

Likeverdige tjenester i BUP?

Anne Britt Djuve

Ole Sigvard Lunnan
Psykolog, BUP Søndre Nordstrand

Likeverdige offentlige tjenester er en rettesnor også for psykisk helsevern. Men hvordan skal begrepet likeverdighet tolkes og hvilke tilpasninger trengs?



LOKALE VARIASJONER: I Oslo har enkelte bydeler en svært høy andel barn med minoritetsbakgrunn, og ett av fire barn under seks år har ikke-vestlig innvandrerbakgrunn.

Foto: Wikimedia Commons

DEBATT: MINORITETSHELSE

I løpet av de siste 20 årene har det skjedd store demografiske endringer i den norske befolkningen. Det er blitt flere av oss, vi er blitt eldre, og det er blitt flere innvandrere og etterkommere av innvandrere. Språklig og kulturelt mangfold som følge av tilflytting av etniske minoriteter er tilleggsdimensjoner som stiller særlige krav til kartlegging av behov og tilrettelegging av tjenester. Noen av de innvandrede minoritetene bærer også med seg traumer fra krig, forfølgelse og flukt som medfører behov for betydelig styrking av kompetanse på bistand og behandling for denne gruppen. Det nye mangfoldet medfører dessuten helt nye utfordringer for produsenter av offentlige

tjenester generelt når det gjelder å vurdere hvilke forventninger som skal møtes med tilrettelegging – og hvordan man skal håndtere forventninger som vurderes som å falle utenfor tjenestetilbudets ansvarsområde.

Det er særlig kombinasjonen av lav utdanning, lite kunnskap om det norske samfunnet og språkproblemer som utløser et stort tilretteleggingsbehov

Ukjent begrep

Norske velferdspolitiske virkemidler og velferdsstatlige institusjoner er langt på vei utviklet for å virke sammen med majoritetsbefolkningens familiepraksiser, normer og arbeidsmarkedsatferd. Dette gjelder ikke minst innenfor psykisk helsevern. For innbyggere som lever på andre måter, kan tjenestene derfor være både mindre tilgjengelige og mindre treffsikre. Utviklingen mot et flerkulturelt samfunn stiller dermed etablerte institusjoner overfor nye problemstillinger og utfordringer.

De siste årene har begrepet «likeverdige tjenester» dukket opp som rettesnor for offentlig tjenesteproduksjon. Likeverdige offentlige tjenester nevnes som satsningsområder av både Likestillings- og diskrimineringsombudet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. På hjemmesidene til Integrerings- og mangfoldsdirektoratet kan man finne verktøy, metoder og kunnskap for offentlig sektor til hjelp i arbeidet med mangfoldstilpasning. Begge institusjonene knytter likeverdighetsbegrepet til tjenestenes tilgjengelighet, kvalitet og resultat. En fersk Fafo-rapport (Djuve, Lunde og Sandbæk 2011) viser likevel at begrepet likeverdige tjenester fortsatt er ukjent for svært mange som jobber i førstelinjen i kommunal tjenesteproduksjon. Blant dem som kjenner til begrepet, er usikkerheten stor når det gjelder hvordan –likeverdighet? skal tolkes og implementeres i den praktiske tjenesteutformingen. Psykisk helsevern inngår ikke i Fafo-studien, men det er grunn til å tro at tilsvarende utfordringer gjelder også her.

Uklare forventninger

En utfordring er at det kan oppleves som uklart hva slags mangfold det egentlig forventes at tjenestene skal tilrettelegge for. Hva slags mangfold er egentlig relevant for tilpasning av tjenester innenfor psykisk helsevern? I løpet av Fafo-prosjektet om likeverdige tjenester utkrystalliserte det seg fire sentrale dimensjoner av mangfold: Språk, byråkratisk kompetanse (eller brukerkompetanse), sosioøkonomisk bakgrunn og preferanser. Mens de tre første peker på ulikhet/mangfold knyttet til ressurser eller mangel på ressurser, viser den siste dimensjonen til ulikhet/mangfold i verdier, og dermed til potensielle verdikonflikter.

Et sentralt funn i undersøkelsen er at innvandrerbakgrunn i seg selv ikke representerer noen særlig utfordring for utformerne av offentlige tjenester. Det er særlig kombinasjonen av lav utdanning, lite kunnskap om det norske samfunnet og språkproblemer som utløser et stort tilretteleggingsbehov. Språk, eller grad av norskferdigheter, utgjør den mest synlige barrieren for en del innvandrere i møtet med det offentlige. Dette kan i noen grad avhjelpest med tolketjenester og oversettelser, men dette vil kun tilrettelegge for de rent språklige utfordringene, og er mindre relevante for å tilrettelegge med hensyn til de øvrige mangfoldsdimensjonene. Det hjelper for eksempel ikke å korrekt oversette begrepene «brukermedvirkning» og «individuell plan» (som i seg selv er en utfordring) dersom dette er begreper som ikke gir mening til mottakerne av informasjonen.

Uttrykket byråkratisk kompetanse viser til den kunnskap om det norske samfunnet og den norske velferdsstaten som er relevant for brukere i møtet med det offentlige. Botid i Norge, utdanning, landbakgrunn og grad av integrering i det norske samfunnet er faktorer som påvirker den enkeltes

forutsetninger for å forstå og navigere i tjenesteapparatet. Brukere med lav byråkratisk kompetanse kan mangle kunnskap om tjenestene overhodet, eller de kan ha feilaktige og eller urealistiske forventninger til hva tjenesteområdene skal kunne bidra med. Noen har for eksempel ingen erfaring med psykiske helsetjenester. Andre har en språkbakgrunn som mangler nyanser mellom begrepene «gal» og «normal». Dersom utgangspunktet for kontakt med helseapparatet er at de selv eller andre mener at de er «gale», blir terskelen for å søke hjelp gjerne høy.

Med begrepet sosioøkonomisk bakgrunn vises det til forhold som utdanning, økonomisk situasjon, tilknytning til arbeidsmarkedet, bosituasjon og helsetilstand. Gjennom å vektlegge preferanser snarere enn kulturell eller religiøs bakgrunn ønsker forfatterne av rapporten å understreke at det ikke er kultur eller religion i seg selv som utgjør en utfordring for tilrettelegging av offentlige tjenester, men i hvilken grad ulike kulturbakgrunn fører til ulike ønsker og forventninger til tjenestene. Innenfor psykisk helsevern kan en tilleggsdimensjon være at selve helseplagene er annerledes enn dem man typisk møter i den etnisk norske befolkningen, og derfor kan kreve en annen tilnærming og behandling.

Utfordringer blant barn og unge

Innvandrerbefolkningen i Norge er svært ujevnt fordelt både mellom kommuner og internt i storbyene. Spesielt i Oslo har enkelte bydeler en svært høy andel barn med minoritetsbakgrunn. I Oslo har samlet sett ett av fire barn under seks år ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, med andre ord er de selv eller foreldrene deres født i et ikkevestlig land. I bydelene Alna, Søndre Nordstrand, Stovner og Grorud er tilsvarende andel henholdsvis 47, 42, 56 og 48 prosent. En del av de mest innvandretette barnehagene sliter tungt med å levere et likeverdig tilbud til barna, i betydningen at alle skal komme opp på et norsk nivå som setter dem i stand til å følge vanlig undervisning ved skolestart. Igjen, problemet er ikke at barna har innvandrerbakgrunn, men at en stor andel av barna i barnehagen ikke snakker norsk, og at en stor andel av foreldrene har lav yrkesdeltakelse, liten byråkratisk kompetanse og svake norskferdigheter.

Også når det gjelder behandling av psykiske vansker i barne- og ungdomsbefolkningen er det grunn til å tro at vi har et godt stykke igjen til et likeverdig tilbud. BUP skal til enhver tid arbeide med en viss prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. For bydelene i Oslo er måltallet satt til 5,5 prosent ut fra en generell forventning om forekomst av psykiske lidelser i barne- og ungdomsbefolkningen i storbyen, det vil si at en ikke tar hensyn til forskjell i forekomst av psykiske lidelser mellom ulike bydeler. Det er oss bekjent ikke gjort epidemiologiske studier av barne- og ungdomsbefolkningen med hensyn til psykisk helse. Derimot finnes det data om forskjeller i skoleresultater, levekår og psykososiale belastninger. For å gi noen eksempler: Mortensrud skole hadde skoleåret 2009/2010 97 prosent minoritetsspråklige, og 10 prosent fikk et resultat på høyeste nivå i regning på Nasjonale prøver. På Slemndal Skole var andelen minoritetsspråklige 8 prosent, og 81,5 prosent fikk resultat på høyeste nivå. På Nordstrand hadde 182 barn tiltak fra barnevernet ved utgangen av 2007, og en befolkning på 44 423. I aldersgruppen 15–17 år var det i samme bydel 96 lovbrudd i 2008, for det meste skadeverk i egen krets. I Søndre Nordstrand hadde 548 barn tiltak fra barnevernet og en befolkning på 34 444 på samme tidspunkt. I aldersgruppen 15?17 år var det 271 lovbrudd i 2008, halvparten begått utenfor bydelen.

Ikke enkle løsninger

Disse dataene gir en pekepinn på forhold som har stor betydning for sårbare barn og unge, og dermed på forventet forekomst av psykiske lidelser. For så ulike befolkninger som det er i Oslos bydeler kunne

måltallene for BUP med fordel vært differensiert mellom bydelene, men det vil ikke automatisk medføre mer likeverdighet. Det er grunn til å tro at barn med minoritetsbakgrunn henvises i mindre grad enn majoritetsbefolkningen, at de er mye mer sårbare for drop-out etter å ha blitt henvist, og at de også som pasienter er vanskeligere å nå.

Samarbeid med foreldre, skole og barnevern blir omstendelig og tidkrevende, mens effektivitetskravene til BUP medfører prioritering av pasienter som møter til time. Poliklinisk behandling stiller krav om byråkratisk kompetanse og norskerfardigheter, noe som medfører en barriere overfor minoritetsbefolkningen. Dette peker på at likeverdighet både er et spørsmål om fordeling av ressurser og et spørsmål om hvordan hjelpetilbudet er utformet.

abd@fafo.no