



Marit K. Helgesen

Kommunenes kompetanse om psykisk helsearbeid

Noen trender

NOTAT
2006:135

Tittel: **Kommunenes kompetanse om psykisk helsearbeid.**
Noen trender

Forfatter: Marit K. Helgesen

NIBR-notat: 2006:135
ISSN: 0809-6929
ISBN: 82-7071-656-1
Prosjektnummer: 2044
Prosjektnavn: Kompetanseutvikling og kompetanseheving –
Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsevernet

Oppdragsgiver: Norges Forskningsråd

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Det er gjennomført intervjuer i sju kommuner på to tidspunkter (2003/2004 og 2006). På begge tidspunkter ble det observert at kommunene har ansatt profesjonelle med høy kompetanse på psykisk helsearbeid. Kompetansen er pleiefaglig dominert og kommunenes administrative organisering legger betingelser for om det arbeides tverrfaglig. I perioden er det observert en trend der kommuner med flat struktur arbeider mindre tverrfaglig enn andre. Det er en trend at den pleiefaglige kompetansen har ansvaret for breddetiltaket som er individuelle samtaler. Den er likevel ikke helt entydig, også sosionomer har slikt ansvar. Flere av kommunene har etablert arbeidsdeling mellom pleiefaglige kompetanse og miljøarbeid (hjelpepleiere, ansatte med annen utdanning) i det direkte arbeidet med brukere. Ikke-pleiefaglige yrkesgrupper (sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, barnevernspedagoger, vernepleiere) har ansvaret for spesialiserte tiltak som ser ut til å ytes i boliger og i dagsentra. Denne arbeidsdelingen kalles den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid og har styrket seg i perioden.

Sammendrag: Norsk

Dato: Desember 2006

Antall sider: 30
Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2006

Forord

Dette notatet er avslutningsrapporten fra prosjekt ”Kompetanseutvikling og kompetanseheving. Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet”. Prosjektet løp fra 2002 til 2006 og det har vært finansiert av Norges forskningsråd under programmet for evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Notatet er i hovedsak en bearbeiding av problemstillinger om rekruttering og kompetanseutvikling i syv kommuner. Problemstillingene drøftes grundig i NIBR-rapport 2005:10, som utgjør hovedrapporteringen fra prosjektet. Dette notatet står på egen ben, men kan med fordel lese i sammenheng med rapport 2005:10.

Prosjektet er basert på intervjuer med ansatte i mange kommuner. Det er dermed også mange som har stilt sin tid og interesse til rådighet for prosjektet. Takk til alle som har bidratt. NIBR-rapport 2005:10 ble til i et samarbeid med Høgskolen i Østfold, det har vært et fruktbart samarbeid. Dette notatet står imidlertid forfatteren for alene.

Oslo, desember 2006

Hilde Lorentzen

Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Sammendrag	3
1 Kommunenes kompetanse om psykisk helsearbeid	6
1.1 Innledning	6
1.2 Stilte spørsmål	7
1.3 Metodisk innfallsvinkel.....	7
1.4 Litt om kompetansebegrepet	9
2 Rekruttering i casekommunene.....	10
2.1 Innledning	10
2.2 Videreutdanning.....	11
2.3 Kompetanseprofil i fylker	12
2.4 Direkte arbeid med brukere og rekruttering	12
2.5 Bolig og rekruttering	14
2.6 Dagsenteret og rekruttering	15
2.7 Oppsummering	17
3 Kompetanseutvikling i casekommunene.....	18
3.1 Innledning	18
3.2 Kompetanseutvikling i 2006	18
3.3 Bredde versus spesialisering av tiltak	20
3.4 Kompetanse og organisering av kommunale tjenester	21
3.5 Oppsummering	23
4 Avslutning	24
4.1 Oppsummering	24
4.2 Kommunenes arbeid mot mål i opptrappingsplanen	25
4.3 utfordringer for kommunene	26
Litteratur	30

Sammendrag

Notatet tar opp arbeidet med rekruttering, samt kompetanseheving- og utvikling i syv kommuner. Dette operasjonaliseres til hvilken kompetanse de har rekruttert, hvordan det arbeides med kompetanseheving i form av videreutdanning, kurs og seminarer, samt veiledning og møtevirksomhet. I 2003/2004 ble det også rettet oppmerksomhet mot to prosesser på kommunalt nivå. Den første er om kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet legger betingelser for hvordan det ble arbeidet med rekruttering, kompetanseheving og utvikling. Innenfor dette ble det sett spesielt på om bestiller-utfører-organisering har hatt betydning, det fokuset er beholdt, men det er også rettet oppmerksomhet mot betingelser som organisering til flat struktur legger for det psykiske helsearbeidet. For det andre ble det lagt vekt på om det settes i gang prosesser av substituering mellom yrkesgrupper på kommunalt nivå. Det vil si om vernepleiere og sosionomer, eventuelt andre treårige yrkesgrupper ansettes for å gjennomføre arbeidsoppgaver som tidligere var forebeholdt psykiatriske sykepleiere, altså om tverrfaglighet nedfelles i praksis.

Stilte spørsmål

Spørsmålene som ble stilt i rapport 2005:10, Kompetanseutvikling i kommunene, var:

- Hva betyr den kommunale organisasjonen for rekruttering og kompetanse i psykisk helsearbeid?
- Hvordan arbeides det med rekruttering og kompetanseutvikling i kommuner og tjenestesteder i kommunene?
- Hva betyr den etablerte profilen kommunene har på sitt psykiske helsearbeid og har kommunene et "lokomotiv" for utvikling av spesialiserte tiltak?
- Har bestiller-utfører-modeller konsekvenser for rekruttering og kompetanse i psykisk helsearbeid?
- Tiltak og kompetanse; bredde versus spesialisering?
- Foregår det overføring av kompetanse mellom avdelinger og yrkesgrupper på kommunalt nivå i form av personellforflytninger, kursing, hospitering eller veiledning?
- Hva skjer i møtet mellom stadig mer utdannede profesjonelle yrkesutøvere og det personalet som er ansatt for å sikre bredden innenfor det psykiske helsearbeidet?

Rekruttering

Kommunene hadde rekruttert høgt utdannet personell til sitt psykiske helsearbeid i 2004. Det vil si at det var rekruttert profesjonelle yrkesgrupper med forskjellige typer grunnutdanninger, men med videreutdanning i psykiatri eller psykisk helsearbeid. Kommunene hadde en pleiefaglig dominans på sin kompetanse, tverrfaglighet ser ut til å bli sikret ved rekruttering til dagsentra. I boligene var det overveiende rekruttert pleiefaglige, med et høgt innslag av vernepleiere. Denne trenden observeres å være gjeldende også i 2006.

I 2004 så det ut til at det gikk en grense for tverrfaglighet i kommunene som lå på omlag 3000 innbyggere. De to kommunene i materialet som har under 3000 innbyggere har ikke dagsenter, og dermed ikke innslag av tverrfaglighet i enhet for psykisk helsearbeid. I disse kommunene kan tverrfaglighet oppnås gjennom samarbeid med andre enheter i kommunen, men med unntak for sosialkontoret er også disse pleiefaglig dominert. Også dette er en trend som observeres å være gjeldende i 2006.

I 2004 var tendensen at det ble ønsket å rekruttere såkalt tverrfaglig, men at rekrutteringen likevel ble gjennomført i henhold til en forventning om at ulike yrkesgrupper egnet seg for ulike oppgaver. Denne oppfatningen tilordnet det direkte arbeidet med brukere til sykepleiere, arbeid i bolig til vernepleiere og annet pleiefaglig personell, og arbeidet i dagsentra ble tilordnet gruppen av yrkesutøvere som kalles miljøterapeuter. Tverrfaglighet kunne observeres i dagsentra, men i liten grad i det direkte arbeidet med brukere. Kun to kommuner arbeidet bevisst for å rekruttere tverrfaglig til det direkte arbeidet med brukere. Disse hadde organisert dette arbeidet i team. Dermed kunne substituering mellom yrkesgrupper også bare observeres i to kommuner. I 2006 er dette fortsatt hovedtrenden. Det observeres også at det artikuleres tydeligere i 2006 enn i 2004 at profesjonelles grunnutdanninger er knyttet spesielt til bestemte sett av oppgaver.

Oppfatningen om at profesjonelle har ulike faglige styrker aksentueres av den flate strukturen som flere kommuner har valgt på sin organisasjon. Sosionomenes styrke framheves å være at de kan saksbehandling og at de kjenner det kommunale systemet. Brukere av psykisk helsetjeneste har ofte problemer med økonomi og sosionomenes kan orientere seg bedre enn andre yrkesgrupper i det kommunale systemet. Sykepleierne ble ansett av sine ledere som å kunne gå inn i brukeres nå-situasjon. Deres styrke er at de ser brukeres situasjon, de kan gå inn i de opplevelsene brukere har. Dette oppleves det at vernepleiere ikke gjør. Vernepleiere er mer opptatt av å evaluere brukere. Evaluering er knyttet til boligsituasjonen. Boligtiltak er ofte gjennomgangsboliger og brukere bor midlertidig, noe som innebærer at brukere skal lære å bo. Vurdering og evaluering av boevne er derfor et viktig element i arbeidet i boligene.

Veiledning og overføring av kunnskap

I 2004 ble det observert at ansatte med sykepleiefaglig utdanning som arbeidet i det direkte arbeidet med brukere, drev veiledning av andre ansatte i psykisk helsearbeid, samt av ansatte i andre kommunale tjenester. Det foregikk altså overføring av kunnskap mellom de kommunale enhetene. Det ble gitt noe veiledning fra enheter i spesialisthelsetjenesten til kommunene. I 2006 foregår det ikke veiledning mellom nivåene i psykisk helsetjeneste utenom den veiledningen som er knyttet til enkeltbrukere. Veiledningen mellom enheter i kommunene er redusert. Dette kan knyttes til den flate strukturen og domenekonfliktene som er observert. I disse kommunene foregår det ikke overføring av kunnskap i form av veiledning av andre enheter i kommunen, for eksempel hjemmetjenesten.

Møter og overføring av kunnskap

I 2004 var det få møtepunkter mellom de ulike typene kompetanse. Det var ikke etablert felles møtearenaer i kommunen der profesjonelle yrkesutøvere med ulik kompetanse kunne møtes for å utveksle synspunkter. Dette har endret seg i 2006. Det observeres at det er etablert felles arenaer for profesjonelle medarbeidere i psykisk helsearbeid i flere kommuner enn i 2004. Det dreier seg om morgenmøter eller møter for inntak og fordeling av brukere, og i noen tilfeller møter på tvers av enheter i kommunen.

Organisering

I 2004 ble det observert at reorganisering til flat struktur i noen kommuner. Dette er en trend som har styrket seg i perioden og alle kommunene har en form for flat struktur på sin organisasjon. Det er mulig å observere at flat struktur bryter ned ansatsene til tverrfaglighet i rekruttering. Først og fremst skjer dette fordi enhetene for psykisk helsearbeid ikke får i stand et samarbeid med hjemmetjenesten om medisiner og hjemmetjenester for psykisk helsearbeids brukere. Det gir enhetene for psykisk helsearbeid et fornyet pleiefaglig fokus selv om det er ansatt yrkesutøvere med grunnutdanninger både som sosionom og annet.

Arbeidsdeling

I 2004 ble det observert at arbeidsoppgaver ble tilskrevet bestemt kompetanse ut fra forventninger det er mulig å ha til hva som er kompetansens styrke. Dette ser ikke ut til å ha endret seg nevneverdig i perioden. Det er fortsatt kun i kommunene der psykisk helsearbeid er organisert i team som i noen utstrekning handler for å sikre tverrfaglighet i det direkte arbeidet med brukere. Det er også i disse kommunene vi kan finne prosesser av substituering, det vil si at det ansettes sosionomer, vernepleiere eller lignende som gjennomfører arbeidsoppgaver som tidligere var forbeholdt sykepleiere. I tre av sju kommuner er det etablert en arbeidsdeling med et over- og underordningsprinsipp mellom profesjonelle sykepleiere og hjelpepleiere/ miljøarbeidere, der sykepleiere definerer hvilke oppgaver miljøarbeidere skal ha overfor brukere og miljøarbeidere er den utøvende part.

Oppsummering

Over tid kan det observeres motsetningsfulle trender i kommunene. På den ene siden ser det ut til at det er en trend mot tverrfaglighet i rekrutteringen. Dette observeres først og fremst i forbindelse med rekruttering til dagsentra. Samtidig kan trenden med å tilordne bestemte arbeidsoppgaver til forventet kompetanse yrkesgruppene har, se ut til å ville fortsette. Dette observeres fordi yrkesgruppene fortsatt etterspørres ut fra hvilke styrker det forventes at de har. Dette kan tolkes som at det er gjort erfaringer om at tverrfaglighet er nødvendig, samtidig som organisasjonsendringer medfører at sykepleiefaglige arbeidsoppgaver vektlegges i noen kommuner. I 2004 så det ut til at det ville gå i én retning: nemlig mot sterkere innslag av tverrfaglighet. I 2006 observeres begge trendene. De observeres mellom kommuner, men også i en og samme kommune. Dette er observasjoner som kan peke mot at kommunene opplever usikkerhet med hensyn på hvilken kompetanse de har behov for.

Det pekes på en rekke utfordringer kommunene står overfor:

- Tilrettelegge for samarbeid og tverrfaglig rekruttering
- Organisere sitt psykiske helsearbeid i tverrfaglige team.
- Styrke dagsentervirksomheten. Små kommuner kan vurdere interkommunalt samarbeid om dagsenter
- Kommuner med bestiller-utøfermodell som omfatter psykiske helsearbeid, har en utfordring i å styrke bestilleres fagkompetanse på psykisk helse.
- Kommunene har en utfordring i å få i stand veiledning for sine ansatte i psykisk helsearbeid
- Kommunene har en utfordring i å legge til rette for at profesjonelle i psykisk helsearbeid kan gi veiledning til ansatte i hjemmetjenestene og andre kommunale enheter som grenser til psykisk helsearbeid.

1 Kommunenes kompetanse om psykisk helsearbeid

1.1 Innledning

Opptrappingsplanens målsetting er at ansatte har "...tilfresstillende kunnskaper om og ferdigheter i forhold til oppgavene". Oppgavene er oppgaver i det psykiske helsearbeidet rettet mot brukere i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Målsettingen er at det til sammen skal etableres 9300 årsverk i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Av disse regnes det med at 3600 er årsverk det ikke kreves høgere utdanning for å inngå i, 2600 av disse skal komme i kommunen. Ved siden av at det er etablert en tverrfaglig videreutdanning for treårige utdanninger innenfor helse- og sosialyrkene, satses det på etterutdanning av personell med kortere utdanninger og det legges til rette for å gjennomføre lokale utdanningstiltak. Departementet påpeker også at det bør utvikles nye og mer spesialiserte og differensierte behandlingstilbud til en del brukergrupper (St.meld. nr. 25 19996-97:131 og 138). For å belyse hvordan kommuner og utdanningsinstitusjoner arbeidet for å nå målene i Opptrappingsplanene ble det utarbeidet tre problemstillinger for prosjektet:

- Innholdsanalyse av utdanningsprofiler i noen utvalgte utdanningstiltak. En studie av innholdsmessige profiler på tiltak innenfor de tradisjonelle utdanningsgruppene, samt i en nyere videreutdanning.
- Kompetanse og kompetanseutvikling. En studie av hvordan ønsket om tverrfaglighet påvirker tjenestefeltet og rekruttering av personell.
- Bredde versus utvikling av nye og mer spesialiserte tilbud. Er det et dilemma mellom å ha bredde i rekrutteringen og det å utvikle mer spesialiserte tilbud?

Den første problemstillingen ble løftet ut og bearbeidet som en egen modul. Resultater og observasjoner er presentert i notatet "Kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Videreutdanning i høgskoler og SEPREP, ¹ tverrfaglig utdanning". NIBR-notat 2004:135.

De to andre problemstillingene ble sett i sammenheng og gjort til gjenstand for undersøkelser i kommunene. Det ble rettet oppmerksomhet mot to prosesser på kommunalt nivå. Den første er om kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet legger betingelser for hvordan det ble arbeidet med rekruttering, kompetanseheving- og utvikling. Innenfor dette ble det i 2003/2004 sett spesielt på om bestiller-utfører-organisering har hatt betydning. Det fokuset er beholdt, og det er også rettet oppmerksomhet mot betingelser som organisering til flat struktur legger for det

¹ SEPREP er en forkortelse for Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser.

psykiske helsearbeidet. For det andre ble det lagt vekt på om det settes i gang prosesser av substituering mellom yrkesgrupper på kommunalt nivå. Det vil si om vernepleiere og sosionomer, eventuelt andre treårige yrkesgrupper, ansettes for å gjennomføre arbeidsoppgaver som tidligere var forebeholdt psykiatriske sykepleiere. Det ble altså reist et spørsmål om tverrfaglighet ble nedfelt i praksis.

1.2 Stilte spørsmål

For den første problemstillingen ble det reist to spørsmål. Det første var om utdanningstilbudene avspeilte endringene på arbeidsmarkedet som de siste årenes (fram til 2004) endringer i psykisk helsearbeid ville ligge til grunn for. Det andre var hvilke trekk de faglige profilene ved utdanningstilbudene hadde, dvs. om utdanningene tok sikte på å gi kompetanse i forhold til bestemte tjenestenivå, målgrupper eller lidelser.

For de to siste problemstillingene ble det stilt et sett av spørsmål:

- Hva betyr den kommunale organisasjonen for rekruttering og kompetanse i psykisk helsearbeid?
- Hvordan arbeides det med rekruttering og kompetanseutvikling i kommuner og tjenestesteder i kommunene?
- Hva betyr den etablerte profilen kommunene har på sitt psykiske helsearbeid og har kommunene et "lokomotiv" for utvikling av spesialiserte tiltak?
- Har bestiller-utfører-modeller konsekvenser for rekruttering og kompetanse i psykisk helsearbeid?
- Tiltak og kompetanse; bredde versus spesialisering?
- Foregår det overføring av kompetanse mellom avdelinger og yrkesgrupper på kommunalt nivå i form av personellforflytninger, kursing, hospitering eller veiledning?
- Hva skjer i møtet mellom stadig mer utdannede profesjonelle yrkesutøvere og det personalet som er ansatt for å sikre bredden innenfor det psykiske helsearbeidet?

1.3 Metodisk innfallsvinkel

Begge delprosjektene er gjennomført ved en kombinasjon av dokumentanalyser, intervju og analyser av kvantitative data. Kvalitativt materiale for det første delprosjektet er analyser av rapporter, dokumenter tilknyttet høgskolene, samt SEPREP. Det er også gjennomført intervjuer av medarbeidere ved SEPREP. Kvantitative data for det første delprosjektet ble samlet inn ved å stille åtte spørsmål til institusjoner og instanser som tilbyr videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid. Disse spørsmålene var heftet på et skjema sendt ut av SINTEF under ledelse av Mariann Ådnanes.

Det rapporteres fra dette delprosjektet i NIBR-notat 2004:135. Hovedobservasjonene er at både videreutdanningene i høgskolene og SEPREP preges av at de tar opp en høy andel sykepleiere relativt til andre utdanningsgrupper. Innslagene av andre utdanningsgrupper ser imidlertid ut til å bedres relativt over tid. Samtidig kan utdanningene bidra til å øke graden av tverrfaglighet. Dette skjer fordi videreutdanningene i høgskolene blir mer preget av å være en generalistutdanning, mens SEPREP kan bidra til målsettingen om tverrfaglighet fordi deltakerne får innsyn i andre yrkesgruppers erfaringer og synspunkter.

Det andre delprosjektet er også basert på flere metodiske innfallsvinkler. For det første ble NIBR/SINTEFs tall fra undersøkelsen i 2001/2002 reanalyserert. Tallene fra denne

undersøkelsen ble sett i sammenheng med tall fra Kommune-stat-rapporteringen, også kalt KOSTRA-rapporteringen. Analysene som ble gjort dannet utgangspunkt for å etablere kompetanseprofiler for kommunene aggregert til fylkesnivå. Kompetanseprofilene var basert på tre dimensjoner: rekrutterte fagfolk, opplæringstiltak og brukerrettede tiltak (tiltak som fordeles brukere). Delvis på bakgrunn av analysene ble det valgt ut 11 kommuner der det ble gjennomført intervjuer. Datainnsamlingen er avsluttet i 2004/2005. De elementene av problemstillingene for det andre delprosjektet som er basert på intervjumateriale er videreført i dette notatet. Det har vært gjennomført datainnsamling i tilknytning til prosjekt om hvordan det legges til rette for brukeres deltakelse og medvirkning, som er rapportert i NIBR-rapport 2006:21. Observasjoner gjort i tilknytning til dette prosjektet tillater at problemstillinger knyttet til kompetanse også til dels kan oppdateres. Dette datamaterialet er basert på intervjuer med profesjonelle yrkesutøvere i det psykiske helsearbeidet og ansatte i administrasjonen i sju kommuner.

Kommunene er valgt ut for å sikre variasjon. De varierer først og fremst med hensyn på størrelse. Store og små kommuner er forskjellige med hensyn på systemkapasitet, de er også forskjellige med hensyn på å kunne opprettholde levedyktige fagmiljøer. Dernest varierer de med hensyn på avstand til spesialisthelsetjenestens behandlingstiltak. De varierer også med hensyn på sentralitet eller geografisk plassering. Sentralitet kan forstås på to måter i denne sammenhengen. For det første som plassering i forhold til "staten", for det andre som plassering i forhold til regionale sentra eller større byer (Helgesen et al 2005, Myrvold og Helgesen 2005). Valget av disse kommunene gir likevel ikke muligheter for å generalisere noen av observasjonene som gjøres.

Kjennetegn ved kommunene presenteres i tabell 1.1.

Tabell 1.1 *Oversikt over kommunene i materialet, 2006*

Kommune	Innb.	Pol.org.	Adm.org.	Psyk. org.	Boligtiltak	Dagsenter
A²	28000	Parl.	Resultat-enheter	Egen enhet	Ja, med base	Ja
B	23300	Hovedutv.	Virksomheter	Tjeneste i Plo	Ja, med base	Ja
C	23000	Komite-modell	Resultat-enheter	Egen enhet	Ja, med base	Ja
D	15000	Fagkomiteer	Virksomheter	Tjeneste i Helse- og sosial	Ja, med base	Ja
E	3800	Hovedutvalg	Resultat-enheter	Tjeneste i Rehab enhet	Ja	Ja
F	2900	Utvalg	Virksomheter	Integrert i bokollektiv	Ja, med base	Nei
G	2300	Utvalg	Sektor	Egen enhet	Ja, med base	Ja, en dag i uken

Kilder: Kommunenøkkel 2006-2007, intervjuer i kommunene

² For denne kommunen dekker casestudien en bydel

En tilsvarende oversikt er gitt for 2003/2004 i Helgesen 2004:136. De vesentligste endringene fra 2003/2004 er at de store kommunene har økt sitt folketall, mens de minste kommunene har redusert det. Det er et unntak for den aller minste kommunen, som har økt sitt folketall med om lag 20 innbyggere. Trenden mot flat struktur på den kommunale organisasjonen er styrket. I 2006 har alle kommunene en form for flat struktur, i 2003/2004 var det seks av sju kommuner med slik organisasjon. Psykisk helsearbeid er egen enhet med eget resultatansvar i alle kommunene, med unntak av en. Der er psykisk helsearbeid en del av resultatansvaret til et bokollektiv.

Hovedobservasjonene fra 2003/2004 er at psykisk helsearbeid er delt i tre hovedoppgaver. Det er for det første det direkte arbeidet med brukere som gjennomføres av ansatte i enheten eller tjenesten for psykisk helsearbeid. For det andre er det knyttet viktige deltjenester og arbeidsoppgaver til boligene. For det tredje er det knyttet deltjenester brukere får utmålt til arbeidet i dagsentra. Denne inndelingen av arbeidsoppgavene knytter også den faglige kompetansen tett til arbeidsoppgaver. Hovedmønsteret er at sykepleiere gjennomfører det direkte arbeidet med brukere, vernepleiere arbeider i boligene, mens sosionomer eller andre yrkesgrupper har ansvaret for dagsentra. Det kunne observeres at noen kommuner bevisst arbeidet med tverrfaglighet i form av substituering mellom yrkesgruppene. I 2006 observeres substitueringen fortsatt i de angjeldende kommunene, men det observeres også at sykepleie anses som viktigere enn i 2003/2004. Det observeres altså både prosesser mot tverrfaglighet og substituering, samtidig som det kan observeres et fornyet fokus på sykepleie.

1.4 Litt om kompetansebegrepet

Kompetanse defineres som et sammensatt begrep. For det første inneholder det kunnskap. Kunnskapen kan drives fram gjennom empirisk forskning og den kan omfatte flere områder av psykiske helsearbeid. Kompetanse omfatter også ulike former for teoretiske vinklinger til arbeidsområdet, samt at det som kalles "taus kunnskap" må inkluderes. Det må det blant annet fordi kompetanse også inkluderer det som kalles ferdigheter som vil si å være i stand til å omsette sin kunnskap til praksis. Det siste elementet i begrepet om kompetanse er knyttet til holdninger og verdier. Det innebærer også at det skal forevises en kritisk og selvstendig holdning til faget, og til valget av alternative perspektiver og behandlingsformer (IK – 2740).

Kompetansebegrepet er operasjonalisert som hvilken kompetanse kommunen har om psykisk helsearbeid, hvilken kompetanse de opplever behov for å rekruttere og eventuelt hvordan de arbeider med det. Dette belyses i kapittel to. Kompetanseutvikling er operasjonalisert til hvordan kommunene arbeider for å øke sin kompetanse innenfor det psykiske helsearbeidet. Det stilles spørsmål om det gis muligheter til videreutdanning, deltakelse på kurs og seminarer, og om det etableres møter der profesjonelle medarbeidere kan diskutere problemstillinger knyttet til sitt arbeid. Det stilles også et spørsmål om det rekrutteres og arbeides tverrfaglig slik at det kan foregå overføring av kunnskap mellom profesjonelle yrkesutøvere og eventuelt mellom enheter i kommunen. Dette belyses i kapittel tre. Kapittel fire oppsummerer.

2 Rekruttering i casekommunene

2.1 Innledning

Observasjoner og funn viser at kommunene arbeider kontinuerlig med rekruttering, og at rekrutteringsmålene langt på veg nås. Rekrutteringen sikrer at nyansatt personale i kommunene har den nødvendige kompetanse på feltet. Videreutdanningene, som kan foregå på høgskoler eller i tilknytning til institusjoner i spesialisthelsetjenesten, sikrer at det er tilgang på kompetent personale. (Ludvigsen og Helgesen 2004, Helgesen et al 2005, Myrvold 2006). Rekruttering av profesjonelle yrkesutøvere er avhengig av de arbeidsoppgavene kommunene til enhver tid oppfatter at de står over for i det psykiske helsearbeidet. I 2003/2004 oppfattet kommunene at hovedoppgavene innenfor psykisk helsearbeid var knyttet til direkte arbeid med brukere. Det omfatter utarbeidelse av individuell plan. Arbeidsoppgavene var videre knyttet til bolig, dagsenter, samt støttekontakter og fritidstiltak. Hovedtendensen i materialet var den gang at psykiatriske sykepleiere ble rekruttert til det direkte arbeidet med brukere, sosionomer og andre med utdanning som kan klassifiseres som miljøterapi- eller arbeid ble rekruttert til dagsentra, mens vernepleiere og annet pleiefaglig personale ble rekruttert til boligtiltakene. Personale som kan komme inn under benevnelsen miljøterapeuter eller miljøarbeidere ble rekruttert til dagsenter/nettverkstiltak, eventuelt til fritidstiltak. Denne arbeidsdelingen ble analysert som at det har foregått en tilordning av fag og kompetanse til oppgaver i kommunenes psykiske helsearbeid. Denne tilordningen ser ut til å være gjort ut fra tradisjonelle forventinger til hva de profesjonelle yrkesgruppene kan bidra med. Dette er kalt den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid og kan observeres uavhengig av hvilken organisasjonsmodell kommunen har valgt for sitt psykiske helsearbeid (Helgesen et al 2005).

Den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid ble i 2003/2004 i noen kommuner oppfattet som å være institusjonalisert i en administrativ og profesjonell logikk det ikke så ut til at var ønskelig å overskride. To kommuner utgjorde unntakene. Det var de kommunene som hadde organisert sitt psykiske helsearbeid i team, kommunene B og D. Der ble det tenkt og handlet for å øke innslaget av tverrfaglighet i teamet. Det medførte likevel ikke at tverrfaglighet ble gjennomført som prinsipp i alt psykisk helsearbeid i kommunene. Det vil si at det i 2003/2004 pågikk noen prosesser av substituering mellom yrkesgrupper i disse to kommunene, mens det i liten grad pågikk slike prosesser i andre kommuner.

I 2006 oppfatter kommunene at hva som er deres oppgaver innenfor psykisk helsearbeid har økt. Oppgavene kan fortsatt grupperes som direkte arbeid, dagsenter, bolig og fritidstiltak, men gruppene av brukere som skal ha rett på tiltak innenfor alle hovedoppgavene har økt i antall. Kommunenes enheter for psykisk helsearbeid hadde i

2003/2004 hovedfokus på voksne med psykiske lidelser. I 2006 skal også mennesker med dobbeltdiagnosen rus/psykiatri tildeles tjenester fra enheten, det er økt fokus på barn og unge og det er økt fokus på at det kan være psykiske problemer hos psykisk funksjonshemmede. Fem av kommunene har derfor rekruttert nytt personale i perioden mellom første og andre intervjurunde. Seks av kommunene har videreutviklet boligtiltakene og en del kommuner har videreutviklet dagsenteret.

2.2 Videreutdanning

Målsettingen med å etablere videreutdanning i psykisk helsearbeid var todelt. På den ene siden skulle grensene mellom treårige velferdsyrker bli mindre rigide. Tverrfaglighet og samarbeid ble vektlagt. På den andre skulle differensieringen beholdes til en viss grad. De ulike yrkesgruppene skulle ha mulighet til å beholde sine sætrekk og det ble særlig vektlagt at sykepleiere fortsatt skulle ha kompetanse på akuttpsykiatri og medikamenthåndtering (St.melding nr. 25 1996-1997, Ramsdal og Ludvigsen 1998). Rammepånen la derfor til rette for både tverrfaglighet og spesialisering. Tverrfagligheten ble ivaretatt ved å rekruttere studenter med ulike helse- og sosialfaglige grunnutdanninger og studiestedene ble pålagt å ha en felles tverrfaglig del. Samtidig skulle det være rom for fagspesifikke fordypninger innenfor områdene psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi. De fleste høgskolene formulerer videreutdanningens mål som en breddeutdannelse som vektlegger helhetlighet, samt et relasjonelt perspektiv.

Videreutdanningene tilbys bredt til kandidater utdannet fra høgskolene, men sykepleiere utgjorde den største andelen opptatte studenter, 62 % i 1999. Andre utdanningsgrupper valgte på det tidspunktet i hovedsak å ta andre videreutdanninger (Danielsen 2000). Det ble lagt til rette for at dette endres. Sykepleiere har fortsatt flest tilbud om videreutdanning i 2003, men antallet tilbud som tar opp andre yrkesgrupper har økt. Kandidatene kan i hovedsak gå til begge tjenestenivåene og fordypningene som tilbys rettes i liten grad mot bestemte brukergrupper. De rettes heller ikke i særlig grad mot bestemte behov eller graderinger av lidelser. 11 av 19 høgskoler som svarte på spørreskjemaet tilbyr kun den tverrfaglige videreutdanningen i 2003. Dette tolkes som at de fellesfaglige aspektene ved videreutdanningen vektlegges (Ludvigsen og Helgesen 2004).

SEPREP er forankret i klinisk praksis. Tverrfaglighet vektlegges ved å rekruttere bredt både faglig og fra ulike tjenestesteder. Målsettingen er at de ulike yrkesgruppene som deltar i videreutdanningen skal lære av hverandres tilnæringer. Det rekrutteres fra ulike tjenestenivå, og det anses som et grunnlag for å skape gode betingelser for senere samordning mellom nivåene. SEPREP har lokale profiler som sikres gjennom en desentralisert organisering (Ludvigsen og Helgesen 2004).

Begge disse videreutdanningene bygger på perspektiver som står sentralt i opptrappingsplanen. Begge ser ut til å avspeile det endrede behovet på arbeidsmarkedet og begge er forankret i praksis. Videreutdanningene ved høgskolene gir breddekompetanse og skal dekke alt fra forebygging til arbeid med de sykeste pasientene. De profilerer seg på å gi en helhetlig tilnærming til psykiske lidelser. SEPREP er spesialisert på utdanning som skal behandle psykoser, men kan bidra til målsettingen om tverrfaglighet fordi deltakerne får innsyn i andre yrkesgruppers erfaringer og synspunkter.

2.3 Kompetanseprofil i fylker

Sentrale observasjoner i NIBR-rapport 2005:10 var for det første at kommunene, aggregert til fylkesnivå, hadde en pleiefaglig profil på sitt psykiske helsearbeid. Kompetansen var høy, det vil si at det var ansatt psykiatriske sykepleiere. Dette samsvarer med tilbudet av profesjonell kompetanse som fortsatt, i 2003/2004, har et pleiefaglig tyngdepunkt. Sammenligning av tall viser at kommunene, aggregert til fylkesnivå, hadde høyere kompetanse på det psykiske helsearbeidet i 2004 enn i 2002, men at andelen psykiatriske sykepleiere ble redusert mellom 2002 og 2003. Det tyder på at kommunene begynte et arbeid for å rekruttere tverrfaglig. Det varierte videre hvilke fylker som hadde en god kompetanseprofil på psykisk helsearbeid, det vil si skorte høyest med hensyn på totalt antall årsverk, antall tiltak for voksne, antall tiltak for barn og andelen årsverk med videreutdanning i regi av opptreppingsplanen for psykisk helse. Oslo og Akershus skorer lavt ved begge tidspunktene, ved siste tidspunkt skorer Hedmark, Nordland og Troms best.

I 2004/2005 kan det se ut til at kommunal organisering legger betingelser for hvilke enheter som får tilført personale. Kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid styrker denne enheten, mens andre kommuner styrker sine tjenester innenfor helse og omsorg. I det kvantitative materialet ser det ut til, i 2003, at kommunene oppfatter at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere og annet høgskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er disse yrkesgruppene kommunene iverksetter flest rekrutteringstiltak for å nå, og det er den typen personell som etterspørres oftest. På dette tidspunktet er kommunene i ferd med å bygge ut sine tjenester og problemene med å rekruttere kompetent personale med høgskoleutdanning må ses i den sammenheng. Dette kvantitative aspektet ved datainnsamlingen er ikke fulgt opp i 2006.

2.4 Direkte arbeid med brukere og rekruttering

Psykisk helsearbeid i kommune C består av en hjemmebasert psykiatritjeneste, to ulike botilbud og dagsenter. Lederen for enheten har sykepleiefaglig bakgrunn. I den hjemmebaserte tjenesten ble det lenge opprettholdt et administrativt og faglig skille mellom de arbeidsoppgavene enhetens to sosionomer og sykepleierne gjennomførte for brukere. I perioden mellom datainnsamlingene har enheten økt fra om lag 28 ansatte til om lag 45. Den forventes å øke med ytterligere fem ansatte. Økningen skyldes i hovedsak etablering av et nytt botilbud, men også antallet ansatte i det direkte arbeidet med brukere har økt. I 2003/2004 var det ansatt en sosionom som bare arbeidet med saksbehandling, spesielt saksbehandling for brukere som hadde behov for sammensatte tjenester, og hadde ansvaret for saksbehandling for mange brukere. Dette er endret og de to sosionomene enheten har i 2006 har ansvar for helheten for sin gruppe av brukere, det vil si også individuelle samtaler og annen oppfølging, men får fortsatt et spesielt ansvar for brukere som har behov for sammensatte tjenester (06.12.06. sosionom).

Kommune C opplevde umiddelbart etter etableringen domenekonflikter for sitt psykiske helsearbeid, og enheten ble isolert både fra den somatiske hjemmetjenesten i kommunen og sosialkontoret. Dette medførte at enheten har ansvaret for alle tjenestene brukere får tilgang til, inkludert medisiner og støttekontakter. I den hjemmebaserte psykiatritjenesten ble det ansatt pleiefaglig personell, hjelpepleiere, som skulle yte hjemmetjenester til brukere. Ved tidspunktet for andre intervjuer er det ansatt 10

medarbeidere i enheten, og det er tre nyopprettede stillinger som er under utlysning. De utlyste stillingene ønskes besatt med sykepleiere. Enheten skal også økes med en 50 % stilling øremerket til barn og unge. Alle høgskoleutdannede har i 2006 videreutdanning i psykisk helsearbeid, hjelpepleiere har videreutdanning i psykiatri (06.12.06. leder, 06.12.06. sykepleier). I 2003/2004 foregikk det lite substituering mellom yrkesgrupper i denne kommunen, i 2006 er dette mer markant fordi sosionomene ikke lenger bare saksbehandler, men også deltar i det direkte arbeidet med brukere.

Kommunene B og D har modifisert sin flate struktur og har både ledere for enhet for psykisk helsearbeid og et ledelsesnivå mellom enheten for psykisk helsearbeid og rådmannsnivå. I begge kommunene består det psykiske helsearbeidet av et team, botilbud og dagsenter, samt fritidstiltak. I kommune B var det i 2003/2004 18 stillinger i det psykiske helsearbeidet. I perioden fram til 2006 har psykisk helsearbeid fått tilført ansvar for mennesker med dobbeltdiagnosen rus/psykiatri fra sosialkontoret. Enheten for psykisk helsearbeid har også fått overført det personalet som hadde dette ansvaret i sosialkontoret, og enheten hos vokst forholdsvis mye. Det nye personalet er sosionomer. Noen har, andre har ikke videreutdanning i psykisk helsearbeid.

I kommune D har det psykiske helsearbeidet økt fra åtte til 13 medarbeidere. I 2003/2004 hadde en leder ansvaret for tre enheter. I 2006 har de 13 medarbeiderne en leder. Lederen er den samme. I kommunene B og D er det direkte arbeidet med brukere organisert i team som har ansatt ulike yrkesgrupper; sosionomer, vernepleiere, ergoterapeut og sykepleiere. De substituerte hverandre med hensyn på arbeidsoppgaver i 2003/2004 og gjør det også i 2006. Kommune B har for eksempel en vernepleier som leder for tjenesten. Kommune D`s leder har sykepleiefaglig bakgrunn. Kommune D løser rus/psykiatriproblematikken ved å ha et team felles med sosialtjenesten, og sosialtjenesten har ansvaret for teamet (23.01.06. leder, 27.09.06. leder).

Tverrfaglighet i rekruttering i kommunene B og D er til dels et resultat av bevisste valg om hvilken kompetanse som er ønskelig. Bevisste valg kan fattes fordi flere yrkesgrupper enn sykepleiere søker seg til enheten for psykisk helsearbeid. I kommune D gis det uttrykk for en holdning om at sykepleiere ikke er mer kompetente enn andre, og at det er ansatt både sosionomer, hjelpepleiere og ergoterapeuter med videreutdanning (27.09.06. leder). I kommune B framhever lederen at det er nødvendig med et tverrfaglig perspektiv. De profesjonelle yrkesutøvernes oppfattning er at tverrfaglighet medfører spennende diskusjoner, hvis de gis tid, og at eget perspektiv utfordres. Ulike yrkesgrupper kan både komplettere hverandre med hensyn på løsninger for brukere, samt at de til dels har felles forestillinger om hva som er gode løsninger for brukere. Enheten har tre sosionomer,” det er veldig bra når det andre er på plass” (23.01.06. leder). Underforstått at enheten ikke kunne vært drevet med bare sosionomer.

I kommune A var psykisk helsearbeid i 2003/2004 organisert som egen tjeneste innenfor en større enhet. Tjenesten hadde åtte ansatte. Det var etablert et samarbeid med hjemmetjenesten om medisiner og hjemmetjenester, som ble karakterisert som godt av medarbeiderne i psykisk helsearbeid. I kommunen er det i tidsrommet mellom intervjurundene innført flat struktur, og psykisk helsearbeid er blitt egen enhet. Som egen enhet har den, som kommune C, fått overført alle arbeidsoppgaver som knytter an til brukere med psykiske lidelser. Dette inkluderer støttekontakter, hjemmetjenester og medisiner. Det psykiske helsearbeidet har også fått ny leder, vedkommende har sykepleie som grunnutdanning. Som egen enhet har psykisk helsearbeid valgt å etablere en arbeidsdeling der psykiatriske sykepleiere har ansvaret for å gjennomføre det direkte arbeidet med brukere, altså støttesamtalene. Miljøarbeidere gjennomfører utmålte

hjemmetjenester for brukerne og er utdannet hjelpepleiere. Antall ansatte har økt i tidsrommet, med en konsulent for barn og unge i 100 %, to 50 % stillinger for hjelpepleiere (miljøarbeidere), og merkantilt personell (06.04.06. leder, 23.05.06. sykepleier).

Også kommune E har flat struktur og de har ansatt miljøarbeidere som skal utføre hjemmetjenester for brukere. Kommune E har ansatt to sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, det er det samme som i 2003/2004. Samarbeidet med hjemmetjenesten om medisinerings, samt noen hjemmetjenesteoppgaver er beholdt, men kommunen har likevel domenekonflikter mellom psykisk helsearbeid og hjemmetjenesten. Kommunen har styrket sin kompetanse på miljøarbeiderfeltet med en pedagog (02.06.06 sykepleier, Helgesen 2006 a og b).

I kommunene F og G, som er de to minste kommunene i materialet, er det kun ansatt personale med sykepleie som grunnutdanning i det psykiske helsearbeidet. I kommune G er psykisk helsearbeid egen enhet med to ansatte. Enheten hadde i 2003/2004 1,5 stilling, der 50 % stillingen var besatt av en hjelpepleier. Her er ressursen endret til en 50 % stilling for sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Denne skal utvides til en 60 % stilling, og vedkommende som ansettes skal ha sine resterende 40 % ved sosialkontoret for å styrke samarbeidet mellom de to enhetene. I kommune F har ressursene til psykisk helsearbeid ikke økt, det er fortsatt 1, 6 stilling for sykepleiere med videreutdanning. Det psykiske helsearbeidet ledes fra et bokollektiv (24.05.06. sykepleier, 12.10.06. sykepleier).

I begge kommunene oppfattes samarbeidet med hjemmetjenesten som godt og hjemmetjenesten har ansvaret for brukeres medisinerings, samt for de hjemmetjenestene som er utmålt for brukere med psykiske lidelser. Psykiatrisk sykepleier har ansvaret for den individuelle samtalen. Dette oppfattes av psykiatriske sykepleiere i materialet som den ideelle arbeidsdelingen mellom disse to typene kommunale enheter.

2.5 Bolig og rekruttering

Alle kommunene har utvidet sitt boligtilbud og også små kommuner har et mer differensiert tilbud av boliger enn de hadde i 2003/2004. I 2003/2004 så det ut til at den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid ga vernepleierne som arbeidet på feltet arbeidsoppgavene som er tilknyttet kommunenes boliger for gruppen av brukere. Med unntak for at kommune B har en vernepleier som leder, ser dette ut til fortsatt å være gjeldende.

I den minste kommunen, G, er det bygget bolig til en enkeltperson, ellers tilbys det boliger som er lokalisert blant kommunens alminnelige boligmasse. Til den boligen som er bygget er det rekruttert vernepleiere (24.05.06. administrasjonssjef). I kommune F er det bygget bofellesskap, det er kombinert for brukere i psykisk helse og psykisk utviklingshemmete. Lederen er utdannet vernepleier, og boligen oppfattes som å være sterkt orientert mot de av brukerne som er psykisk utviklingshemmede. Lederen for bokollektivet er også leder for de psykiatriske sykepleierne i kommunen. Kommune E hadde ikke boliger med personellbase i 2003/2004 og har det heller ikke i 2006. Tjenester som ytes brukere av psykisk helsearbeid i deres bolig, ble på begge tidspunktene ytt av hjemmetjenesten og enhet for psykisk helsearbeids miljøarbeidere (12.10.06. sykepleier, 11.10.06. konsulent).

Kommune D har to bofellesskap som skal være botrening for brukere, det vil si at de får veiledning i å bo. En av dem har en personellbase på 1,5 årsverk. Hjemmetjenester ble i 2003/2004 ytt av hjemmetjenesten, det inkluderte medisinerer, og dette er også situasjonen i 2006 (27.10.03. sykepleier 1 og 2, 27.09.06. leder).

I 2006 har kommune C nylig reorganisert sitt psykiske helsearbeid i forbindelse med etableringen av et bokollektiv. Dette medførte omrokkeringer i personalgruppen der personale ble overført mellom tjenestene innenfor enhet for psykisk helsearbeid. Både bokollektivet og bo- og rehabiliteringssenteret er styrket med personalressurser, til sammen 12 nye stillinger. Som leder ved bokollektivet var det ansatt en sykepleier med tverrfaglig videreutdanning. Lederen av bo- og rehabiliteringssenteret er vernepleier, men stillingen er foreløpig et vikariat. I kommunen ble det oppfattet som forholdsvis enkelt å rekruttere vernepleiere, og at det var bevisst at det var rekruttert sykepleier som leder i bokollektivet (06.12.06. leder, 07.12.06. vernepleier).

Kommune B har to boliger med personellbase, hvorav den ene er forholdsvis stor; i 2003/2004 var det fem faste stillinger og 18 i tredelt turnus. Det er hjemmetjenesten som bemanner boligene og som dermed yter tjenestene beboere får. Enhet for psykisk helsearbeid yter boveiledning til brukere og veiledning til ansatte angående enkeltbrukere. I 2006 ble det påpekt at bemanningsopplegget for boligen ikke var det rette og at det blant annet er etablert faste nattevaktstillinger. Det skapte større stabilitet og økte brukeres trygghet (23.01.06. leder).

Kommune A har et differensiert boligtilbud som strekker seg fra sykehjem via det som kalles et bosenter til bofellesskap. Bosenteret har døgnbemanning, det har også botilbudet for gruppen brukere med dobbeltdiagnosen rus og psykiatri, men ikke bofellesskapene. Det vektlegges at personalgruppen ved bofellesskap og annet bør være tverrfaglig. Det er etablert et nytt bofellesskap siden 2003/2004 (Veileder for etablering av boliger for mennesker med psykiske lidelser 1999, 06.04.06. konsulent og leder).

2.6 Dagsenteret og rekruttering

I 2003/2004 var dagsenteret utgangspunktet for differensiering av tjenester og dermed for en bred rekruttering av kompetanse. Små kommuner uten dagsenter, eller med et begrenset dagsentertilbud, hadde en smalere meny av tjenester å tilby sine brukere og de rekrutterte i all hovedsak pleiefaglig personell til sitt psykiske helsearbeid. Av de tre minste kommunene i materialet var det bare kommune E som hadde dagsenter i full drift, kommune F hadde ikke noe tilbud om aktivisering, mens kommune G hadde dagsenter en dag i uken. De fire store kommunene hadde alle dagsentra som var utgangspunkt for aktiviteter, både av kreativ og fysisk karakter. Med unntak av at kommune F hadde etablert en frivillighetssentral som tilbød brukere av psykiske helsetjenester et lavterskelopplegg i form av kafé, er situasjonen for utbredelsen av dagsentra den samme i 2006 som i 2003/2004. Antallet tiltak dagsentra tilbyr ser imidlertid ut til å være øket, samt at dagsentra har styrket seg som arena for medvirkning for brukere. Ingen av dagsentra i casekommunene er lavterskeltilbud i den forstand at alle brukere som ønsker det kan ta del i aktivitetene de tilbyr. Å ta del i aktiviteter er en del av tjenesten som blir utmålt for brukere (Helgesen 2006 b).

I kommune A hadde dagsenteret tre ansatte, sosionom, ergoterapeut og miljøterapeut, i 2003/2004. Sosionomen ledet dagsenteret da og har fortsatt lederansvaret i 2006. Dagsentret tilbyr kreative og fysiske aktiviteter og det samarbeider med andre dagsentra

som drives av kommunen og frivillige organisasjoner i fellesskap. Dagscenterets aktiviteter tilbys som spesialiserte tiltak til grupper av brukere. Tiltakene var blitt flere og rettet seg mot flere grupper. I 2003/2004 var det tiltak for unge menn som var under utvikling. Da kom det i gang volleyball- og fotballgrupper. I 2006 er det også startet en gruppe for stille jenter (Helgesen 2006 b). Dagscenteret ser dermed ut til å fortsette sitt arbeid med tiltaksutvikling, og for å nå stadig flere grupper med spesialiserte tjenester.

Kommunene B og D har knyttet stillingsressurser til kulturarbeidet. Dette knytter sammen enheten for psykisk helsearbeid med kultur, og det er dagscenteret som etablerer kontaktene. I praksis gjøres dette ved å støtte brukere i deres ønske om å benytte tiltak innenfor kulturarbeidet. Selve dagscenterets virksomheten i kommune B var i 2003/2004 bemannet med en psykiatrisk hjelpepleier i hel stilling, to 40 % stillinger og en 60 % stilling for aktivitør. I 2006 har de mistet den ene 40 % stillingen. Dagscenteret hadde også redusert deler av aktiviteten og løftet den over på tiltak kulturavdelingen tilbød. Kulturavdelingen driver per 2006 tiltaksutvikling innenfor både de kreative og fysiske aktivitetene, og er i stor grad i stand til å målrette sine tiltak slik at de fanger opp enkeltpersoners behov, samtidig som tiltakene også kan fordeles i grupper (23.01.06. leder dagscenteret, 27.01.06. konsulent kulturavdelingen, Helgesen 2006 b).

Kommune D har bemannet dagscenteret med en ergoterapeut og en aktivitør med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det var det samme i 2003/2004, men stillingsprosentene er endret slik at ergoterapeuten har en 20 % stilling i det ambulerende teamet og aktivitøren har 100 % ved dagscenteret. Tiltakene er under stadig utvikling og de spesialiseres mot diagnosegrupper og ønsker hos brukerne. Stillingsressursene som er gitt til kultur er en 50 % stilling for å bygge opp et aktivitetshus. Det er medfinansiering fra frivillig organisasjon og tilbudet er et lavterskeltilbud til alle som ønsker. Kommunen har også etablert et "Familiens hus" som er et lavterskeltilbud til familier (23.03.06. seksjonsleder, 27.09.06. leder, Helgesen 2006 b).

I kommune C hadde dagscenteret i 2003/2004 3,1 stillinger. Det var ledet av en barnevernspedagog med videreutdanning i psykisk helsearbeid, det var to 50 % stillinger som aktivitører og en på kjøkkenet, samt en 30 % stilling. I perioden mellom intervjuene ble dette først redusert til 2,8 stillinger, dernest ble det øket til 11,1 stilling etter den interne omorganiseringen i enheten i 2006. Omorganiseringen innebar at dagscenteret fikk felles ledelse med et bo- og rehabiliteringstiltak. På tidspunktet for intervjuene i 2006 ble det ledet av en vernepleier og det var en stor andel pleiefaglig kompetanse ved senteret. Selve dagscenterets virksomheten var for tiden ikke under utvikling (06.12.06. leder, 07.12.06. vernepleier).

Kommune E har et velfungerende dagscenter som også er personellbasen til miljøarbeiderne. Miljøarbeidet er ledet av en hjelpepleier med videreutdanning i psykiatri. De resterende fire som tilhører gruppen av miljøarbeidere har variert bakgrunn, deriblant er det en nyrekruttet pedagog. Det er etablert en arbeidsdeling der sykepleierne spesifiserer hvilke arbeidsoppgaver miljøarbeiderne skal ha overfor brukere. Sykepleierne deltar også i utviklingen av tiltak. Det oppfattes som vanskelig å utvikle tiltakene fordi brukergruppen er liten, men også her er det tiltak med både kreativ og fysisk aktivitet for ulike diagnosegrupper (møteobservasjon 01.01.06, 02.06.06. hjelpepleier).

2.7 Oppsummering

Det kan se ut til at enhetene for psykisk helsearbeid rekrutterer profesjonelle med forskjellige grunnutdanninger og at dette nedfelles som tverrfaglighet. Det ser også ut til at det går en størrelsesgrense for tverrfagligheten på ca. 3000 innbyggere for kommunene. De to kommunene i materialet som har under 3000 innbyggere har ikke tverrfaglighet i enhet for psykisk helsearbeid og det er kun rekruttert personale med sykepleie som grunnutdanning. Dette er en trend som observeres på begge tidspunktene for datainnsamlingen og som dermed består over tid. I både kommune A, C og E er det etablert en arbeidsdeling med et over- og underordningsprinsipp mellom profesjonelle yrkesutøvere. Sykepleiere definerer hvilke oppgaver miljøarbeidere skal ha overfor brukere og miljøarbeidere er den utøvende part. Miljøarbeid kan defineres bredt som andre treårige yrkesgrupper, samt hjelpepleiere. Dette er en trend som har styrket seg i perioden mellom datainnsamlingene. I de resterende to kommunene arbeides det mer bevisst å øke det tverrfaglige innslaget. Dette er også en trend som har styrket seg i perioden.

Tverrfagligheten sikres gjennom samarbeid med andre enheter i kommunen, men med unntak for sosialkontoret er også disse i hovedsak pleiefaglig dominert. For de store kommunene ser det ut til at organisering til flat struktur bryter ned ansatsene til tverrfaglighet i rekruttering. Først og fremst skjer dette fordi enhetene for psykisk helsearbeid ikke får i stand et samarbeid med hjemmetjenesten om medisiner og hjemmetjenester for psykisk helsearbeids brukere. Det gir enhetene for psykisk helsearbeid et pleiefaglig fokus selv om det er ansatt profesjonelle med grunnutdanninger både som sosionom, vernepleier og annet. Dette er en trend som styrker seg i perioden ettersom flere kommuner i materialet har innført flat struktur på sin organisasjon.

I 2003/2004 ble tverrfaglighet vektlagt som en ønsket utvikling. Den observerte arbeidsdelingen mellom direkte arbeid med brukere, arbeid i bolig og i dagsenter, ble derfor analysert som en tilordning av arbeidsoppgaver til forventet kompetanse hos de ulike yrkesgruppene. I 2006 vektlegger ansatte i kommunene at profesjonelle yrkesutøvere har ulik grunnutdanning og at de dermed har ulike faglige styrker. Dette behøver ikke innebære at tverrfaglighet ikke lenger er en ønsket utvikling i kommunene, men det kan bety at kommunene har gjort bestemte erfaringer med hva som er egnet kompetanse for bestemte deltjenester brukere skal ha tilgang til. Sosionomenes styrke framheves å være at de kan saksbehandling og at de kjenner det kommunale systemet. Brukere av psykisk helsetjeneste har ofte problemer med økonomi og sosionomenes styrke er at de kan orientere seg bedre enn andre yrkesgrupper i det kommunale systemet. Dette gir dem også en sentral posisjon i forhold til å sette sammen ansvarsgrupper og i arbeidet med individuell plan. Vernepleiere har sin styrke i å evaluere brukere. Evaluering knyttes til boligsituasjonen. Boligtiltak er ofte gjennomgangsboliger og brukere bor midlertidig, noe som innebærer at brukere skal lære å bo. Vurdering og evaluering av boevne er derfor et viktig element i arbeidet i boligene. Sykepleieres kompetanse blir på nytt sentral i psykisk helsearbeid. Flat struktur på den kommunale organisasjonen krever at enhet for psykisk helsearbeid skal ta på seg alle oppgavene knyttet til egne brukere. Dette inkluderer medisiner. Denne arbeidsoppgaven er det bare sykepleiere som kan ha. De blir også ansett av sine ledere som å kunne gå inn i brukeres nå-situasjon. Deres styrke er at de ser brukeres situasjon, de kan gå inn i de opplevelsene brukere har.

3 Kompetanseutvikling i casekommunene

3.1 Innledning

I 2003/2004 hadde de fleste kommunene i materialet en ordning med veiledning for personalet som arbeidet i det direkte psykiske helsearbeidet. Det var i hovedsak kommuner med et DPS innenfor rimelig reiseavstand som satset på veiledning, andre kommuner satset mindre. Det ble arbeidet med veiledning som var generell i karakter. Det vil si at problemstillingene ikke var knyttet opp mot bestemte brukere, og at veiledningen ble gjennomført for hele gruppen av ansatte i psykisk helsearbeid. Profesjonelle ansatte hadde ikke felles arenaer eller møtepunkter der psykisk helsearbeid kunne diskuteres verken innenfor egen enhet eller med andre enheter i kommunen. Kommunene som har organisert sitt psykiske helsearbeid i team lot teamet fungerer som arena for samtaler, og i teamet foregikk det overføring av kunnskap fordi det var tverrfaglig sammensatt med sosionomer, sykepleiere og vernepleier/ergoterapeut.

Det ble observert at kommunene arbeidet med kompetanseutvikling på flere måter. Ansatte fikk etter- og videreutdanning, de deltok på kurs og seminarer, og det ble drevet opplæring. Hovedtendensen var likevel at det ble drevet mindre systematisk med slikt arbeid enn hva som kunne vært forventet ut fra rammene opptrappingsplanen satte for det. De økonomiske ressursene var for små, informasjonen var utilstrekkelig og i noen av kommunene var det også uklart om ansatte kunne delta på arrangementer i regi av fylkeslegen. Det var kun i liten grad etablert felles møtefora for ansatte ved enhet for psykisk helsearbeid eller på tvers av enheter.

3.2 Kompetanseutvikling i 2006

I 2006 er bildet endret. Økonomi ser fortsatt ut til å legge betingelser for hvordan det arbeides med etterutdanning, kurs og veiledning. For videreutdanning ser bildet noe annerledes ut. Videreutdanning er avhengig av at de som ønsker det tar et personlig initiativ, og det kan se ut til at det legges bedre til rette for videreutdanning i 2006 enn det ble gjort i 2003/2004.

I kommune A var nivået på kompetansen høyt i 2003/2004. Alle sykepleiere hadde videreutdanning som psykiatriske sykepleiere og de hadde SEPREP. De to intervjuede sykepleierne tok videreutdanning i kognitiv terapi. Den var påbegynt ved førtse intervjurunde og avsluttet ved intervjutidspunktet i 2006. Også leder av dagsenteret har SEPREP videreutdanning. Enheten står foran nye oppgaver. Det er arbeid med psykisk utviklingshemmede og barn og unge. Begge disse oppgavene mente profesjonelle

yrkesutøvere i enheten at de ikke hadde kompetanse til å ta. Det var ikke planlagt videreutdanning eller lignende i den forbindelse, men det var etablert et møteforum, eller seminar, på tvers av enheter der ulike problemstillinger skulle kunne tas opp. De profesjonelle yrkesutøverne i enheten får ikke systematisk veiledning. Det ser heller ikke ut til at det gis veiledning til hjemmetjenesten. I 2003/2004 var det i gang et opplegg for å systematisere dette, det har falt bort etter omorganiseringen. Det gis fortsatt veiledning i forhold til enkeltbrukere hjemmetjenesten har (Helgesen et al 2005, 06.04.06. leder, 07.04.06. og 23.05.06. sykepleiere).

I kommune B var også nivået på kompetansen høyt. I 2003/2004 hadde alle ansatte i psykisk helsearbeid videreutdanning. Det var blant annet tatt et løft for alle hjelpepleiere i kommunen som hadde fått videreutdanning i psykiatri. I 2006 er det kommet til en del nytt personell, noen av dem er under videreutdanning. Det dreier seg om videreutdanning for å arbeide med rusproblematikk, psykoterapi og psykisk helsearbeid. Med unntak for en ansatt hadde alle en form for videreutdanning. Den siste medarbeideren var i gang med planleggingen av sin videreutdanning. Profesjonelle medarbeidere etterlyste tilbud om interne kurs i kommunen, som det ble sagt å være lite av. Medarbeidere i enheten fikk systematisk veiledning fra poliklinikken som ligger innenfor kommunens grenser. Også DPS ligger innenfor kommunens grenser, men der var velviljen til å gi veiledning ikke like stor, og det ble tilbudt mot betaling. Kommunen hadde etablert en møteserie kalt resursgruppemøter. Denne er etablert på tvers av enheter. Det ble også arbeidet med å etablere møter i enheten for å samkjøre den. Enheten gir veiledning til andre enheter i kommunen, først og fremst veiledning om enkeltbrukere til hjemmetjenesten (Helgesen et al 2005, 23.10.06. leder og møteobservasjon).

Kommune C hadde i 2003/2004 også et godt kvalifisert personell. Alle med unntak av en hjelpepleier, har videreutdanning i psykiatri eller psykisk helsearbeid. En av sykepleierne har SEPREP. Medarbeidere opplevde at det var vanskelig å få midler til etterutdanning, kurs og seminarer, men enheten hadde en egen liten pott som var øremerket dette. I perioden fram til 2006 har enheten vokst mye og oppfatningen er at den har klart å holde det høye kompetansenivået også hos nyrekrutterte. Det oppfattes som enklere å få i stand kurs og seminarer, alle i psykisk hjemmetjeneste har for eksempel deltatt på "Flink med folk". Også for andre kurs ble det oppfattet at det var muligheter for å kunne delta, samt at det er lagt til rette for etterutdanning knyttet til bestemte tema. Enheten har lagt til rette for et møteforum som også fungerer som et forum der profesjonelle medarbeidere veileder hverandre i tilknytning til problemer som oppstår i relasjonene med brukere. Det gis ikke veiledning fra DPS som ligger i kommunen. Denne kommunen hadde et opplegg for hospitering i 2003/2004, det var ikke lenger i bruk (Helgesen et al 2005, 06.12.06. leder og sykepleier).

Også i kommune D var personalet høyt kvalifisert i 2003/2004. Situasjonen er den samme i 2006. I tillegg har kommunen utviklet et opplegg for videreutdanning i relasjonskompetanse som på sikt skal tilbys alle ansatte innenfor tjenesteområdene barn og unge, samt helse og sosial. Kommunen satser også på videreutdanning, og for tiden er det en ansatt som tar videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er lagt opp til utstrakt kurs- og seminarvirksomhet internt i tjenesten for psykisk helsearbeid og det er etablert møtefora internt i enheten og tverrsektorielt (Helgesen et al 2005, 23.03.06. seksjonsleder, 27.09.06. leder).

Med hensyn på videre- og etterutdanning ser situasjonen i de store kommunene ut til å være noe bedre i 2006 enn den var i 2003/2004. Det samme ser ut til å være tilfellet for kurs og seminarer. Også alle de små kommunene har personale med høye kvalifikasjoner

i sitt psykiske helsearbeid i 2003/2004. Det har de fortsatt i 2006. I kommune E oppfatter profesjonelle yrkesutøvere at de kommer forholdsvis godt ut med hensyn på kurs og forelesninger. De får ikke tilgang til veiledning. De arbeider selv med veiledning for miljøarbeidere, men ikke for hjemmetjenesten. Det er etablert et møteforum der sykepleiere og miljøarbeidere deltar. Det er også etablert et forum på tvers av enheter der alle innenfor områdene barn og unge, sosial og helse, med unntak av hjemmetjenesten, deltar (01.06.06. og 02.06.06. sykepleiere).

Det kan se ut til at situasjonen for de to minste kommunene angående videreutdanning, etterutdanning, kurs og lignende er noe tynge enn for de større kommunene. I kommune G påpekes det at det finnes midler hos fylkeslegen som det kan søkes fra for å delta på kurs og seminarer. Videreutdanning er det vanskelig å få muligheter til. Enhet for psykisk helsearbeid har et møteforum der felles problemstillinger kan diskuteres. Kommunen har også et møteforum på tvers av enheter. Det samme har kommune F. I kommune F påpekte profesjonelle yrkesutøvere i det psykiske helsearbeidet at de oppfattet at deres behov for kurs og veiledning ikke ble registrert av lederen de på tidspunktet sorterte under. Det ble gitt noe brukerorientert veiledning fra DPS. Det var heller ikke etablert et møteforum som de ansatte i psykisk helsearbeid kunne ta i bruk for å diskutere problemstillinger de står overfor. Ansatte i psykisk helsearbeid gir veiledning til ansatte i boliger og til hjemmetjenesten (24.05.06. sykepleier, 11.10.06. sykepleier).

3.3 Bredde versus spesialisering av tiltak

Problemstillingen som ble stilt for dette avsnittet i 2003/2004 er at tverrfaglighet i rekrutteringen er en forutsetning for å klare å etablere en meny av spesialiserte og skreddersydde tiltak. Konsekvensen for kompetansen ble antatt å være todelt. For det første at når det arbeider ulike typer profesjonelle yrkesutøvere i psykisk helsearbeid, vil det skapes møtepunkter mellom ulike typer kunnskap som kan medføre at praktisk psykisk helsearbeid fornyer seg, altså tverrfaglighet i praksis. For det andre kan vedtak om at brukere skal ha rett til flere tiltak sett i sammenheng innebære at brukere får tilbud om bolig fra sosialkontoret, samtaler og boveiledning fra psykisk helsearbeid, samt at kommunens hjemmetjeneste administrerer medisiner og eventuelt yter tjenester i hjemmet. Dette er likevel et eksempel på en nokså snever pleiefaglig helhet i tjenestene, som kan innebære at kommunene besitter spisskompetanse innenfor ulike pleiefaglige retninger. Spesialiserte og skreddersydde tiltak vil kreve at det er ansatt også ikke-pleiefaglig personell med eller uten kompetanse på psykisk helsearbeid.

Organisering ser ut til å ha liten innvirkning på hvilke tiltak som tilbys brukere. Det er den individuelle samtalen som i stor grad utmåles som tiltak. Den dominerte i 2003/2004 og gjør det også i 2006. Profesjonelle ansatte i kommunene karakteriserer fortsatt samtalen som støttesamtaler og de gjennomføres i den individuelle relasjonen mellom profesjonelle og brukere. Store kommuner hadde en meny av tiltak å tilby sine brukere i 2003/2004, det har de fortsatt i 2006. De utvikler også sine tiltak. Små kommuner hadde et smalere spekter av tiltak i 2003/2004, dette er også trenden i 2006. I menyen av tiltak store kommuner tilbyr inngår dagsenteret som et viktig element i kraft av at det er utgangspunktet for å tilby spesialiserte aktiviteter for brukere. Spesialiserte tiltak tilbys ofte som tiltak for grupper av brukere. I dagsentra er det også rekruttert tverrfaglig, samt at de samarbeider eksternt med aktivisering av brukere. Eksternt samarbeid må også vurderes som tverrfaglig arbeid.

Dagsentrene tas i bruk for å drive spesialiserte tiltak for avgrensede grupper av brukere i 2003/2004. Dette er trenden også i 2006. Det dreier seg om grupper for kreative og

fysiske aktiviteter som kan være avgrenset med hensyn på diagnose, kjønn og alder. Eksempelene er gruppe for kreative aktiviteter for schizofrene kvinner over 50 år, eller bowlinggruppe for yngre mannlige brukere. De vanligste gruppene er friluftsg og skogsgruppe, samt svømmegruppe. To dagsentra tilbyr sykkelgruppe, det spilles fotball og volleyball. Innenfor rammen av den kreative virksomheten som kan drives er det også eksempler på at det lages kniver, det drives med treskjærer- og annet snekkerarbeid, og det lages mat. Det arbeides mer med grupper i 2006 enn det ble gjort i 2003/2004.

Tiltakene for grupper organiseres og gjennomføres av miljøterapeuter, miljøarbeidere og hjelpepleiere. Miljøterapeuter er yrkesgrupper som sosionom, ergoterapeut, barnevernspedagog og fysioterapeuter med videreutdanning. Disse gruppene profesjonelle yrkesutøvere besitter dermed mye av den kunnskapen som tas i bruk i de spesialiserte tiltakene. Vernepleierne så ikke ut til å være en del av dette arbeidet.

Dagsentra har også ansvar for tiltak som legger til rette for medvirkning. Brukere deltar for eksempel i å bestemme hvilke kreative og fysiske aktiviteter deres dagsenter skal tilby. Denne medvirkningen foregår ved allmøter, som gjennomføres hyppigere i 2006 enn i 2003/2004, og i ett tilfelle som brukerundersøkelse (Helgesen 2006 b). Det vises også til eksempler der det er etablert diagnoserelaterte samtalegrupper.

Av de tre små kommunene er en kommune helt uten dagsentertilbud (F). Det er kun denne kommunen som ikke tilbyr noen former for gruppeaktiviteter eller andre spesialiserte aktiviteter for sine brukere. Tilbudet til denne gruppen av brukere er en kafé i tilknytning til frivillighetsentralen. Dette er likevel et nettverkstiltak. Kommune G har dagsenter en dag i uken. Der tilbys det i hovedsak kreative aktiviteter. Kommune G tilbyr dagsenter en dag i uken, hovedvekten ligger på kreative aktiviteter, men det tilbys i tillegg en svømmegruppe. Kommunen har gjort forsøk med å tilby tilrettelagt arbeid for en bruker, men det ble ikke oppfattet som vellykket fordi bruker ikke var i stand til å forholde seg til faste avtaler. Kommune E har full dagsenterdrift, men har redusert tilbudet i perioden. Alle disse tre kommunene deltar i interkommunale samarbeid om vernetede bedrifter eller vernetede arbeidsplasser. Det er kun kommune E som har en bruker i slikt tiltak i 2006 (24.05.06. sykepleier, 11.10.06. sykepleier, 02.06.06. miljøarbeider).

3.4 Kompetanse og organisering av kommunale tjenester

Kommunenes rekruttering så i 2004/2005 ut til å være avhengig av hvordan det psykiske helsearbeidet er organisert. Det vil si om kommunene har en enhetsmodell, en tjenestemodell, en integrert modell eller om tjenestene er organisert til rådmannens stab. Det kunne observeres en tendens, som ikke var sterk, om at kommuner med integrert modell i større grad enn andre ser ut til å rekruttere pleiefaglig personale enn kommuner med andre modeller. Det er kommuner som har organisert sitt psykiske helsearbeid som en tjeneste innenfor en større enhet, den som kalles tjenestemodellen, som ser ut til å rekruttere tverrfaglig i større grad enn andre. Også kommuner som har valgt andre organisatoriske løsninger (flat struktur, bestiller-utførermodell) ser ut til å rekruttere mer tverrfaglig enn kommuner med integrert tjeneste (Helgesen et al 2005, Myrvold og Helgesen 2005).

I 2006 er dette ikke lenger like tydelig i materialet. Mangelen på en god arbeidsdeling mellom utøvende enheter er andre steder analysert som domenekonflikter (Helgesen 2004, Myrvold og Helgesen 2005, Helgesen 2006 a og b). Domenekonflikter inngår som en del av problematikken om kompetanse. Kompetanse defineres da som både den faglige

kompetansen og kompetanse til å gjennomføre datainnsamlingen og analysene som leder fram til beslutningen om hvilke tiltak brukere skal få tilgang til. Disse to formene for kompetanse har vært samlet hos en og samme profesjonelle yrkesutøver i den sektororganiserte kommunen. Dette er i ferd med å brytes opp fordi kommunene reorganiserer (Helgesen et al 2005). Reorganiseringene består for det første av etablering av flat struktur. Alle kommunene i materialet har en variant av flat struktur i 2006. For det andre består den av innføringen av bestiller-utførermodell, eller forvaltningsavdeling som den også kalles i kommunene. Spørsmålene disse endringene reiser for det psykiske helsearbeidet er hvem som skal ha kompetanse til å gjennomføre datainnsamling, analyse, fatte beslutninger om behandling og tiltak og evaluere tiltakene. I kommunene er dette et spørsmål om hvem som skal fatte beslutning om hvilken enhet som skal yte tjenester til brukere: hjemmetjenesten eller psykisk helsearbeid. For å fatte beslutninger om dette, og for å fatte beslutninger om utmåling av tjenesten, har to kommuner i materialet etablert forvaltningsavdeling, samt at to kommuner har planer for å etablere slik avdeling.

Domenekonfliktene hadde to utgangspunkt. For det første i at kompetansen til å fatte beslutning om å utmåle tjenesten er løftet vekk fra profesjonelle i utøvende enheter og lagt til forvaltningsavdelingen. For det andre i at verken hjemmetjenesten eller enhet for psykisk helsearbeid ville yte tjenester de ikke selv hadde tatt beslutning om. Det sosiale systemet yrkesgruppene inngår i ser ut til å legge betingelser for hvilke beslutninger som kan aksepteres i de utøvende enhetene. Profesjonelle yrkesutøvere i enheter både for psykisk helsearbeid og hjemmetjenester ser ut til å akseptere beslutninger tatt av medisinerere, men ikke beslutninger tatt av sideordnede yrkesgrupper. Dette ser ut til å være mest problematisk hvis de sideordnede yrkesgruppene anses som å ha en annen grunnutdanning, lavere utdanning, for eksempel mangler videreutdanning i psykiatri, eller mindre erfaring (Helgesen 2006 a og b). Arbeidet med å fatte beslutninger om hvilke tjenester som skulle utmåles for brukere ble også oppfattet som vanskeligere i 2006 enn i 2003/2004. Det ble oppfattet som vanskeligere fordi presset på enhetene hadde økt, men også fordi henvisningsdokumenter ikke ble oppfattet som gode nok bakgrunnsdokumenter for å utmåle tjenesten (Helgesen 2006 a og b).

I materialet er disse problemene mest markante i kommuner som nylig har reorganisert sin virksomhet, kommunene A og C. De har begge flat struktur, psykisk helsearbeid er egen enhet og ved reorganiseringen fikk enhetene overført alle oppgaver som knytter an til brukere med psykiske lidelser. Det vil si at de også har ansvaret for medisinerer, hjemmetjenester og støttekontakter. I kommune E er psykisk helsearbeid egen enhet, men det er opprettholdt et minimumssamarbeid med hjemmetjenesten som begrenser seg til medisinerer og de enkleste hjemmetjenestene. Like fullt var det domenekonflikter mellom enhetene. Kommunene som har organisert sitt psykiske helsearbeid som en tjeneste innenfor en større enhet, B og D, har i større grad klart å beholde samarbeidet med hjemmetjenesten. Det har også de små kommunene F og G.

Flat struktur kan både medføre tverrfaglig rekruttering fordi enheten må besitte kompetanse om alle typer deltjenester som kan utmåles for brukerne. På den annen side medfører kravet om å dekke alle deltjenester at det pleiefaglige får dominere. Dette skjer fordi det er få muligheter for enhetene til å overlate pleiefaglige deltjenester til hjemmetjenesten. Alle kommunene har en form for flat struktur på sin organisasjon. To har en modifisert flat struktur og kan kalles en tjenestemodell. Det vil si at psykisk helsearbeid er en tjeneste innenfor en større enhet. Det er kun en kommune som har integrert modell, i de fire andre kommunene er psykisk helsearbeid egen enhet.

3.5 Oppsummering

Arbeidet for å utvikle kompetansen i kommunene ser ut til å ha gått noe framover i perioden. I 2003/2004 var observasjonen at den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid tilskrev arbeidsoppgaver til kompetansen det ble forventet at yrkesutøvere med ulik faglig bakgrunn besatt. Breddetiltaket som tilbys var den individuelle samtalen, de spesialiserte tiltakene var bolig, samt dagsentra og gruppeaktiviteten dagsentra tilbød. I 2003/2004 var det få møtepunkter mellom de ulike typene kompetanse. Det var heller ikke etablert felles møtearenaer i kommunen der profesjonelle med ulik kompetanse kunne møtes for å utveksle synspunkter og yrkesutøvere oppfattet at det var vanskelig å få tilgang til videre- og etterutdanning. Mye av dette har endret seg i 2006. Tilskrivningen av oppgaver til kompetanse er fortsatt gjeldende, og det er i hovedsak i kommunene der psykisk helsearbeid er organisert i team, det handles for å sikre tverrfaglighet. Det er også i disse kommunene vi kan finne prosesser av substituering. Det vil si at det ansettes sosionomer, vernepleiere eller lignende som gjennomfører arbeidsoppgaver som tidligere var forbeholdt sykepleiere. Det pekes mot at substituering vil finne sted i flere kommuner over tid.

I 2006 oppleves det at veiledning gis hovedsakelig knyttet til enkeltbrukere. I 2003/2004 ble det observert at ansatte med sykepleiefaglig utdanning som arbeidet i det direkte arbeidet med brukere drev veiledning av andre ansatte i psykisk helsearbeid, samt av ansatte i andre kommunale tjenester. Det foregikk altså overføring av kunnskap mellom de kommunale enhetene selv om virksomheten ikke var systematisert slik at det kunne arbeides med generelle problemstillinger. Dette er situasjonen i fire av syv kommuner også per 2006. I kommuner med flat struktur eller domenekonflikter foregikk det ikke overføring av kunnskap i form av veiledning av hjemmetjenesten.

I 2006 observeres det at det er etablert felles arenaer for profesjonelle medarbeidere i psykisk helsearbeid i flere kommuner enn i 2003/2004. Det dreier seg om morgenmøter eller møter for inntak og fordeling av brukere, i noen tilfeller begge deler. Det dreier seg også om møtefora der profesjonelle i det psykiske helsearbeidet deltar sammen med profesjonelle fra andre enheter. Det kan innebære at det foregår overføring av kunnskap mellom profesjonelle i kommunalt psykisk helsearbeid og andre enheter i kommunen, og mellom de profesjonelle i psykisk helsearbeid. Slike møtefora er også etablert i kommuner med flat struktur. Kommuner med miljøarbeidere sikrer også, ved interne møter i enhet for psykisk helsearbeid, at det foregår overføring av kunnskap fra profesjonelle med treårig utdanning til medarbeidere med lavere utdanning.

4 Avslutning

4.1 Oppsummering

Målsettingen i Opptrappingsplanen er at det til sammen skal etableres 9300 årsverk i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Videre er målsettingen at det skal rekrutteres personell til kommunene som har videreutdannings i psykisk helsearbeid, samt at personell med kortere utdanninger skal få tilgang til etterutdanning. Dette kan gjennomføres som lokale utdanningstiltak. Den siste målsettingen som er relevant for denne evalueringsstudien er at det bør utvikles nye og mer spesialiserte og differensierte behandlingstilbud til en del brukergrupper. I lys av dette ble det utarbeidet tre målsettinger for dette evalueringsprosjektet:

- En studie av innholdsmessige profiler på tiltak innenfor de tradisjonelle utdanningsgruppene, samt i en nyere videreutdanning.
- En studie av hvordan ønsket om tverrfaglighet påvirker tjenestefeltet og rekruttering av personell.
- Bredde versus utvikling av nye og mer spesialiserte tilbud. Er det et dilemma mellom å ha bredde i rekrutteringen og det å utvikle mer spesialiserte tilbud?

Innholdsmessige profiler på videreutdanninger ble studert ved høgskoler og SEPREP. Begge disse videreutdanningene bygger på målsettinger som står sentralt i opptrappingsplanen. De ser ut til å avspeile det endrede behovet på arbeidsmarkedet og begge er forankret i praksis. Videreutdanningene ved høgskolene gir breddekompetanse og skal dekke alt fra forebygging til arbeid med de sykeste pasientene. Høgskolene profilerer seg på å gi en helhetlig tilnærming til psykiske lidelser og arbeidsformen er studentaktiv. SEPREP er spesialisert mot behandling av psykoser, men kan bidra til målsettingen om tverrfaglighet fordi deltakerne får innsyn i andre yrkesgruppers erfaringer og synspunkter. Det gjelder også for yrkesgrupper på andre tjenestenivå enn der deltakerne selv arbeider. Deltakere er i arbeid i psykisk helsetjeneste under videreutdanningens forløp.

Observasjonene av om det er et bevisst ønske i kommunene at psykisk helsearbeid er tverrfaglig går i to retninger. På den ene siden er det noen kommuner som agerer bevisst i forhold til tverrfaglighet og legger til rette for det i sin rekruttering. På den andre siden handler andre ut fra at de opplever et behov for sykepleiefaglig kompetanse. Dette er i liten grad endret i perioden. En av årsakene kan være at rekrutteringsmønsteret ser ut til å være avhengig av kommunestørrelse. Små kommuner framstår som forholdsvis ensidig sykepleiefaglige i sin rekruttering, mens større kommuner ser ut til å rekruttere bredere. Det ser også ut til at det har utviklet seg et mønster der sykepleiere rekrutteres til det direkte arbeidet med brukere, det inkluderer den individuelle samtalen. Vernepleiere ser

ut til å bli rekruttert til boligene, mens sosionomer og andre i miljøterapeutgruppen ser ut til å bli rekruttert til dagsenteret. Dette mønsteret ser ut til å være stabilt over tid.

Det kan se ut til at det går et skille mellom sykepleiefaglig og tverrfaglig rekruttering ved om kommunene er store nok til å ha et dagsenter. Dagsenteret er utgangspunktet for aktiviteter som tilbys brukere som en del av kommunens psykiske helsetjenester. Deler av disse tjenestene er fysiske og kreative aktiviteter og gjennomføres av ikke-pleiefaglig personell, såkalte miljøterapeuter. Disse tiltakene inngår som en stor gruppe blant kommunenes spesialiserte tjenester. Dette ser heller ikke ut til å ha endret seg mye i perioden. Det er noen flere kommuner som yter spesialiserte tjenester. De som hadde spesialiserte tjenester har utviklet dem. Det dreier seg både om at de tilbyr flere og at de tilbyr dem hyppigere.

Bredde i rekruttering kan tolkes på to måter. Den første er at det rekrutteres bredt pleiefaglig. Det vil si at kommunene har ulike yrkesgrupper med pleiefaglig kompetanse. Det har kommunene, og det observeres at det er pleiefaglig kompetanse i både det direkte arbeidet med brukere, i boligene og i dagsentra. Den andre er at det rekrutteres med hensyn på at yrkesutøvere skal ha ulike fagbakgrunner. Det er kun i to kommuner det over tid har vært arbeidet bevisst med tverrfaglighet i det direkte arbeidet med brukerne. Flere kommuner har gjort det med hensyn på dagsentra. Det er ikke observert at det er rekruttert tverrfaglig til boliger. Det ser ikke ut til at det er noe dilemma mellom å ha bredde i rekruttering og å tilby spesialiserte tjenester. Å ha bredde i fagbakgrunn ser tvert i mot ut til å være nødvendig for å utvikle de spesialiserte tjenestene.

4.2 Kommunenes arbeid mot mål i opptrappingsplanen

En evaluering som er basert på casestudier av kommuner kan ikke sin noe generelt om i hvilken grad opptrappingsplanenes målsettinger er nådd. Målene er satt på nasjonalt nivå og denne evalueringen handler om det kommunale nivået. Det den likevel kan si noe om er at de observerte kommunene arbeider ufortrødent med kompetansespørsmålene. De arbeider med dem ut fra behov de opplever å ha for kompetanse. De arbeider også for å utvikle tiltak til sine brukere. Tiltak utvikles og iverksettes først og fremst for å sikre bredde, dernest for å sikre spesialiserte tiltak. Det ser også ut til at større kommuner har bedre grunnlag for å sikre bredde enn små kommuner.

Videre kan en slik evaluering på den ene siden peke på at det er en trend mot tverrfaglighet i rekrutteringen. Dette observeres fordi flere kommuner rekrutterer bevisst tverrfaglig i det direkte arbeidet med brukere, samt at flere kommuner rekrutterer bevisst tverrfaglig til dagsenteret. Samtidig kan trenden med å tilordne bestemte arbeidsoppgaver til forventet kompetanse yrkesgruppene har, se ut til å ville fortsette. Dette observeres fordi yrkesgruppene fortsatt etterspørres ut fra hvilke styrker det forventes at de har. Dette kan tolkes som at det er gjort erfaringer om at tverrfaglighet er nødvendig, samtidig som organisasjonsendringer medfører at sykepleiefaglige arbeidsoppgaver vektlegges i noen kommuner. Begge disse trendene kan observeres i 2006. De observeres mellom kommuner, men også i en og samme kommune. Dette er observasjoner som kan peke mot at kommunene opplever usikkerhet med hensyn på hvilken kompetanse de har behov for.

4.3 utfordringer for kommunene

Analysene som gjøres i dette notatet peker på at det psykiske helsearbeidet ser ut til å finne sin form i kommunene. De arbeider godt med rekruttering og utvikling av sin kompetanse, og de tilpasser dette arbeidet til egne behov. Nedenfor skal det oppsummeres med hensyn på de spesifikke spørsmålene som er stilt for problemstillingene to og tre.

Hva betyr den kommunale organisasjonen for rekruttering og kompetanse i psykisk helsearbeid?

Den kommunale organisasjonen betyr mye. Om tjenestene er egen enhet, egen tjeneste innenfor større enhet, integrert i andre tjenester eller i stab hos rådmannen, kan i mindre grad analyseres i denne intervjurunden fordi fire av sju kommuner har organisert sitt psykiske helsearbeid som egen enhet. I to er det egen tjeneste innenfor større enhet, det er de samme to kommunene som har organisert psykisk helsearbeid i team. Alle kommunene har en variant av flat struktur på sin kommunale organisasjon. I den siste er det psykisk helsearbeidet integrert i et bofellesskap. Det oppfattes som å være tilfeldig og som å fungere dårlig.

Den reneste flat strukturmodellen ser ut til å legge betingelser som medfører at kommunene i større grad rekrutterer pleiefaglig. Enhet for psykisk helsearbeid må i disse kommunene ta ansvar for medisiner og hjemmetjenester, samt støttekontakter for sine brukere. Det er eller har vært domenekonflikter om fordeling av arbeidsoppgaver i tre av fire slike kommuner. Andre kommuner, med modifisert flat struktur, og de små kommunene, ser ut til i større grad å få i stand samarbeid med hjemmetjenesten om medisiner og hjemmetjenester, og med sosialkontor om støttekontakter. Ut fra dette pekes det på kommunene har en utfordringen i å:

- Tilrettelegge for samarbeid og for tverrfaglig rekruttering.

Hvordan arbeides det med rekruttering og kompetanseutvikling i kommuner og tjenestesteder i kommunene?

Kommunene rekrutterer kompetent personell, det vil si profesjonelle med treårige velferdsutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kommunene rekrutterer også målrettet. Den foregår ut fra forventninger til og oppfatninger om hva som er de ulike profesjonelle gruppenes styrker og svakheter i forhold til psykisk helsearbeid generelt, og i forhold til de oppavene det psykiske helsearbeidet anses å stå over for. I den grad kommunene rekrutterer hjelpepleiere har også disse videreutdanning i psykiatri.

Kommuner med den reneste flat strukturmodellen på sin organisasjon skiller seg altså ut. De har konsentrert flere oppgaver/tjenester for brukere av psykiske helsetjenester i en enhet og dette medfører at de bør rekruttere tverrfaglig, men tvinger dem også til å rekruttere pleiefaglig. Ut fra dette kan det se ut til at en utfordring for kommunene er å:

- Organisere sitt psykiske helsearbeid i tverrfaglige team.

Hva betyr den etablerte profilen kommunene har på sitt psykiske helsearbeid og har kommunene et "lokomotiv" for utvikling av spesialiserte tiltak?

Den etablerte profilen kommunene har på sitt psykiske helsearbeid ser fortsatt ut til å være pleiefaglig. I de store kommunene blir den det fordi enhet for psykisk helsearbeid får ansvaret for hele spekteret av oppgaver/tjenester som ytes mennesker med psykiske

lidelser. I de små kommunene fordi deres spekter av tjenester er smalt og dreier seg om å tilby individuelle samtaler. Samtidig er det en liten tendens til at tilbudet av tjenester utvides i de to minste kommunene, det dreier seg da om tilbudet av dagsenter/nettverkstjenester.

To kommuner opplevde en stagnasjon i sitt arbeid med dagsentra. Den lille kommunen omfordelte ressurser fra dagsenteret til det hjemmebaserte miljøarbeidet. Den store kommunen hadde en mulighet til å overføre en del av sine brukere til tjenester som ble ytt av kulturkontoret og andre. Begge disse kommunene hadde et velfungerende, tverrfaglig dagsentertilbud som inngikk i kommunens profil på psykisk helsearbeid i 2003/2004, men var ikke stand til å vedlikeholde tilbudet på samme nivå i 2006. I begge disse kommunene kan dette ha konsekvenser for utvikling av spesialiserte tiltak fordi dagsenteret er sentralt for å gjennomføre det.

Andre kommuner utviklet sine dagsenter/nettverkstiltak og var i stand til å tilby mer spesialiserte tiltak for sine brukere i 2006 enn de var i 2003/2004. Det dreier seg om aktivitet generelt og det dreier seg om diagnoserelaterte tiltak for grupper av brukere.

- Det er en utfordring for kommunene å styrke dagsentervirksomheten. Små kommuner kan vurdere interkommunalt samarbeid om slik tjeneste.

Har bestiller-utfører-modeller konsekvenser for rekruttering og kompetanse i psykisk helsearbeid?

I 2003/2004 ble bestiller-utførermodeller analysert som å legge føringer for kommunal kompetanse. Innføring av bestiller-utførermodell innebærer at det etableres en forvaltningsenhet i kommunal helse- og sosialadministrasjon, forvaltningsenheten gjennomfører bestillinger, dvs. utreder brukere behov og bestemmer hvilke tjenester som skal utmåles. I kommunene som er med i undersøkelsen i 2006 er det innført slik enhet i to av sju, og det er ytterligere på planleggingsstadiet i to. Forvaltningsenheten legger føringer fordi en enhet, forvaltningsenheten og de profesjonelle som arbeider der, blir ansvarlig for å fatte beslutningene angående brukere, mens de utøvende enhetene og andre profesjonelle har ansvaret for å yte tjenestene. Andre organisasjonsmodeller plasserer dette ansvaret hos en og samme profesjonelle yrkesutøver og til en enhet. Bestiller-utførermodeller kan ses som et tiltak for å skape innsyn i vedtaksprosesser, men det er ikke et tiltak som medfører at det startes kompetanseheving i andre enheter enn psykisk helsearbeid.

- Kommuner med bestiller-utførermodell som omfatter psykiske helsearbeid har en utfordring i å styrke bestilleres fagkompetanse på psykisk helse.

Tiltak og kompetanse; bredde versus spesialisering?

Det ser ut til å være sammenheng mellom kompetansen kommunene rekrutterer og tiltakene de yter sine brukere. Alle kommunene tilbyr individuelle samtaler som ytes av sykepleiere med videreutdanning. Dette var breddetiltaket i 2003/2004 og ser fortsatt ut til å være det i 2006. Det ser likevel ut til at kommunestørrelse er den avgjørende faktoren. Kommuner i materialet som har mindre enn 3000 innbyggere tilbyr i stor grad kun den individuelle samtalen i kombinasjon med hjemmetjenester til sine brukere. Det har sammenheng med at små kommuner har få ansatte i sitt psykiske helsearbeid og at de oppfatter det slik at det er den pleiefaglige kompetansen de har behov for. Større kommuner rekrutterer mer tverrfaglig, og det ser ut til at de har en bredere meny av tiltak

å tilby sine brukere. De er også i stand til å spesialisere eller målrette sine tiltak mot grupper og enkeltpersoner.

Foregår det overføring av kompetanse mellom avdelinger og yrkesgrupper på kommunalt nivå i form av personellforflytninger, kursing, hospitering eller veiledning?

Det ser ut til at det i mindre grad foregår overføring av kompetanse mellom enheter i kommunene i 2006 enn det gjorde i 2003/2004. Den flate strukturen legger i store kommuner betingelser for psykisk helsearbeid som medførte at andre enheter overførte sine brukere, arbeidsoppgaver og personell til enhet for psykisk helsearbeid. Enhetene ser altså ut til å bli mer isolert i kommuner som innfører de reneste formene av flat strukturmodellen. Det foregår ikke overføring av kompetanse i form av at enhet for psykisk helsearbeid veileder andre enheters profesjonelle i arbeid de skal gjøre overfor brukere med psykisk problemer.

Slik overføring foregår det imidlertid i kommuner som har en modifisert flat strukturmodell på sin kommunale organisasjon, og det ser ut til å foregå i de små kommunene. Ingen kommuner arbeidet med hospitering. Det observeres i 2006 et tilfelle av interne kurs der alle medarbeidere i enhet for psykisk helsearbeid deltar, det observeres også seminarvirksomhet i en kommune. Det observeres overflytting av personell fra sosialtjenesten til psykisk helsearbeid i en kommune, det representerer også overflytting av kompetanse.

- Kommunene har en utfordring i å få i stand veiledning for sine ansatte i psykisk helsearbeid.
- De har også en utfordring i å legge til rette for at medarbeidere i psykisk helsearbeid kan gi veiledning til ansatte i hjemmetjenestene og andre kommunale enheter som grenser til psykisk helsearbeid.

Hva skjer i møtet mellom stadig mer utdannede profesjonelle yrkesutøvere og personalet som er ansatt for å sikre bredden innenfor det psykiske helsearbeidet?

Det ser ut, som i 2003/2004, at det er den individuelle samtalen som er breddetiltaket kommunene tilbyr brukere innenfor psykisk helsearbeid. Den individuelle samtalen gjennomføres kun av sykepleiere med videreutdanning i fire av sju kommuner, i de andre kommunene arbeider også sosionomer, ergoterapeuter og andre, som kan grupperes som miljøterapeuter, med å gjennomføre individuelle samtaler. I 2003/2004 ble det gjort to hovedobservasjoner som knyttet seg til den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid i tre avdelinger; direkte arbeid med brukere, bolig og dagsenter. Den første var at møtet mellom yrkesgruppene ble organisert som veiledning der sykepleiere kom i posisjon til å legge føringer for utvikling av spesialiserte tiltak. Den andre var at ulike yrkesgrupper gikk i dialog med hverandre.

Observasjonen i 2006 er at arbeidsdelingen mellom det direkte arbeidet for brukere og dagsentra er tydeligere i noen kommuner, dvs. at dagsenteret arbeider mer selvstendig med utvikling av tiltak. Sykepleiere legger dermed ikke føringer for de spesialiserte tiltakene på samme måte som i 2003/2004. Samtidig ser den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid ut til å ha styrket seg, delvis fordi kommunene opplever økende behov for kompetansen sykepleiere besitter.

Litteratur

- Helgesen, M. (2004): *Brukerinvolvering I psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR NOTAT 2004:136
- Helgesen, M. (2006 a): *Organisering - for samarbeid og samordning?* NIBR NOTAT 2006:129
- Helgesen, M. (2006 b): *Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukers deltakelse og medvirkning I kommunalt psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2006:21
- Helgesen, M., M. Feiring, G. V. Hansen og H. Ramsdal (2005): *Kompetanseutvikling I kommunene. Rekruttering og opplæring I psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2005:10
- Ludvigsen K. og M. Helgesen (2004): *Kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Videreutdanninger I høyskoler og SEPREP tverrfaglig utdanning*. NIBR-notat 2004:135
- Myrvold, T. M. (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005*. NIBR-rapport 2006:11
- Myrvold, T. M. og M. Helgesen (2005): *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. NIBR, NOTAT 2005:108
- Annet
- Bergen kommune (1999): *Etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. En veileder*.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*