

Prosjekt sterkere stemme

Nina Strand

Journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

Fartein Rudjord

En gruppe innbyggere med langvarige psykiske helseutfordringer fikk stille fastlegen spørsmål om medisinene sine. Det utløste nye spørsmål de aldri hadde våget å stille tidligere. Et viktig skritt mot ekte medborgerskap, mener psykolog.

Hun jobber for å realisere politikernes festtaler. Verdiene som forkynnes i dagens helsepolitiske dokumenter, må omsettes i praksis, slik at ansatte i Bærum kommune gir god og oppdatert helsehjelp.

– Medborgerskap, autonomi og medbestemmelse. Disse verdiene er den røde tråden i arbeidet mitt, sier fagutvikler og psykologspesialist Bente Engh Eggen. Stemmen er lav, men med en spesiell intensitet. Et blått, fast blikk møter mitt.

Vi sitter på et møterom i Bærums rådhus med sitt ikoniske klokketårn som rager over Sandvika by ved Oslofjorden. Eggen er ansatt som psykologspesialist i kommunens Psykisk helse og rustjeneste.



ADVARER – Vi i helsetjenesten bestemmer så mye for folk. Dermed har de ikke nødvendigvis erfaringen og kompetansen som skal til for å ta

valg på egne vegne slik den nye helselovgivningen forutsetter, sier psykologspesialist Bente Engh Eggen.

– Vi tok brukerne med i legemiddelprosjektet. Det var banebrytende

Da hun for fem år siden ble ansatt i kommunen i en nyopprettet psykologstilling, ønsket hun å bidra der tjenestene skapes, der avgjørelsene tas. I dag er hun glad for at hun har 25 års erfaring som klinisk psykolog på mange felt og tjenestenivåer og spesialisering i samfunnspsykologi, for stillingen hun skal fylle, er mangfoldig.

– *Jeg har hørt at du jobber med dem som har mer langvarige psykiske helseutfordringer. De som bor i kommunale boliger? Jeg ønsker å lage en journalistisk sak om dem.*

– Jeg jobber ikke direkte klinisk med denne gruppa, da er det andre du bør snakke med. Min oppgave er å jobbe systemisk. Jeg underviser og veileder sykepleiere, sosionomer og vernepleiere slik at de kan drive forebygging og endringsarbeid i det daglige, sier Eggen.

Jeg blir forvirret. Nylig fikk jeg vite at det er ansatt 31 psykologer i Bærum. Er det ingen av dem som jevnlig snakker med kommunens mest syke?

Psykisk helse i kommune-norge

Frem mot kommune- og fylkestingsvalget i høst retter Psykologtidsskriftet søkelys på psykisk helsefeltet i et utvalg kommuner. Journalistene i tidsskriftet drar til sin hjemkommune og rapporterer derfra.

Har du sagt A ...

Nå viser det seg at Eggen jobber for å bedre livssituasjonen for mennesker med langvarige psykiske helse- og rusutfordringer. Riktignok uten å ha mye nærkontakt med dem. For omkring tre år siden ledet hun et prosjekt der fire personer med langvarige psykiske helse- og rusutfordringer skulle få mer innsikt i og innflytelse over sin bruk av legemidler. Valg av målgruppe var ikke tilfeldig. Psykologen brenner spesielt for denne pasientgruppa, men tviler på om de i dag får god nok hjelp og oppfølging i norske kommuner. Undersøkelser viser at mange i denne gruppa går på de samme medisinene og har hatt de samme diagnosene i flerfoldige år.

– Det betyr at legemidlene disse brukerne tar, ikke nødvendigvis er riktige, sier psykologen.

Hun mener denne situasjonen truer viktige verdier.

– For hva betyr det egentlig når Høie snakker om at brukerne skal kunne gi et informert samtykke? Jo, at brukerne trenger kompetanse, i dette tilfellet om legemidlene. Da må en sørge for at de har eller får denne kompetansen.

Eggen og kollegene hennes gjennomførte et forbedringsprosjekt knyttet til Pasientsikkerhetsprogrammet, der deltakerne skulle få hjelp til å gjennomgå både sine diagnoser og sine legemidler. Lignende prosjekter hadde vært gjennomført i flere kommuner og med andre pasientgrupper tidligere. Men Eggen og kolleger gjorde en avgjørende vri: Dette skulle ikke begrenses til et samarbeid fagfolkene imellom. Brukerne selv skulle delta og ha en aktiv rolle. Det var nytt. Ja, revolusjonerende, ifølge psykologen. Men har man sagt A, må man si B, mener hun.

– Bærum har vedtatt at de skal være en recovery-kommune. Det har konsekvenser. Da kan du ikke bare si til en bruker: Disse medisinene skal du gå på fremover. Du må spørre brukeren. Vi tok brukerne med i legemiddelprosjektet. Det var banebrytende, sier psykologen.

Bærum kommune i Akershus

- 126 841 innbyggere (2018)
- 31 psykologer er ansatt i kommunen.
- Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning, er større enn i landet som helhet.
- Politikken i Bærum har nesten uavbrutt vært styrt av Høyre siden partipolitikken startet.
- Høyre vil styrke bruken av recoveryorienterte tilnærminger i psykisk helse og rus-feltet.

Kilder: baerum.kommune.no, Bærum Høyres partiprogram 2019-23, wikipedia, Folkehelseprofilen 2018

Hjemme hos

Et par kilometer vest for rådhuset i Sandvika ligger den hvite villaen som inntil nylig huset Bjørnegård psykososiale senter. Nå er døgntilbudet tatt bort, og navnet endret til Bjørnegård aktivitetshus. Ved siden av villaen ligger en toetasjes husrekke med ni leiligheter. Her bor folk som jevnlig får oppfølging av kommunen, og her bodde deltakerne i legemiddelprosjektet da det pågikk. Blant andre Bjørn Prestegard, som har sagt ja til å fortelle Psykologtidsskriftets lesere om sine erfaringer med prosjektet.

En vårdag i slutten av mars går jeg opp alléen som strekker seg langs den lange bakken til Bjørnegård. Prestegard på 59 år har bodd her siden de kommunale boligene var nye i 2003, og tar vennlig imot meg. Hege Løvåsen, som i dag er Prestegards hovedkontakt, venter inne i stua. Som psykiatrisk sykepleier deltok også hun i legemiddelprosjektet.

Det er en lys og hyggelig leilighet med stue og kjøkken i ett, og plass til et spisebord med fire stoler, en sofagruppe og TV og bokhyller. Vi kommer raskt i prat. Prestegard og jeg er nesten jevnaldrende, jeg vokste opp i nabokommunen Asker, og har bodd i Bærum siden tidlig på 90-tallet. Han og jeg har tråkket i mange av de sammen sporene i Asker og Bærum. Vi ler litt når jeg forteller at da foreldrene mine ikke lenger greide å holde hagen sin i orden, fikk de hjelp av nettopp firmaet han har jobbet i siden 1985.



STILTE SPØRSMÅL Som deltaker i legemiddelprosjektet ønsket Bjørn Prestegard å vite hvilke bivirkninger medisinene hans hadde.

Prestegard har noen vonde minner fra oppveksten. Skolearbeidet gikk bra, men han hadde få venner, og ble mobbet i perioder. Det gikk likevel på et vis, men i militæret endret det seg, og han ble psykisk syk. Etter militæret begynte han på universitetet, men måtte gi opp det da sykdommen ble dominerende i livet hans. Kunnskapstørsten forsvant imidlertid ikke. Han er spesielt interessert i historie, og liker å bryne kunnskapene sine på kviss. Derfor setter han pris på fredagsritualet på jobben, der ukesslutt markeres med kviss og vafler, eller frukt.

– Da jeg deltok i legemiddelprosjektet, hadde jeg ikke ønsket om å trappe ned på medisinene, men jeg ville at dosen skulle være riktig

Prestegard setter seg ved siden av sykepleier Løvåsen i sofaen, og sammen gjenoppfrisker de legemiddelprosjektet de deltok i. Inntil da administrerte Prestegard medisinene sine selv. Dermed snakket han ikke så mye med de ansatte, for eksempel om bivirkninger av medisinene han gikk på, eller om bekymringer han hadde over å gå på flere medikamenter samtidig. I dag er det annerledes

Legemiddelprosjektet inkluderte fire personer og hadde to mål, forklarer Løvåsen. For det første å sørge for at legemiddellistene for den enkelte beboeren var like i hjemmetjenesten og hos fastlegen. For det andre skulle hver av beboerne få en tverrfaglig gjennomgang av medisinene for å se om medisineringsen var optimal, og om diagnosen var oppdatert. Sammen med sykepleier Løvåsen møtte Prestegard opp hos fastlegen, som også hadde besøk av en farmasøyt i tillegg til prosjektleder Bente Engh Eggen og avdelingslederen for psykisk helse og rus.

Som pasient var det en uvant opplevelse å være sentrum for innspill fra så mange fagfolk, minnes Prestegard. Og ikke bare enkelt.

– Det var ikke så morsomt å høre at jeg var schizofren. Selv om jeg egentlig hadde visst det lenge.

– Ja, hvordan er det å ha en sånn diagnose?

– Jeg gidder ikke å tenke så mye på det. I dag omgås jeg venner som er psykisk syke, men jeg har også jevnlig kontakt med Munkegjengen, som vi kaller oss. Vi har holdt sammen siden vi gikk på barneskolen og gymnaset, og drar av og til på turer sammen. Ingen av dem har psykiske diagnoser, og jeg tenker heller ikke mye på at jeg har det, når jeg er sammen med dem, svarer Prestegard.

Ryddet opp

Gjennom prosjektet ble det lettere å snakke om medisineringsen, men også om andre temaer, mener Hege Løvåsen. Hun snur seg mot Prestegard:

– Jeg opplevde legemiddelprosjektet som en invitasjon til at vi ble mer kjent, jeg syntes vi kunne snakke sammen på en ny måte, også om andre temaer enn helse. Det ble også lettere å spørre deg mer konkret om ting, om du hadde fått tatt blodprøver, for eksempel. Og etter prosjektet brukte du medisinene slik legen mente du skulle bruke dem, sier hun.

Han nikker.

Løvåsen forteller at hun og beboerne la ned mye arbeid før de skulle i møtet med fastlegen. – Husker du, Bjørn? Psykolog Bente hadde lagd en brosjyre, som blant annet hadde forslag om hva du kunne spørre om når du kom til møte hos legen, sier sykepleieren.

Hun snakker om brosjyren med spørsmål som alle i prosjektet fikk, og som skulle hjelpe deltakerne med å få fram spørsmål, bekymringer og tanker de hadde rundt diagnosen sin og medisinene de brukte. Brosjyren er opprinnelig utviklet av Patricia Deegan, en britisk forsker med brukererfaring, og Bente Engh Eggen oversatte den til norsk som et ledd i å gjøre deltakerne best

mulig skodd i møtet med fastlegen og de andre fagfolkene. For henne handlet det om å myndiggjøre deltakerne.

I legemiddelgjennomgangen hos fastlegen stilte Prestegard spørsmål hvordan medikamenter han brukte, kunne påvirke hverandre negativt, og om bivirkninger mer generelt.

– Det kan jo få dramatiske konsekvenser hvis noe går galt her, jeg må jevnlig ta blodprøver, sier han nå.

Av farmasøyten lærte han om bivirkninger fra medikamentene han tok, og om bivirkninger som kunne skyldes kombinasjonen av legemidler. Han fikk også råd om en medisin han kunne ta ved behov.

– Jeg har en del angst og noen lydforsterkende anfall. Alle lyder virker høyere, det er litt stressende. Nå kan jeg ta bestemte medisiner hvis det skulle skje. Det var fint å få bedre oversikt over hvordan medisinene skulle brukes.

– *Du hadde ikke sagt til legen din at du hadde disse problemene?*

– Nei, jeg hadde ikke det. Jeg trodde ikke at tabletter kunne hjelpe til med dette.

Prestegard forteller at han har brukt antipsykotika siden han var 22 år. De psykotiske episodene kommer oftere hvis han ikke bruker medisiner.

– *Nå for tiden er det en del som ønsker enten å trappe ned på bruk av antipsykotika eller å slutte helt med dem. Har du slike tanker?*

– Nei. Uten medisinen får jeg sterke mareritt. Da jeg deltok i legemiddelprosjektet, hadde jeg ikke ønsket om å trappe ned på medisinene, men jeg ville at dosen skulle være riktig, svarer han.

Etterpåkløskap

Når psykolog Bente Engh Eggen tenker tilbake på legemiddelprosjektet, blir hun rørt. Spesielt når hun ser for seg møtene mellom fagfolkene og den enkelte brukeren. Her fikk noen av brukerne vite helt nye ting om seg selv og sin helsetilstand. Ting de ikke hadde blitt forklart eller hadde forstått, fordi man ikke visste at de ikke visste. Både det å kunne spørre og det å få svar virket forløsende, men også rystende, ifølge psykologen. «Kan jeg spørre om hva som helst?» spurte en av deltakerne. Han fikk til svar at det kunne han. Et vendepunkt for deltakeren, ifølge Eggen. Hun mener spørsmålet uttrykker en usikkerhet: Kan jeg spørre om det som er viktig for meg? Det å bli møtt med respekt og oppfordring til å spørre om hva som helst gjorde at han spurte om ting han lenge hadde tumlet med, men aldri hadde våget å spørre om før nå. Psykologen mener dette igjen kan føre til at han også i fremtiden kan og tør involvere seg mer i sin legemiddelbruk og sin egen helse.

– Flere av deltakerne hadde bekymret seg for hvordan legemidlene de brukte, virket sammen, og farmasøyten fikk mange spørsmål om det. Enkelte medikamenter har alvorlige bivirkninger, og særlig i kombinasjon med andre legemidler. Det ble noen sterke følelsesmessige reaksjoner blant dem som fikk bekreftet sine bekymringer. Men bare det at de fikk lov til å spørre om alt de var usikre på, skapte sterke følelser. Noen skalv, noen gråt, forteller Eggen.

Et hovedfunn i prosjektet var at av 43 legemidler var det bare fem som hadde en oppgitt indikasjon og var dokumentert, med andre ord hadde en medisinsk begrunnelse for hvorfor brukeren skulle ha legemiddelet. Antall legemidler på fire mennesker kan virke høyt, men ifølge Eggen er ikke dette uvanlig. Her er det mye å ta tak i, mener psykologen.

– Da prosjektet startet, ble vi møtt med at disse brukerne var for syke til å være med på dette. Forståelig nok var noen av de pårørende skeptiske, de var urolige over hva vi satte i gang. Men nå skjer

det store endringer i fagfeltet. Der hvor recovery var revolusjonerende tidligere, er det nå en selvfølge. Hvis du ikke jobber recovery-orientert i helsetjenesten nå, følger du ikke med, sier hun.

Bærum kommune har vedtatt at recoverytenkningen skal ligge til grunn for helsetjenesten. I kommunens innovasjonsstrategi brukes begrepet paradigmeskifte knyttet til det man nå kaller «kommune 3.0», et begrep hentet fra Skanderborg kommune i Danmark. Det som kjennetegner kommune 3.0, er at kommunen er på vei bort fra det såkalte «servicesamfunnet» og over mot «felleskapssamfunnet». Brukeren er ikke en kunde (som i kommune 2.0), men en innbygger som skal bidra i fellesskapet. Innbyggeren blir sett på som en «samprodusent av offentlige tjenester».

Men – det er ikke gjort i en fei å få mennesker som er uvant med å ha innflytelse over sitt eget liv, til plutselig å skulle ta avgjørelser, påpeker Eggen. I møte med mennesker som har brukt alle ressursene sine på å overleve, og som ikke kjenner til rettighetene de har i samfunnet, holder det ikke bare å stille spørsmål – og så forvente klare og gjennomtenkte svar. Innbyggere med lang fartstid som pasient i psykisk helsevern har ofte liten erfaring med å kunne bestemme over seg selv. De må få muligheten til å lære og få kompetanse på hvordan man kan ta gode beslutninger for seg selv, mener psykologen.

– Noe av det mest alvorlige, mener jeg, er at vi i helsetjenestene bestemmer så mye for folk. Dermed får de ikke nødvendigvis den erfaringen og kompetansen som skal til for å ta valg på egne vegne slik den nye helselovgivningen forutsetter, sier hun.

Og her mener hun vi er ved essensen i prosjektet: Ikke alle vet hva de skal spørre om eller etterlyse når de endelig får muligheten.

Et overraskende resultat av legemiddelprosjektet var at det styrket fellesskapet også deltakerne imellom. De bodde alt i samme husrekke, men til da hadde de hatt liten kontakt med hverandre. Det endret seg med prosjektet, ifølge psykologen, som helt siden profesjonsstudiet har vært særlig opptatt av temaet «frykten for å miste kontakten med seg selv og andre». Deltakerne hadde blitt møtt med respekt, og hadde fått en ny forståelse av livssituasjonen sin gjennom å kunne stille spørsmål om «hva som helst». Istedenfor å bruke kreftene på å beskytte seg mot omverdenen oppdaget de nå et fellesskap med hverandre.

– Når vi ikke låser mennesker fast i en diagnose, men viser vår respekt, da tar vi et relasjonelt grep. Kjernen i det hele er det å erfare at man kan være i kontakt med andre på sine egne premisser, sier Bente Engh Eggen.

Fastlege i silo

En av legene som deltok i legemiddelprosjektet, var Kenneth Sagedal. Da vi møter opp til intervju på hans trange og overfylte kontor i Sandvika, er det travelt. Fastlegen måtte trå til da en av pasientene hans ble akutt psykotisk, men nå har andre overtatt ansvaret. På kontoret hilser vi også på Sagedals student, som er overrasket over hvor stor andel av fastlegejobben som dreier seg om psykiske helseproblemer. I formiddag var det akutt for to av legens pasienter, og senere på dagen skal han på sykebesøk til en tredje pasient, som bor i Oslo, og også trenger rask oppfølging.



FØLGER MED – Som allmennlege får jeg over tid mye kjennskap til forholdene pasientene mine lever i. Dermed kan jeg avlaste tidlig når problemene begynner, sier Kenneth Sagedal. Vel en av fire av hans konsultasjoner handler om psykisk helse.

Sagedal har vært fastlege i Bærum siden 1997. Han har også vært sosiallege i Bærum i 16 år, og mener fastlegen har en unik posisjon i helsetjenesten ved å følge folk gjennom lang tid, gjennom mange faser i livet. Gjennom det får han mye kunnskap om livet deres, forholdet til jobben, og til familien. Ofte har han flere medlemmer av en familie som pasienter.

– Jeg har aldri sett en psykolog i et møte rundt en av mine pasienter her i kommunen

– Jeg kan kjenne noen før de fødes, fordi moren er pasient hos meg, og andre helt til de dør. I noen faser av livet har de det greit, andre faser er mer kompliserte, men fastlegen følger dem hele tiden, sier legen.

– Psykologer jeg har snakket med her i kommunen, samarbeider med helsesøstre, barnehage og PPT. Men de har lite samarbeid med fastlegen. En sa at de kanskje glemmer legene?

– Jeg har i alle fall aldri sett en psykolog i et møte rundt en av mine pasienter her i kommunen. Psykologene i annenlinje kjenner jeg selvfølgelig. Jeg skulle ønske at de langvarig og svært alvorlig syke fikk den mest kompetente hjelpen og behandlingen i kommunen. Det trenger ikke bare være i form av tradisjonell terapi, men også veiledning som kan gagne flere, svarer Sagedal.

Han er oppgitt over omorganiseringer i tjenestene, og mener mange pasienter blir tapere i slike prosesser, fordi de ikke takler denne typen endringer.

– Om igjen og om igjen må tilbudene til multisyke tilpasses kommunale omorganiseringer.

– Hva hjelper du disse med i tillegg til diagnosesetting og medisinering?

– Som allmennlege har jeg over tid fått mye kjennskap til pasientene og forholdene de lever i. Dermed kan jeg avlaste tidlig når problemene begynner, svarer Sagedal, som legger til at ved behov kan allmennlegen gi støttesamtaler, ta i bruk kognitive teknikker og initiere ulike former for avlastning eller tilbud i kommunale tjenester.

Nå har han sammen med studenten sin sjekket pasientlistene over en representativ periode. – Vel en av fire hadde søkt legetime for primært en psykisk lidelse, og går til behandling for det hos meg. Mange med kroniske psykiske plager ønsker kontinuitet, de ønsker å slippe å gjenta sin kompliserte historie før de får begynne å få hjelp, sier han.



HØL I CV-EN Kaffevogna i Sandvika blir kalt «jobb på fire hjul». Initiativtaker og sosionom Kenneth Strand sørger for kaffekompetanse og baristapraksis til innbyggere som trenger arbeidstrening.

Læres opp i recovery

«Høl i CV-en. Coffee & Food Truck» lyder logoen på den grønne kaffevogna sentralt plassert ved Sandvika torg. Fotografen og jeg rakk en kaffe her før vi tok beina fatt bort til fastlegens kontor. I vogna står initiativtaker og sosionom Kenneth Strand, sammen med en av dem som har fått opplæring som barista, og som jobber her på deltid. Noen dager senere blir nettopp Høl i CV-en trukket fram i vårt intervju med Hilde Rosenlund, seksjonsleder for psykisk helse og rus i Bærum.

– Foodtrucken skal være en bro over i det ordinære arbeidslivet. Flere som jobber der, strevde før med å komme seg ut av leiligheten, nå står de der og tar imot kunder, sier Rosenlund.

Sammen med kommuneoverlege Frantz Leonard Nilsen møter hun Psykologtidsskriftet for å svare på spørsmål om kommunens tilbud til gruppa med langvarige psykiske helseutfordringer. For hvorfor er det ingen av de 31 kommuneansatte psykologene som har direkte kontakt med innbyggere som har langvarige psykiske helseutfordringer?

Kommuneoverlegen ser spørsmålet i historisk lys. Lenge var psykiatrien dominert av legene, og oppfølgingen av pasientene i stor grad rent medisinsk, med vektlegging av diagnose. I dag legger helsepolitikere og fagfolk større vekt på pasientenes egne ressurser, og har som mål at innbyggerne i størst mulig grad skal klare seg best mulig i sin egen hverdag, og kjenne på selvstendigheten i sitt eget liv.

– I dette perspektiv har høyskoleutdannet personell som sykepleiere, vernepleiere og sosionomer med tilført kompetanse innenfor dette satsningsområdet vært hensiktsmessig, poengterer han.

Nå skal kommunen se på tilbudet de gir til alle brukergruppene innenfor rus og psykisk helse. Et viktig spørsmål er om man trenger annen kompetanse, og om de ansattes kompetanse brukes optimalt.

– Da er det naturlig for oss å vurdere hvordan psykologisk kompetanse skal brukes overfor gruppa vi snakker om nå. Skal psykologene gi direkte oppfølging, eller heller veilede dem som jobber for eksempel i kommunale boliger? Avgjørelsene tas i månedene som kommer.

– Fastlege Sagedal mener det er paradoksalt at de med de alvorligste psykiske lidelsene må til spesialisthelsetjenesten for å møte en psykolog?

– Det er jo slik at når en pasient får hjelp i spesialisthelsetjenesten, ligger behandlingsansvaret hos DPS. Når pasienten skrives ut derifra, er det fastlegen som har behandlingsansvaret. Vi tenker ikke at psykologer i kommunen skal drive med varig behandling overfor denne brukergruppa, sier Nilsen. Det ville bryte med fastlegenes helhetlige pasientansvar.

Rosenlund peker på dagens forskyving av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten over til kommunene. Hun har sterk tro på Flexible Assertive Community Treatment (FACT), som Bærum startet opp i fjor høst. Dette er tverrfaglige team, og innebærer et samarbeid mellom DPS og kommunen. FACT gir hjelp der brukeren bor, eller oppholder seg. Teamene retter seg mot innbyggere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

– Vi er så heldige at vi er én stor kommune og ett DPS som vi samarbeider tett og godt med. Ved DPS har psykologene en selvfølgelig plass, sier hun.

– *Hvordan vil Bærum kommune følge opp legemiddelprosjektet?*

– Vi planlegger å følge det opp – langt ut over det farmakologiske perspektivet. Kjernen i dette er å øke de ansattes kompetanse i det å øke pasientenes medbestemmelse og mestringsevne, svarer kommuneoverlegen, og blir supplert av Rosenlund:

– Det handler også om evnen til å gjøre gode valg for seg selv. Det å skape eierskap til sin egen tilfriskningsprosess. Tjenestene våre er tuftet på recovery-tenkning, og vi jobber med å øke de ansattes kompetanse i tilnærminger og metoder som støtter recovery. For eksempel programmet *Illness Management and Recovery (IMR)*, sier seksjonslederen.

Men hvordan fungerer ambisjonene om myndiggjøring og recovery i praksis? Går alt på skinner i Bærum kommune? Jeg spør seksjonsleder Hilde Rosenlund.

– Alt går ikke på skinner, men vi ønsker sterkt å ha høy kvalitet på tjenestene våre, der brukerne blir «sjef i eget liv» og integreres i lokalsamfunnet. Men dette er en stor kommune. Det tar lang tid å implementere ting og gjøre endringer. Mange hoder skal lære seg nye måter å tenke på, og nye rutiner skal implementeres. Det er tidkrevende, svarer hun.



TETT PÅ En innbygger har fått et akutt psykoseanfall. Kommuneoverlege Frantz Leonard Nilsen skal til et møte, men rekker å bidra til pasienten får rask hjelp.

Et greit liv

Da vi besøker Prestegard på jobben to uker senere, finner vi ham i konsentrert arbeid med å kappe plast til fruktkasser. Helt ok, synes Prestegard, som setter pris på at arbeidsoppgavene varierer.

– Vi tenker ikke at psykologer i kommunen skal drive med varig behandling overfor denne brukergruppa. Det ville bryte med fastlegenes helhetlige pasientansvar

– Dette er såkalt tilrettelagt arbeid, så man må ha en funksjonshemning for å jobbe her, forteller han.

Vi får følge med ham hjem, der middagen i dag skal inntas på kafé Binna i Bjørnegård aktivitetshus. Her spiser han ofte når han ikke lager middagen selv. I kveld skal han på kino med støttekontakten.

– Jeg har ingen store drømmer om endringer fremover, sier Prestegard. Han synes livet er greit nå.