeren. Dette er gjort i de samme kommunene som er aktive når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak, jf. ovenfor.

På samme måte som for arbeidsrelaterte tiltak, er det de kommunene som hadde fått til en del da evalueringen startet (2002), som har styrket arbeidet på fritidsområdet, mens de som hadde fått til lite i 2002, i liten grad har styrket innsatsen.

Brukernes situasjon: Brukermedvirkning er et sentralt begrep i Opptrappingsplanen (bl.a. kap.1,2 og 4.1.1 i St.prp. nr. 63 (1997-1998)). Situasjonen for de 37 brukerne som er intervjuet, er svært ulik. En del er inne i attføringsløp som de regner med vil føre dem tilbake til det ordinære arbeidslivet på hel- eller deltid, mens andre har uførestønad og er tilfredse med tilbud på aktivitetssenter én til to ganger i uka. I mellom disse kategoriene er det brukere som deltar i tiltak med ulik grad av strukturering. Fordelen med en slik heterogen informantgruppe er at datamaterialet i noen grad vil avspeile mangfoldet i erfaringer og oppfatninger. Ulempen er at det kan være problematisk å trekke ut hovedsynspunkter fra materialet.

Et sentralt tema er brukernes erfaringer med hvordan det blir lagt til rette for at de kan delta i arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak. Det omfatter deres medvirkning i planlegging og tilrettelegging av slike tiltak, og i hvilken grad behandlingsapparatet samarbeider for at tjenestene skal bli helhetlige og sammenhengende. Vi har valgt å se på arbeidsrettede tiltak, tiltak ved aktivitetssentrene og fritidstiltak hver for seg. Når det gjelder tilrettelegging for deltakelse i arbeidsrettede tiltak, er det tre faktorer som brukerne i de aktive kommunene trekker fram som positive; fleksibilitet, tilpasset progresjon og forutsigbarhet.

Fleksibilitet er i stor grad knyttet til behov for å få tillit og å bli verdsatt i arbeidssituasjonen. Vi kan snu det rundt, og si at det handler om behov for ikke å bli mistrodd og mistenkt for å forsøke å sluntre unna når en har en dårlig dag/dårlig periode. Dette forutsetter at arbeidet er lagt opp slik at det kan tas høyde for at arbeidsinnsatsen varierer, og at det er forståelse og aksept blant både ledere og kolleger for at slik variasjon finner sted. Det betinger igjen at ledelsen har generell innsikt i hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, og i noen grad hvordan den arter seg for den enkelte bruker. Det kan være et problem i enkelte tiltak at innsikten på dette feltet ikke er god nok. For brukerne har det stor betydning at de blir tatt vare på i jobbsituasjonen, og særlig når en har dårlige perioder. Den sosiale siden ved arbeidssituasjonen betyr mye. I tillegg til at brukerne føler både forpliktelse og ansvar i forhold til å overholde inngåtte arbeidsavtaler, er vissheten om at det er noen å prate med på jobb, en stimulans til å komme seg av gårde også på tunge dager.

Behovet for *tilpasset progresjon* er knyttet til et dilemma som innebærer at den ansvarlige må ha god innsikt i situasjonen til den enkelte bruker for å kunne håndtere det på en tilfredsstillende måte. Dilemmaet dreier seg om at på den ene siden skal bruker oppmuntres, og kanskje i noen grad dyttes på, for å strekke seg mot mål som er realistiske for vedkommende. På den andre siden må ikke presset være for stort, slik at vedkommende får (enda) en opplevelse av å komme til kort. Men dersom ”apparatet” rundt den enkelte bruker ikke ser muligheter, men avfinder seg med at vedkommende har et ”godt nok” tilbud, er det fare for at potensial for videre utvikling ikke bli utnyttet. I denne sammenhengen vil en fast kontaktperson som bruker kjenner godt og har tillit til, kunne spille en viktig rolle. Selv om det i materialet er eksempler på at brukere har opplevd til dels betydelige nedturer fordi de ikke har klart å følge opp tiltak, er det etter vår vurdering grunn til å stille spørsmål ved om brukerne i tilstrekkelig grad blir sett og vurdert ut fra sine muligheter. Her er det betydelige forskjeller i hvor aktivt det psykiske helsearbeidet er i kommunene. Særlig i kommuner som er lite aktive når det gjelder arbeidsrelaterte tiltak, er det grunn til å anta at brukernes situasjon på både kort og lengre sikt kan bedres dersom ”apparatet” rundt den enkelte bruker i større grad har oppmerksomhet rettet mot slike problemstillinger.

Behov hos brukerne for å ha kontroll og *forutsigbarhet* er først og fremst knyttet til den økonomiske situasjonen, men har også sammenheng med behov for å ha oversikt over, og til dels kontroll med, hva en skal gjøre framover. Brukere viser til at vedtak i forbindelse med både attføring (Aetat) og medisinsk rehabilitering (trygdekontoret) ofte har tre-måneders varighet. Siden dette er tiltak som det er knyttet økonomisk ytelse til, kan det være problematisk for brukerne å forholde seg til denne kortsiktigheten. Det blir hevdet at manglende forutsigbarhet vanskeliggjør situasjonen fordi det virker stressende på brukerne. Flere mener at dersom vedtakene har lenger varighet, så vil de også ha bedre effekt.

Brukernes erfaringer med tiltak ved aktivitetssentrene avspeiler at disse opererer i en mellomposisjon i forhold til å være rettet mot sosialt samvær/fritid og arbeidsrelatert virksomhet. Brukernes erfaringer avspeiler også at det er stor variasjon mellom kommunene i hvordan opplegget er, og hvilke behov hos brukerne som aktivitetssentrene imøtekommer. Brukerne deltar i tilbud som spenner fra uforpliktende sosialt fellesskap et par timer i uka, til opplegg som forutsetter oppmøte til avtalt tid for å delta i en avtalt aktivitet. I noen tilfeller er dette ledd i en kjede av tiltak, og det forventes progresjon. I mellom disse ytterpunktene finner vi ulike grader av forventning om forpliktelse fra brukernes side. Ved sentrene som har stor grad av uforpliktende opplegg og lite fagutdannet personale, ble det etterlyst mer kompetanse hos de ansatte og mer tilrettelag-

te tiltak. For andre var det nettopp fraværet av forventninger og forpliktelse som ble framhevet som positivt. På aktivitetssenteret har noen av brukerne fast kontaktperson som de har utviklet nær personlig relasjon til. Denne kontakten betyr mye for den enkelte.

Brukerne etterspør i liten grad fritidstiltak ut over det de har tilbud om, og i det store og hele er de fornøyde med fritidstiltakene de deltar i. Men det innebærer ikke at flertallet av brukerne har en aktiv fritid. Mange viser til at de bruker fritid/ledig tid sammen med familie og venner, og de ønsker ikke tiltak/aktiviteter ut over det. Sett i lys av at passivitet, tilbaketrekning og sosial angst er karakteristiske trekk ved en del psykiske lidelser, er det betimelig å stille spørsmål om økt oppmerksomhet om fritidstiltak vil bidra til at hverdagen blir mer meningsfylt for brukerne. Ut fra brukernes tilbakemeldinger har det skjedd lite i kommuner som under den første datainnsamlingen (2002) og i mellomperioden hadde kommet kort med å legge til rette for fritidstiltak. I kommuner som i evalueringsperioden har vært i gang, eller har kommet langt i å legge til rette for slike tilbud, har det funnet sted en konsolidering og i noen kommuner en styrking og videreutvikling av tiltakene. Dette gjelder i første rekke enkelte av de mellomstore og de store kommunene.

Som nevnt tidligere er brukernes situasjon svært forskjellig, noe som også avspeiles i oppfatninger om fritiden. Eksempelvis blir det pekt på både fordeler og ulemper ved egne fritidstiltak for denne gruppen. Ikke overraskende er det brukere i de store kommunene som har tilgang til slike tiltak gjennom spesielle prosjekter innenfor rammen av Opptrappingsplanen. I de små kommunene og enkelte av de mellomstore vil det være tiltak, fortrinnsvis på dagtid, i regi av aktivitetssenteret som er aktuelle.

Tjenestene som brukerne får, bør utgjøre en sammenhengende helhet, og det krever samarbeid og samordning innen ulike deler av tjenesteapparatet. På samme måte som ved den innledende undersøkelsen (2002), rapporterer brukerne om både positive og negative erfaringer vedrørende slik samarbeid. Men hovedinntrykket er at samordning og koordinering mellom ulike instanser fungerer greit. Riktignok har en del av brukerne jevnlig kontakt med få instanser over tid, og behovet for koordinering vil derfor være begrenset. Men flere av brukerne har opplevd å måtte vente på planlagte tiltak. Oppfølgingen i slike perioder har stort sett vært mangelfull, og slike venteperioder har vært vanskelige. Brukerne beskriver dem som å være i et stort tomrom hvor det de møysommelig har bygd opp over tid, raskt blir brutt ned.

Til forskjell fra den første undersøkelsen, er det flere som viser til dårlige erfaringer med sosialkontoret. Det går både på hvordan brukerne blir møtt av sosialtjenesten, og på innholdet i de tjenestene som gis. Det dreier seg bl.a. om at brukerne ikke får begrunnelser dersom de får avslag på søknad om økono-

misk stønad, eller får opplyst at de kan ha rettigheter enten innefor trygdesystemet eller hos Aetat. I denne sammenhengen kan det være betimelig å minne om at disse negative erfaringene ikke kan generaliseres til å gjelde de fleste sosialkontorene. Men erfaringene bør gi grunnlag for ettertanke hos aktuelle aktører.

I undersøkelsen rettes også oppmerksomheten mot brukernes erfaringer med Aetat. Kort sagt er de blandete. På den ene siden er det brukere som er meget fornøyde med det tilbudet de får fra denne etaten, og de mener at det gir god mulighet til å komme videre og på sikt få et ordinært arbeid på hel- eller deltid. Men det er også brukere som mener at ansatte i Aetat har for liten innsikt i hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, at de ansatte ikke er interesserte i å arbeide med folk som har slike lidelser, at etaten er lite fleksibel og i liten grad følger opp brukerne. Ut fra erfaringene som brukerne rapporterer om, ser det ut som at situasjonen ved en del av Aetats lokalkontor i liten grad er blitt endret siden vi foretok den første kartleggingen i fase én av evalueringen (2002).

Individuell plan er et hjelpemiddel ikke kun for å samordne ulike tiltak, men også for å involvere bruker. Hovedinntrykket er at individuell plan har liten betydning for brukerne i undersøkelsen. Dette er i tråd med erfaringene fra første del av evalueringen. Men det innebærer ikke at tiltak kommer i stand uten at brukerne medvirker. De involveres på ulike måter, og ansvarsgrupper og ikke minst en fast kontaktperson blir tillagt stor betydning. Det er ingen av brukerne som sier at de blir skjøvet mellom ulike instanser uten at noen tar ansvar. Ett unntak er imidlertid manglende oppfølging i venteperioder, jf. ovenfor.

Endringer relatert til Opptrappingsplanen: Slike endringer er belyst ut fra ståstedet til brukerne, ansatte i kommunene (psykiatrikoordinator) og lokalt ansatte i Aetat. Hovedvekten er lagt på brukernes oppfatninger og erfaringer. Når det gjelder spørsmål om i hvilken grad brukerne mener det har skjedd endringer som har hatt betydning for deres livssituasjon, som de mener kan relateres til Opptrappingsplanen, har vi benyttet en indirekte tilnærming bestående av tre innfallsvinkler: 1) Brukernes oppfatninger om betydningen av arbeidsrelaterte tiltak for deres situasjon. 2) Fokus på holdninger som brukerne møter i lokalsamfunnet. 3) Brukernes kjennskap til at det pågår en styrking av arbeidet innenfor psykisk helse.

Ad 1): Spørsmål om betydningen av arbeidsrelaterte tiltak bygger på en antagelse om at tilbud om slike tiltak er en følge av Opptrappingsplanen. Betydningen av å ha et arbeid å gå til, eller å delta i arbeidslignende aktiviteter, er blitt vektlagt i mange sammenhenger, det gjelder både i første fase av evalueringen og i andre undersøkelser. Å delta i arbeidslivet i en eller annen form har verdi langt utover det lønsmessige. Viktige momenter er at deltakelse sørger for at en har ”noe å gå til”, det bidrar til å strukturere hverdagen og til at det blir skille mellom hverdag og helg. I tillegg til det rent sosiale, framheves betyd-

ningen av å være verdsatt. Å få bekreftelse på at en betyr noe for arbeidsstedet styrker selvfølelsen, og det gir en positiv følelse av mestring. Dette indikerer at Opptrappingsplanen har hatt positiv betydning for brukerne i undersøkelsen ved å bidra til en mer meningsfylt livssituasjon.

Ad 2): Når det gjelder holdninger til mennesker med psykiske lidelser, gir brukerne eksempler på at de har møtt negative holdninger. Mest typisk er imidlertid at brukerne erfarer at folk flest mangler kjennskap til hva det vil si å ha en psykisk sykdom. De som ikke har noen i familien eller i omgangskretsen som har slik lidelse, har i hovedsak sin informasjon fra oppslag i media. Det dreier seg da om grove forbrytelser, eller kjendiser som står fram med sine lettere depresjoner. Dette fører til at det skapes et meget skjevt bilde av hva psykisk sykdom egentlig dreier seg om.

Ad 3): Når det gjelder brukernes kjennskap til at det pågår en styrking av virksomheten innenfor psykisk helsearbeid, er det flere som ikke har hørt om dette arbeidet. Dette er for øvrig samme situasjon som ved oppstart av evalueringen (2002). I noen av kommunene ble det vist til at det snarere er i gang en nedtrapping enn opptrapping av tilbudet innenfor psykisk helsearbeid. Brukerne mente at både administrasjon og politikere i kommunen hadde liten innsikt i hva det vil si å ha en psykisk lidelse, og hva som er viktig i deres situasjon. Eksempelvis ble det uttrykt bekymring for om virksomheten ved aktivitetssentre kunne opprettholdes på dagens nivå, og for ukentlig timetall for støttekontakt. Sett i lys av at Opptrappingsplanen har vært virksom i kommunene siden 1999, kan det synes lite oppløftende at brukerne ikke i større grad hadde kjennskap til planen. Men også andre undersøkelser viser at brukere i liten grad er i stand til å relatere endringer i egen situasjon til konkrete reformer. Det har bl.a. sammenheng med at flere faktorer virker sammen, og i ettertid vil det være vanskelig å ha begrunnede oppfatninger om årsakssammenhenger. En annen årsak kan være at tilbudene i tilknytning til psykisk helsearbeid gradvis er blitt utviklet i løpet av disse årene, og nå inngår som en naturlig del av tjenestetilbudet.

Generelle virkninger som styrking av bemanningen både kvantitativt og kvalitativt, synliggjøring av det psykiske helsearbeidet gjennom kommunale virksomhetsplaner etc. er åpenbare generelle virkninger av Opptrappingsplanen. Når det gjelder hvilken betydning Opptrappingsplanen har hatt for å bidra til at brukere med psykiske lidelser får en meningsfylt hverdag, er bildet sammensatt. I de aktive kommunene blir psykiatrimidler anvendt til spesielle tiltak som bl.a. inkluderer egne stillinger innenfor både arbeidsrealterte tiltak og fritidstiltak. Vi kan imidlertid konstatere at særlig i de mindre aktive kommunene, det vil i hovedsak si små og mellomstore kommuner, er området mangelfullt dekket.

Når det gjelder samarbeid mellom psykisk helsearbeid i kommunene og Aetat, er det ingen indikasjoner på at dette er blitt styrket som ledd i iverksetting

av Opptappingsplanen. Det er særlig i små kommuner, hvor det generelt har gått noe tungt med iverksetting av Opptappingsplanen, at kontakten er dårlig.

Når det gjelder endringer relatert til Opptappingsplanen sett fra ståstedet til psykiatrikoordinatorer/andre kommunalt ansatte, vises det først og fremst til generelle effekter som synliggjøring av psykisk helsearbeid og at ”psykiatrimidlene” blir brukt til psykisk helsearbeid.

Fra Aetats side blir Opptappingsplanen tillagt liten betydning. Det er noe variasjon mellom kontorene, men hovedinntrykket er at den ikke har vært et tema på lokalnivå i etaten. Men det blir vist til at psykiske lidelser er et aspekt ved brukerne som de i økende grad må forholde seg til. Dette blir knyttet til økt bevissthet generelt i behandlingsapparatet og regelendringer i trygdeetaten i tilknytning til medisinsk rehabilitering.

LITTERATUR

Andersen, Ø., 1999: *Organisasjonsdeltakelse i Norge fra 1983 til 1997*. SSB, Rapport 1999/34

Bergsgard, N.A, M. Bjørnholt og B.A. Brandtzæg, 2000: *Tverretattlig samarbeid om personer med sammensatte hjelpebehov*. Rapport nr 176, Telemarksforskning-Bø.

Bergsgard, N.A., S. Flermoen og H. Haukelien 2003: *Brukernes deltakelse i yrkesretta tiltak og fritidstiltak – samarbeid og lokalisering lokalt. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Delrapport fra fase 1*. Arbeidsrapport. nr.10, Telemarksforskning-Bø.

Bergsgard, N.A. og K. Løyland 1998: *Yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser*. Rapport 137: Telemarksforskning-Bø.

Bergsgard, N.A. og K. Løyland 2001: *Effekten av yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser*. Arbeidsrapport. nr. 3, Telemarksforskning-Bø.

Bond, G. 2004: Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27. 4:345-359.

Børing, P. 2002: *Norsk og internasjonal forskning om yrkesrettet attføring*. Institutt for samfunnsforskning, rapport 2002:10.

Drevland, W. og L. Schjelderup 1993: *”Tredje sektor som ressurs og utfordring i sosialt arbeid” – Sluttrapport*. Skriftserien nr.1. Stavanger: Sosialhøgskolen.

Flermoen, S. 2001a: *Søkelys på organisasjon og ledelse. Innføring for helse- og sosialsektor*. Bergen: Fagbokforlaget.

Flermoen, S. 2001b: *Arbeidstreningstiltak for mennesker med langvarige psykiske lidelser. Evaluering av prosjektet ”Min framtid”*. Rapport nr 186. Telemarksforskning-Bø.

Flermoen, S. 2003: *Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2003*. Tf-notat nr. 2. Telemarksforskning-Bø.

Flermoen, S. 2005: *Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse – arbeids- og fritidstiltak. Situasjonsbeskrivelse høsten 2004*. Tf-notat nr. 1. Telemarksforskning-Bø.

Forum för frivilligt socialt arbete, 2004: *Uppdrag eller bidrag. En handbok i konsten att samarbeta med det offentliga*. www.socialforum.no.

Helander, V. og K. H. Sivesind 2001: "Frivilligsektorns betydelse i Norden", i Skov Henriksen og Ibsen (red.): *Frivillighedens udfordringer – nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde og Odense Universitetsforlag.

Hjære, M. 2005: *Partnerskaber – på vej mot en ny samarbejdskultur. Rapport fra en følgestudie af tre partnerskaber mellem offentlige og frivillige sociale organisationer*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde.

Hjære Jensen, M.K. 1997: *De frivillige organisationer og kommunerne. En håndbog om samarbejdsrelationer, Del 1 og 2*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde.

Jensen, A. 2000: *Frivilligt arbejde for sindslidende*. Århus: Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt.

Johansson, S. 2005: *Kommunalt stöd til sociala ideella organisationer. Omfattning, utveckling och former*. Socialstyrelsens sekretariat för frivilligt socialt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen.

Jönsson, B. 2002: *Frivilliga social insatser och socialtjänsten i Halland*. Meddelandeserien 2002:6, FoU-enheten, Kommunförbundet i Halland.

Kalseth, J. 2003: *Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjon i tiltak og tjenester*. Trondheim: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning STF 78 A035006.

Kalseth, J. 2005: *Kommunal iversetting av nasjonal plan – har øremerkede tilskudd den tilsiktede effekt? Sammendragsrapport fra første fase i prosjektet*. Trondheim: Sintef Helse, STF 78 A055012.

Knudsen, H. 2000: "Sindslidende og arbeidsmarkedet", *Socialpsykiatri* 2/2000.

Knudsen, H. 2005: *JOBFORS – et praksisforskningsprosjekt*. Center for evaluering, Psykiatrien i Århus amt. Foreløpig rapport.

Koch-Nielsen, E. og K. Michaelsen 2003: *Kommunal frivillighed – tre casestudier*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde.

KOU 2003:3: *Velferd, Virkelighet og Visjoner: mot bærekraftige kommuner*. Oslo: Kommuneforlaget.

Langørgen, A., T.A. Galloway og R. Aaberge: *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2003*. Rapport 2006/8, Statistisk Sentralbyrå.

Lindberg, G. 2001: *Bilder av samverkan mellan Uppsala kommun och frivilligorganisationer*. Uppsala Kommun: Kommunstyrelsen.

Lorentzen, H. 1994: *Frivillighetens integrasjon. Staten og de frivillige velferdproducentene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lorentzen, H. 2001: "Frivillighet i forandring. Om forholdet mellom sivile fellesskap og moderniteten", i Skov Henriksen og Ibsen (red.): *Frivillighedens udfordringer – nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde og Odense Universitetsforlag.

Lorentzen, H, R.K. Andersen og J-P. Brekke 1995: *Ansvar for andre. Frivillighetssentralen i norsk velferdspolitik*. Oslo: Universitetsforlaget.

Markström, U. 2004: *Den svenska psykiatireformen. Bland brukare, eldsjälur och byråkrater*. Sverige: Borea Bokförlag.

Markström, U. 2005: "Arbetet med personer med psykiska funktionshinder. Verksamheterna och de anställda" i Hydén, L.-C. (red): *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.

McAlpine, D. og L. Warner, 2002: *Barriers to Employment among Persons with Mental Illness: A Review of the Literature*. Center for Research on the Organization and Financing of Care for the Severely Mentally Ill, Institute for Health, Helalth Care Policy and Aging Research Rutgers, the State University.

Myrvold, T.M., 2004: *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. NIBR-rapport 2004:12.

Myrvold, T. og M. Helgesen 2005: *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. Oslo: NIBR, Notat 2005: 108.

Møller, G. 2005: *Yrkeshemmede med psykiske lidelser. Tiltaksbruk og effekter*. Arbeidsrapport nr 6. Telemarksforskning-Bø.

Norlin, L. og L-E. Olsson 2000: *Partner søkes. Samverkan mellan kommuner och frivilliga organisationer*. Stockholm: Sköndalsinstitutets forskningsavdelning.

NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*

Næringsrådgivning AS (2005): *På sporet av en lokal frivillighetspolitikk? En kartlegging av forholdet mellom kommuner og frivillige organisasjoner*. Kommunenes Sentralforbund, lastet ned fra www.ks.no.

Olsson, L-E. 1998: *Givande och tagande. Interaktion mellan frivilliga organisationer och kommuner*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr.10, Stockholm: Sköndalsinstitutets forskningsavdelning.

Olsson, L-E. 2000: *På olika villkor. Samverkan mellan kommun och frivillig organisation*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr.12, Stockholm: Sköndalsinstitutets forskningsavdelning.

Rosenstock, M., K. Tinggaard, H. Holt og S. Jensen 2004: *Rummelighedens rammer. Ansættelsesmuligheder for personer med hjernedkade, sindslidelse eller udviklingshæmning*. København 2004: Socialforskningsinstituttet.

Rundskriv 1-4/99 Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

Schafft, A., S. Seierstad m.fl. 1999: *Arbeidsmarkedsetatens tilbud til personer med psykiske lidelser*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Schafft, A. 2005: *Skandinavisk faglitteratur om arbeidsliv og psykisk helse*. Afnotat 6/2005.

Selle, P. og B. Øymyr 1995: *Frivillig organisering og demokrati*. Oslo: Det norske samlaget

Skov Henriksen, L. og B. Ibsen 2001: "Innledning: Udfordringer for frivilligheden", i Skov Henriksen og Ibsen (red.): *Frivillighedens udfordringer – nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde og Odense Universitetsforlag.

Spjelkavik, Ø. m.fl. 2003: *Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet - inkludering gjennom Arbeid med bistand*. Afi-rapport; 2003:3.

Socialministeriet 1998: *Frivilligt socialt arbejde og kommuner og amter i samspil. Om § 115 i Lov om social service*. København: Socialministeriet.

Socialministeriet 2003: *Lokalt samarbejde om frivilligt socialt arbejde - idékatalog til kommuner, amter og frivillige sociale organisationer*. København: Socialministeriet.

Socialstyrelsen 2002: *Frivilligorganisationer som uppdragstagare. Vad betyder det for brukarna?* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2003: *Psykosociala innsatsers effekter för personer med psykiska funktionshinder – en kunskapsöversikt*. Kunskapsöversikt, 2003.

Socialstyrelsen 2004: *Möten i den sociala frivilligsektorn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1993:82: *Frivillig socialt arbete. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Rapport av Socialtjänstkommittén, Socialdepartementet, Stockholm.

St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

St.prp. nr. 63. (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2005-2006): *Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo.

Sverdrup, S. og C. Bratt, 2003: *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser*. NIBR-rapport 2003:5.

Syberg Henriksen, C. og H. Hansen 2003: *§115-redegjørelse 2003: Kommuners og amters samarbejde med frivillige sociale organisationer - erfaringsopsamling og redegjørelse om lov om social service §115*. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse.

Wollebæk, D., P. Selle og H. Lorentzen 2000: *Frivillig innsats. Sosial integrasjon, demokrati og økonomi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Intervjuguide – kontaktperson psykisk helse (psykiatrikoordinator)

Generelt

- 1) Bakgrunnsopplysninger
 - Navn
 - Stilling
 - Etat/enhet
 - Ansatt i etaten/enheten siden
- 2) Hvor velfungerende er kommunens tilbud til de med psykisk lidelse? Hva fungerer bra/mindre bra?
- 3) Gjør rede for hvordan det psykiske helsearbeidet i kommunen er organisert. (Hvilken organisasjonsmodell har kommunen, og på hvilke avdelinger/enheter/seksjoner er det psykiske helsearbeidet fordelt?)
- 4) Er organiseringen hensiktsmessig i forhold til det psykiske helsearbeidet - generelt og spesielt i forhold til våre temaområder? Begrunn styrke og svakhet (bl.a. oppsplitting, koordinering, ansvar)! Ville du organisert virksomheten på en annen måte, evt. hvordan?
- 5) Kommunens psykiatriplan – et godt verktøy generelt og spesielt i forhold til våre temaområder? Betyr planen noe, evt. hva?

Samarbeid

- 6) Hvem samarbeider du med til daglig?
- 7) Vedrørende arbeidsrelaterte tiltak; opplever du ”kasteballproblematikk” og ”gråsoner” (i hvilke situasjoner, hva kan gjøres og hvem bør ta ansvar for å gjøre noe med det)?
- 8) Hvordan involveres brukerne i egen situasjon (spes. vedrørende arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak)?
- 9) Samarbeid med DPS
 - I hvilken grad er tiltak relatert til ”arbeid” et tema i kommunikasjon med DPS?

- Har det skjedd endringer siden forrige intervjurunde vedrørende engasjement på dette feltet?
 - Har det noen betydning for brukernes situasjon at DPS er opptatt av denne siden av deres situasjon?
- 10) Samarbeider dere med psykiatrisk avd. (sykehus), eller går det via DPS:
- Ved (forberedelse av) utskrivninger – i hvilken grad er tiltak relatert til ”arbeid” på dagsorden? (Oppfatter 2. linjen det som sitt ansvar at slike tiltak inngår i planlegging av utskrivning)
 - Har det skjedd endringer siden forrige intervjurunde – generelt, men først og fremst vedrørende samarbeid i forbindelse med arbeidsrelaterte tiltak?
 - Har det noen betydning for brukernes situasjon at 2. linjen er opptatt av denne siden av deres situasjon? Evt. på hvilken måte? (Gjelder både ved utskrivning og evt. poliklinisk behandling.)
- 11) Aetat:
- Beskriv samarbeidet med Aetat
 - Hvordan oppfatter du Aetats engasjement overfor gruppen? Evt. endringer siden forrige intervjurunde?
 - Hvordan oppfatter du Aetats kunnskap/innsikt overfor gruppen? Evt. endringer siden forrige intervjurunde?
 - I hvilken grad mener du at etatens arbeidsmetoder (rutiner, tiltak mv.) er egnet for denne brukergruppen? Evt. endringer siden forrige intervjurunde?
 - Hva kan/bør evt. gjøres for å styrke samarbeidet med Aetat? Hva er evt. hindringer og hvem bør ta ansvar for å gjøre noe med disse?
- 12) Andre instanser:
- Beskriv hvordan samarbeidet er organisert, hvordan det fungerer, hva som er bra, hva som kan bli bedre og hvordan.
- 13) Formalisering av samarbeid
- Har dere samarbeidsorgan som (i særlig grad) har betydning for målgruppens deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak? Evt hvilke organ, hvordan er de organisert, grad av formalisering? Kunne det evt. være ønskelig med et slikt organ (deltakere? form?)
 - Har samarbeidet, både formelt og uformelt, rundt målgruppen generelt og spesielt i forhold til arbeidsrettede tiltak endret seg siden forrige intervjurunde (2002)?

Arbeidsrelaterte tiltak

Beskrivelse av situasjonen vedrørende arbeidsrelaterte tiltak for målgruppen

14) Beskrivelse av tiltakene:

- I kommunal regi
- I regi av Aetat
- Andre arbeidsrelaterte tiltak og tiltak på grensen mellom arbeid og fritid

15) Hva har skjedd siden forrige intervjurunde (sommer/høst 2002)?

16) Hvordan er tilgangen på relevante tiltak/arbeidsplasser?

- Evt. flaskehalser
- Endringer i tilgang på tiltak siden forrige intervjurunde (eks. i tilknytning til endringer på arbeidsmarkedet, endringer i Aetat, bruk av opptrappingsmidler osv)?

17) Nye tiltak under planlegging?

Oppfatninger om situasjonen vedrørende arbeidsrelaterte tiltak for målgruppen

18) Hvordan vil du karakterisere situasjonen vedr arbeidsrelaterte tiltak for målgruppen – får brukerne nødvendige tiltak?

19) Evt. hva kan/bør gjøres for å bedre situasjonen?

20) Burde flere vært forsøkt ut i tiltak? Er det noen du savner tiltak til, evt. hvilke brukergrupper?

21) Hva mener du er de vesentligste hindringene for at målgruppen kan komme i arbeid? Hvordan kan de avhjelpest?

22) Mener du at situasjonen, vedr arbeidsrelaterte tiltak, for målgruppen er blitt endret etter forrige intervjurunde? Evt hvordan? Årsaker?

Fritidstiltak

Beskrivelse av situasjonen vedr fritidstiltak for målgruppen

23) Beskriv tiltakene:

- I kommunal regi
- I regi av andre
- (Støttekontaktordning?)
- Endringer siden forrige intervjurunde?

- 24) Hvordan er tilgangen på relevante tiltak?
- Evt flaskehals
 - Endringer siden forrige intervjurunde?

25) Nye tiltak under planlegging?

Oppfatninger om situasjonen vedr fritidstiltak for målgruppen

26) Hvordan vil du karakterisere situasjonen vedr fritidstiltak for målgruppen – får brukerne nødvendige tiltak?

27) I hvilken grad mener du kommunen bør prioritere fritidstiltak for denne gruppen?

28) Etablering av fritidstiltak spesielt for målgruppen kontra integrering i kommunens ordinære fritidstilbud – praksis og synspunkter, fordeler og ulemper.

29) Synspunkter på at medlemmer i frivillige organisasjoner kontra kommunens ansatte gjennomfører fritidsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser (positive og negative).

Samarbeid

30) Eksisterer det et samarbeid mellom kommunen og kultur- og fritidsorganisasjoner (frivillige organisasjoner) om fritidstiltak for denne brukergruppen?

31) **Enten:** Dersom det *ikke* er samarbeid:

- Har kommunen forsøkt å etablere samarbeid med noen av disse organisasjonene vedrørende fritidstiltak for målgruppen? På hvilke måter?
- Er det ønskelig å etablere samarbeid mellom kommunen og noen av kultur- og fritidsorganisasjonene? (Evt hvorfor ikke?)
- Hva kan være årsaker til at en ikke har lyktes i å etablere samarbeid?

32) **Eller:** Dersom det *er* samarbeidstiltak i gang/under planlegging:

- Fortell om samarbeidet – hvilke tiltak det samarbeides om, hvordan det kom i gang, er organisert (formelt, økonomisk etc) osv.
- Hva slags tiltak er vektlagt? (deltagelse/inkludering som "vanlig" medlem, aktivitetsrettede tiltak, konsumorienterte tiltak, nye former for tiltak?), jfr. spørsmål 23. Hvordan fungerer disse tiltakene?

- Hvordan synes du samarbeidet fungerer? Evt hva er problematisk (årsaker til at det går trått selv om organisasjonen i utgangspunktet er positiv). Evt. hva skal til for at samarbeidet skal fungere tilfredsstillende?

33) Er det andre (enn kultur og fritidsorganisasjoner) som er samarbeidspartnere vedrørende fritidstiltak for målgruppen?

- Samarbeider dere med 2. linjen, (både sykehusavd. og DPS) f.eks. i forbindelse med utskrivning, om fritidstiltak (jfr. spørsmål 14 og 15)?
- Opplever dere ”kasteball- og gråsoneproblematikk, jfr. spørsmål 17, i forbindelse med fritidstiltak?
- Er det opprettet samarbeidsorgan som i særlig grad har betydning for samarbeid vedrørende fritidstiltak? Savner du et slikt organ?

Holdninger

34) Mener du å ha registrert endringer i holdninger til mennesker med psykiske lidelser hos andre kommunale instanser, statlige instanser, frivillige organisasjoner, publikum generelt osv? Hvordan gir det seg evt. utslag?

35) Mener du å ha registrert endringer i holdninger hos arbeidsgivere til mennesker med psykiske lidelser (tilrettelegging mv. for at de kan fortsette i arbeidet også i dårligere perioder)? Endringer i forhold til å ta inn mennesker med psykiske lidelser? (Jfr. avtale om et inkluderende arbeidsliv.)

36) Arbeides det målrettet/konkret for å bidra til holdningsendringer – evt. hvordan?

Evt. andre spørsmål?

Intervjuguide – enhetsleder

Generelt

- 11) Bakgrunnsopplysninger
 - Navn
 - Stilling
 - Etat/enhet
 - Ansatt i etaten/enheten siden
- 12) Hvor velfungerende er kommunens tilbud til de med psykisk lidelse? Hva fungerer bra/mindre bra?
- 13) Gjør rede for hvordan det psykiske helsearbeidet i kommunen er organisert. (Hvilken organisasjonsmodell har kommunen, og på hvilke avdelinger/enheter/seksjoner er det psykiske helsearbeidet fordelt?)
- 14) Er organiseringen hensiktsmessig i forhold til det psykiske helsearbeidet? Begrunn styrke og svakhet (bl.a. oppsplitting, koordinering, ansvar)!
- 15) Ville du organisert virksomheten på en annen måte, evt. hvordan?
- 16) Vedrørende arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak; opplever du ”kasteball-problematikk” og ”gråsoner” (i hvilke situasjoner, hva kan gjøres og hvem bør ta ansvar for å gjøre noe med det)?
- 17) Kommunens psykiatriplan – et godt verktøy generelt og spesielt i forhold til våre temaområder? Hva betyr planen?

Situasjonen for målgruppen

Arbeidsrelaterte tiltak

- 18) Hvordan vil du beskrive situasjonen for målgruppen vedrørende arbeidsrelaterte tiltak?
 - Hva er bra?
 - Hva kan/bør bli bedre?
 - Får brukerne nødvendige tiltak?
 - Planer om endring/nye tiltak mv.?
 - Hvordan er tilgangen på relevante tiltak?
 - Evt. flaskehals
 - Endringer siden forrige intervjurunde?
 - Nye tiltak under planlegging?
 - Noen grupper det er vanskelig å finne gode tilbud til?

- 19) Hva mener du er de vesentligste hindringene for at målgruppen kan komme i arbeid? Hvordan kan de avhjelpest?
- 20) Mener du at situasjonen, vedr arbeidsrelaterte tiltak, for målgruppen er blitt endret de siste par årene (etter forrige intervjurunde 2002)? Evt hvordan? Årsaker?

Fritidstiltak

- 21) Hvordan vil du beskrive situasjonen for målgruppen vedrørende fritidstiltak?
- Hva er bra?
 - Hva kan/bør bli bedre?
 - Får brukerne nødvendige tiltak?
 - Planer om endring/nye tiltak mv.?
 - Hvordan er tilgangen på relevante tiltak?
 - Evt flaskehals
 - Endringer siden forrige intervjurunde?
 - Nye tiltak under planlegging?
- 22) I hvilken grad mener du kommunen bør prioritere fritidstiltak for denne gruppen?
- 23) Etablering av fritidstiltak spesielt for målgruppen kontra integrering i kommunens ordinære fritidstilbud – praksis og synspunkter, fordeler og ulemper.

Samarbeid

- 24) Hvilke instanser er sentrale samarbeidspartnere i forbindelse med arbeidsrelaterte tiltak og fritidstiltak? Hvordan fungerer det, evt. ”probleminstanser”, årsaker til evt. vanskeligheter, hva kan/bør gjøres?
- 25) Formalisering av samarbeid
- Har dere samarbeidsorgan som (i særlig grad) har betydning for målgruppens deltakelse i arbeidsrelaterte tiltak/fritidstiltak? Evt hvilke organ, hvordan er de organisert, grad av formalisering? Kunne det evt. være ønskelig med et slikt organ? (deltakere? form?)
 - Har samarbeidet, både formelt og uformelt, rundt målgruppen generelt og spesielt i forhold til arbeidsrettede tiltak endret seg de siste par årene (siden forrige intervjurunde 2002)?
- 26) Eksisterer det et samarbeid mellom kommunen og kultur- og fritidsorganisasjoner (frivillige organisasjoner) om fritidstiltak for denne brukergruppen?

27) **Enten:** Dersom det *ikke* er samarbeid:

- Har kommunen forsøkt å etablere samarbeid med noen av disse organisasjonene vedrørende fritidstiltak for målgruppen? På hvilke måter?
- Er det ønskelig å etablere samarbeid mellom kommunen og noen av kultur- og fritidsorganisasjonene? (Evt hvorfor ikke?)
- Hva kan være årsaker til at en ikke har lyktes i å etablere samarbeid?

28) **Eller:** Dersom det *er* samarbeidstiltak i gang/under planlegging:

- Fortell om samarbeidet – hvilke tiltak det samarbeides om, hvordan det kom i gang, er organisert (formelt, økonomisk etc) osv.
- Hva slags tiltak er vektlagt? (deltagelse/inkludering som "vanlig" medlem, aktivitetsrettede tiltak, konsumorienterte tiltak, nye former for tiltak?), jfr. spørsmål 23. Hvordan fungerer disse tiltakene?
- Hvordan synes du samarbeidet fungerer? Evt hva er problematisk (årsaker til at det går trått selv om organisasjonen i utgangspunktet er positiv). Evt. hva skal til for at samarbeidet skal fungere tilfredsstillende?

29) Synspunkter på at medlemmer i frivillige organisasjoner kontra kommunens ansatte gjennomfører fritidsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser (positive og negative).

Holdninger

30) Mener du å ha registrert endringer i holdninger til mennesker med psykiske lidelser hos andre kommunale instanser, statlige instanser, frivillige organisasjoner, publikum generelt osv? Hvordan gir det seg evt. utslag?

Andre spørsmål du mener er aktuelle?

Intervjuguide – Aetat

Generelt

Bakgrunnsopplysninger

- Navn
- Stilling
- Ansatt i etaten siden:

Situasjonen i Aetat

- 1) I hvilken grad er personer med langvarige psykiske lidelser en gruppe som dere i spesiell grad retter oppmerksomhet mot? Endringer det siste (siste par) år?
- 2) Opptappingsplanen (både sentralt og kommunalt nivå) – betydning for etatens arbeid – evt. hvordan?
- 3) Evt. hvordan arbeider dere med disse brukerne:
 - spesielle tiltak, hvilke og hvordan?
 - egne personer som arbeider med gruppen/kontaktpersoner til ”psykiatritjenesten”?
 - sentrale samarbeidspartnere?
- 4) Har dere tilstrekkelig kunnskap om/innsikt i denne gruppens situasjon? (Evt. hva mangler, hvordan kan dette rettes opp, planer om å gjøre noe)
- 5) I hvilken grad er etatens arbeidsmetoder egnet for denne gruppen – både i forbindelse med avklaring og oppfølging?

Situasjonen på arbeidsmarkedet for mennesker med langvarige psykiske lidelser

- 6) Mener du at situasjonen for målgruppen er blitt endret etter at opptappingsplanen trådte i verk (1999)/de siste par årene? Evt. på hvilke måter?
- 7) Hvordan er holdningen blant arbeidsgivere til å ta inn denne gruppen? Evt. endringer de siste årene, jfr. avtale om inkluderende arbeidsliv?
- 8) Hva mener du er de vesentligste hindringene for at målgruppen kan komme i arbeid?
- 9) Hva skal til for å overvinne (helt eller delvis) disse hindringene?

Samarbeid

- 10) Deltar dere i faste tverretatlige/tverrfaglige samarbeidsorgan rettet inn mot denne brukergruppen (som følge av opptrappingsplanen, 1999)?
 - Evt. hvilke organ, hvem deltar, hovedoppgaver mv.
 - Evt. hvilken betydning mener du samarbeidsorganene har for målgruppen?

- 11) I hvilken grad opplever dere uklare ansvarsområder innenfor hjelpeapparatet i arbeid med denne brukergruppen (kasteballproblematikk og gråsoner)? Fortell!
Evt. hva kan/bør gjøres, og av hvem?

- 12) Er det noen etater/instanser som det er vanskelig å få til samarbeid med i forbindelse med målgruppen? Evt årsak?

- 13) Evt. hva mener du er de største hindringene for tverretatlig/tverrfaglig samarbeid rundt målgruppen? (f eks tidspress, andre etater (hvem) er lite interessert, du/din etat ser liten nytte i det, lite tradisjon for slikt samarbeid, tid- og ressurskrevende, andre årsaker)

- 14) Har samarbeidet, både formelt og uformelt, i forhold til målgruppen endret seg det siste/de siste par årene? Evt. hvordan?

- 15) Andre spørsmål du mener er aktuelle?

Intervjuguide – DPS

Generelt

Bakgrunnsopplysninger:

- Navn
- Stilling
- Institusjon
- Ansatt i institusjonen siden

Yrkesrettede tiltak/fritidstiltak

- 16) Hvor sentralt vil du si at yrkesrettede tiltak og fritidstiltak er i samarbeidet med x kommune? (Evt. et ansvar for kommune og Aetat og angår ikke DPS.) Evt. hvordan skjer samarbeidet?
- 17) Kan situasjonen endres/bedres for personer med langvarige psykiske lidelser dersom disse temaene ”kom høyere opp på dagsorden” for både dere og kommunen? Evt. hva kan/bør gjøres, hvem har ansvar, hindringer for å gjøre noe osv.
- 18) Hva mener du er de vesentligste hindringene for at mennesker med langvarige psykiske lidelser kan komme i arbeid? Hvordan kan de avhjelpes?
- 19) Mener du at situasjonen for disse brukerne, når det gjelder arbeids- og fritidstiltak, er blitt endret i x kommune de siste par årene? Evt på hvilke måter?

Samarbeid

- 20) Deltar dere i faste tverretatlige/tverrfaglige samarbeidsorgan rettet inn mot denne brukergruppen (som følge av opptrappingsplanen, 1999)?
- Evt. hvilke organ, hvem deltar, hovedoppgaver mv.
 - Evt. hvilken betydning mener du samarbeidsorganene har for målgruppen?
 - Evt. for dere i hjelpeapparatet? (f eks avklare ansvarsområder/hindre kasteballproblematikk/hindre gråsonerebrukere, forståelse for andres fagfelt, liten betydning/forventes at en stiller opp)
- 21) I hvilken grad opplever dere uklare ansvarsområder innenfor hjelpeapparatet i arbeid med denne brukergruppen, særlig arbeidsrettede tiltak og fritidstiltak, (kasteballproblematikk og gråsoner)? Fortell!
Evt. hva kan/bør gjøres, og av hvem?

- 22) Er det noen etater/instanser som det er vanskelig å få til samarbeid med i forbindelse med målgruppen? Evt årsak?
- 23) Evt. hva mener du er de største hindringene for tverretattlig/tverrfaglig samarbeid rundt målgruppen? (f eks tidspress, andre etater (hvem) er lite interessert, du/din etat ser liten nytte i det, lite tradisjon for slikt samarbeid, tid- og ressurskrevende, andre årsaker)
- 24) Har samarbeidet, både formelt og uformelt, i forhold til målgruppen endret seg det siste/de siste par årene? Evt. hvordan?
- 25) Hvordan ser du på graden av formalisering i forbindelse med arbeidet med disse brukerne? (f eks hensiktsmessig/nødvendig for å få det til å fungere, for byråkratisert og tungvint, overlapping mellom organ)

Individuelle planer

- 26) Samarbeid med kommunen vedrørende individuelle planer? Hvordan er det lagt opp, hvem har/tar ansvar, brukermedvirkning, hvordan fungerer planene osv.
- 27) Andre spørsmål du mener er aktuelle?

Intervjuguide – kultur- og idrettsorganisasjoner

Bakgrunnsopplysninger

- Navn, rolle i organisasjonen, hvor lenge aktiv
- Organisasjon
- Hvilke aktiviteter er virksomheten rettet mot?
- Hvilke målgrupper er virksomheten rettet inn mot?
- Har organisasjonen kontakt/samarbeid med kommunen vedrørende tilbud til mennesker med psykiske lidelser? Evt. hvordan kom samarbeidet i gang, jfr. nedenfor?

Kontakt/samarbeid med kommunen

- 1) **Enten:** Har dere tatt kontakt med kommunen (psykisk helsetjeneste, fritids-etaten, frivillighetssentralen evt. andre instanser) vedrørende fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser?

Hvis nei: Hvorfor ikke?

Evt. mener du at det er ønskelig at dere etablerer (vurderer å etablere) aktivitetstilbud for denne gruppen? Hva skal til for å etablere et samarbeid med kommunen vedr denne gruppen?

Hvis ja: Hva har skjedd? Tiltak under planlegging? Hvordan fungerer samarbeidet osv? *Fortsette spørsmål 3*

- 2) **Eller:** Har kommunen (psykisk helsetjeneste, fritidsetaten, frivillighetssentralen evt. andre instanser) tatt initiativ overfor dere vedrørende fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser?

- 3) Dersom det *er* samarbeidstiltak i gang/under planlegging:

- Fortell om samarbeidet – hvilke tiltak det samarbeides om, hvordan det kom i gang, omfang, er organisert (formelt, økonomisk) etc.
- Hva slags tiltak er vektlagt? (deltagelse/inkludering som "vanlig" medlem, tiltak spesielt for denne gruppen/evt. kombinert med andre brukergrupper, aktivitetsrettede tiltak, konsumorienterte tiltak, nye former for tiltak?). Hvordan fungerer disse tiltakene?
- Hvordan synes du samarbeidet med kommunale instanser fungerer? Evt. hva er problematisk (årsaker til at det går trått osv). Evt. hva skal til for at samarbeidet skal gli lettere?

Holdninger

- 4) Synspunkter på å inkludere mennesker med psykiske lidelser i det frivillige organisasjonsarbeidet – som medlemmer eller målgruppe. Begrunn svaret.
- 5) Synspunkter vedrørende å etablere fritidstilbud spesielt tiltrettelag for mennesker med psykiske lidelser kontra integrering i "vanlige" aktiviteter?

- 6) Synspunkter på at medlemmer i frivillige organisasjoner kontra kommunens ansatte gjennomfører fritidsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser (positive og negative).
- 7) Kjenner du til at det i kommunen er i gang arbeid med å styrke tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser? Evt. hva vet du? (Evt. samarbeid et resultat av opptrappingsplanen?)
- 8) Hvordan vil du karakterisere dine kunnskaper om/innsikt i hva det vil si å ha en psykisk lidelse? (Har du evt. lært noe om hva det vil si å ha psykisk lidelse etter at din organisasjon rettet oppmerksomheten mot denne gruppen?)

Evt. andre spørsmål?

Intervjuguide – brukere

Generelt

- 1) Bakgrunnsopplysninger
 - Kjønn
 - Alder
 - Kontakt med Aetat? Evt. når, omfang
 - Andre instanser involvert i hjelpetiltak (spesialisthelsetjeneste, legetjeneste, hjemmetjenester, boligkontor, transport, psykiatrisk sykepleier mv)
 - Hvor ofte har du kontakt med disse instansene?
 - Koordinator/fast kontaktperson? (evt. fra når?)
 - Individuell plan? (Gyldig fra når? Under utarbeidelse?)
- 2) Tidligere tilknytning til arbeidslivet (fast arbeidstilknytning, sporadisk arbeid/mange tiltaksordninger, ikke hatt arbeid)?

Arbeidsrettede tiltak

Beskrivelse av dagens situasjon

- 3) Beskriv ”arbeidssituasjonen”. Type arbeid (tiltak), arbeidssted, omfang, varighet osv.
- 4) Hvordan fikk du denne arbeidsplassen/tiltaket (hvem tok initiativ, hva gjorde bruker selv, andre som var involvert)?
- 5) Beskriv en vanlig dag – både arbeid og fritid
- 6) Har det skjedd endringer de siste par årene, evt. hvilke?

Oppfatninger om egen situasjon

- 7) I hvilken grad er ”arbeidet” tilpasset din situasjon?
 - Omfang (ønsker bruker flere/færre timer/uke)
 - Fleksibilitet
 - Arbeidets art
- 8) Hvordan vil du karakterisere en vanlig dag ”på jobben” (strevsom, krevende, kjedelig, rutinepreget, utfordrende, givende osv)? Hva er bra evt. mindre bra?
- 9) Hva betyr det for deg å ha denne ”jobben”/tiltaket å gå til?

- 10) Kan hverdagen/arbeidssituasjonen bli bedre dersom du får mer hjelp/andre tjenester/hjelpen var lagt opp annerledes? Konkretiser!
- 11) I hvilken grad synes du at du (evt. familien) må ta ansvar for at hverdagen din skal fungere (i for stor grad/passe grad/for liten grad)?
- 12) I hvilken grad blir tiltak som er avtalt/som du er blitt lovet/stilt i utsikt gjennomført? (Evt eksempler på manglende oppfølging)
- 13) I hvilken grad synes du at du (evt. familien) blir involvert i planlegging/utforming av tiltak for deg (kommer med synspunkt/forslag, blir tatt hensyn til, blir overhørt)?
- 14) Synes du at de enkelte instansene som er involvert i tjenesteopplegget ditt kjenner deg og din situasjon godt nok? (synes du at du må gjenta opplysninger?) Eller synes du at de kjenner deg "for godt" (blir opplysninger spredt til folk som egentlig ikke trenger dem)?
- 15) Synes du at det blir tatt beslutninger "over hodet" på deg? Evt i hvilke saker/situasjoner?
- 16) Hvordan synes du samarbeidet mellom de instansene som er involvert i tjenesteopplegget ditt fungerer?
- 17) Dersom kontakt med Aetat; fortell om erfaringer

Fritid

Beskrivelse av situasjonen

- 18) Har du støttekontakt? (Evt. fra en frivillig organisasjon)
- 19) Hva slags fritidsaktiviteter deltar du i? (Kulturelle? Humanitære? Kreative? Idrett?)
- 20) Er dette arrangementer som er rettet spesielt mot mennesker med psykiske lidelser?
- 21) Hvor ofte deltar du i slike aktiviteter?
- 22) På hvilke måter skjer valg av aktivitet? Velger du selv? Velger andre for deg? Er valgmulighetene små på grunn av begrenset utvalg?

- 23) Får du bistand til å komme deg til /fra aktiviteten? Evt. hvordan er det organisert?
- 24) Er du medlem i/har regelmessig kontakt med noen frivillig organisasjon? (Evt når ble bruker medlem, hvordan ble kontakt med organisasjonen opprettet osv)
- 25) Har du vært medlem i/hatt kontakt med en frivillig organisasjon tidligere? Hvorfor ikke nå?
- 26) Kjenner du til noen frivillige organisasjoner i din kommune?
- 27) Har noen i det offentlige snakket med deg om å etablere kontakt med en frivillig organisasjon?

Oppfatninger om fritidssituasjonen

- 28) Hva synes du om å delta i disse aktivitetene? Evt. hvilke andre typer aktiviteter ville du ønske å delta i? Hva betyr denne deltakelsen for livssituasjonen?
- 29) Hva foretrekker du: fritidsaktiviteter spesielt for mennesker med psykiske lidelser, eller tilrettelegging for å delta i "vanlige" aktiviteter? Hvorfor?

Dersom medlem i frivillig organisasjon – jfr. spørsmål 23

- 30) På hvilke måte deltar du i den/de frivillige organisasjonen/organisasjonene? Deltar du som aktivt medlem som er med i planlegging og gjennomføring av arrangementer og aktiviteter? Blir du med på det andre arrangerer? Evt. andre former for deltagelse?
- 31) Fungerer dette tilfredsstillende eller ville du ønsket en annen form for deltagelse?
- 32) Hva har deltakelse i den/de frivillige organisasjonen/organisasjonene betydd for deg?
- 33) Lever du et mer aktivt liv nå enn før du kom i kontakt med den frivillige organisasjonen?
- 34) Opplever du samhørighet med menneskene du møter gjennom den frivillige organisasjonen? Kan du beskrive?
- 35) Har denne kontakten hatt betydning for din selvfølelse? På hvilke måte?

- 36) Bidrar kontakten til at du føler deg lettere til sinns?
- 37) Opplever du at du mestrer mer nå enn du gjorde tidligere (før kontakten ble etablert)? Eksempler? Hvilken betydning har det?
- 38) Har det gitt bedre livskvalitet? På hvilke måte? Hva legger du i begrepet?

Annet

- 39) Hvordan vil du beskrive holdninger til psykisk sykdom blant mennesker du møter i nærmiljøet, i forbindelse med ”jobb” og fritidsaktiviteter mv.?
- 40) Har du inntrykk av at de har kunnskaper om hva det vil si å ha en psykisk lidelse?
- 41) Evt hva tror du skal til for å endre folks holdninger til psykisk sykdom?
- 42) Kjenner du til at det i kommunen pågår arbeid med å styrke tiltak for mennesker med psykiske lidelser (siden 1999) – mener du at dette har hatt noen betydning for din situasjon? Evt hvordan?