NIBR
Norsk institutt for by- og regionforskning

NIBR-rapport 2005:10

Marit K. Helgesen, Marte Feiring,
Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal

Kompetanseutvikling i kommunene

Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid

Kompetanseutvikling i kommunene

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2005:6	**Brukermedvirkning og psykisk helse** **140** sider. Kr 250,-
NIBR-rapport 2004:12	**Tilbudet til mennesker med psykiske problemer** Kommunenes arbeid med integrering koordinering 150 sider. Kr 250,-
NIBR-rapport 2003:5	**Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser** 105 sider. Kr 250,
NIBR-notat 2005:108	**Psykisk helsearbeid** En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner
NIBR-notat 2004:136	**Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene**
NIBR-notat 2004:135	**Kompetanseheving i psykisk helsearbeid** Videreutdanning i høgskoler og SEPREP tverrfaglig utdanning

Rapportene kan bestilles fra
NIBR:
Postboks 44, Blindern,
0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74
E-post til
berit.willumsen@nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Notatene er elektronisk publisert på NIBRs hjemmeside
www.nibr.no

Marit K. Helgesen, Marte Feiring,
Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal

Kompetanseutvikling i kommunenene

Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid

NIBR-rapport 2005:10

Tittel:	**Kompetanseutvikling i kommunene** Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid
Forfatter:	Marit K. Helgesen, Marte Feiring, Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal
NIBR-rapport:	2005:10
ISSN:	1502-9794
ISBN:	82-7071-557-3
Prosjektnummer:	O-2044
Prosjektnavn:	Kompetanseutvikling og kompetanse-heving. Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet
Oppdragsgiver:	Norges Forskningsråd
Prosjektleder:	Marit K. Helgesen
Referat:	Hovedobservasjonen er at kompetansen kommunene har innenfor feltet psykisk helsearbeid er høy og at kommunene både etterspør og dels tar initiativ til at allerede ansatt personale skaffer seg relevant kompetanse. Kompetansen er pleiefaglig preget.
Sammendrag:	Norsk og engelsk
Dato:	November 2005
Antall sider:	128
Pris:	Kr 250,-
Utgiver:	Norsk institutt for by- og regionforskning Sinsensvn. 47 B, Postboks 44 Blindern 0313 OSLO Telefon: 22 95 88 00 Telefaks: 22 22 37 02 E-post: nibr@nibr.no
Vår hjemmeside:	http://www.nibr.no
	Trykk: Nordberg A.S. Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2005

Forord

Dette er en rapport fra prosjektet ”Kompetanseutvikling og kompetanseheving. Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet”. Rapporten presenterer resultater fra en kvantitativ så vel som en kvalitativ studie av kompetanse i det kommunale psykiske helsearbeidet. Rapportens observasjoner presenteres i tre hovedbolker. Den første er en kvantitativ studie av kompetanseprofiler som Marte Feiring har hovedansvaret for. Den andre er beskrivelsen av mønstre for rekruttering og kompetanseheving i casekommunene som Marit Helgesen har hovedansvaret for. Den siste er en analyse som fokuserer kompetanse i bestiller-utførermodeller. Den har Helge Ramsdal og Gunnar Vold Hansen hatt hovedansvaret for.

Prosjektet inngår som en del av Norsk institutt for by- og regionforsknings portefølje på seks prosjekter innenfor evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid og er gjennomført som et samarbeid mellom NIBR og Høgskolen i Østfold. Det har vært ledet av Marit Helgesen, NIBR.

Innhold

Forord 1
Tabelloversikt 4
Figuroversikt 5
Sammendrag 6
Summary 13
Important observations 14

1 Innledning 20
1.1 Målsettinger i opptrappingsplanen 20
1.2 Noen merknader til kompetansebegrepet 21
1.2.1 Problemstillinger i rapporten 25
1.3 Datamateriale og metode 26
1.4 Validitet og reliabilitet 28
1.5 Disposisjon for rapporten 30

2 Kompetanseprofiler 31
2.1 Innledning 31
2.2 Data fra kommunene 32
2.2.1 Rekrutterte fagfolk 33
2.2.2 Opplæringstiltak 36
2.2.3 Brukerrettede tiltak 39
2.3 Presentasjon av profilene 46
2.4 Data fra SINTEF/NIBR studien 48
2.4.1 Opplæringstiltak etter tjenestested 48
2.4.2 Rekruttering etter tjenestested 50
2.4.3 Kompetanseplaner 53
2.4.4 Oppsummering 55

3 Rekruttering i casekommunene 57
3.1 Innledning 57
3.2 Forventninger til rekruttert personell 59
3.3 Tilgang til tilstrekkelig og rett kompetanse 63
3.3.1 Rekruttert personale i casekommuner 65
3.4 Oppsummering 76

4 Kompetanseutvikling i casekommunene 78

4.1 Innledning 78
4.2 Arbeid med kompetanseutvikling 79
4.2.1 Videre- og etterutdanning i casekommunene 79
4.2.2 Kurs og seminarer 83
4.2.3 Overføring av kompetanse mellom enheter og avdelinger i kommunen; veiledning og hospitering 86
4.2.4 Oppsummering 89
4.3 Bredde versus spesialisering i tiltak 89
4.4 Avslutning 93

5 Kommunal organisering; bestiller-utfører-modeller som løsning? 95
5.1 Innledning 95
5.2 Organisasjonsløsninger i kommunene 95
5.3 Bestiller-utfører-modeller 99
5.4 Empirisk analyse 102
5.4.1 ”Hard” modell – formell best-ut og psykisk helsearbeid. 102
5.4.2 ”Myk” modell – modifisert best-ut og psykisk helsearbeid 106
5.5 Faglig-profesjonelt arbeid i bestiller-utfører-organisasjoner. 111
5.6 Hvilke konsekvenser har best-ut modellen for kompetanse? 114
5.7 Konsekvenser for brukerne – økt brukerfokus og rettsikkerhet? 114
5.8 Oppsummering 116

6 Avslutning 118
6.1 Konklusjoner 118
6.2 Utfordringer og anbefalinger 123
Litteraturliste 125
Vedlegg 1 129

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Antall årsverk for utvalgte yrkesgrupper i kommunene etter tjenestested fra 1999 til 2004, årlig endring i absolutte tall.....34

Tabell 2.2 Årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene per 10 000 innbyggere finansiert av Opptrappings-planen, for 2003 og 2004, sortert etter fylke. 35

Tabell 2.3 Årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid og som arbeider i regi av Opptrappingsplanen, etter fylke, per 10 000 innbyggere for 2003 og 2004.....37

Tabell 2.4 Personer totalt med videreutdanning i psykisk helse-arbeid og årsverk personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og som utfører tiltak i regi av Opptrappingsplanen. Alle tall per 10 000 innbyggere, sortert etter fylke, 2004. 38

Tabell 2.5 Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere over 18 år som utfører tiltak for voksne, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2003. 40

Tabell 2.6 Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere over 18 år som utfører tiltak for voksne, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2004. 41

Tabell 2.7 Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere under 18 år som utfører tiltak for barn og unge i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2003. ...42

Tabell 2.8 Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere under 18 år som utfører tiltak for barn og unge, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2004. ...43

Tabell 2.9 Andel statlige midler til barn og unge, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke. 2003 og 2004 ..45

Tabell 2.10 Andel kommuner/bydeler som har iverksatt minst et tiltak for å styrke kompetansen i psykisk helsearbeid, etter tjenestested. Prosent (N= 279). 49

Tabell 2.11 Andel kommuner/bydeler, som har iverksatt minst ett tiltak for å rekruttere personell til psykisk helsearbeid, etter tjenestested, i perioden 1999 til 2001. Prosent (N=279). 51
Tabell 2.12 Kommuner/bydeler som oppgir at de har hatt problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid, etter faggruppe. Absolutte tall og prosent (N= 279). 53
Tabell 2.13 Andel kommuner som har kompetanseplan i psykisk helsearbeid sett i forhold til annet planarbeid for psykisk helsearbeid. Prosent (N =274)..... 54
Tabell 2.14 Andel kommuner/bydeler som har iversatt minst ett opplæringstiltak og ett rekrutteringstiltak per tjeneste (indeks) etter type planarbeid (N = 279). 55
Tabell 5.1 Antallet faktiske ledernivåer mellom administrasjonssjef og ledere for utøvende tjenester. Prosent, absolutte tall i parentes..... 96
Tabell 5.2 Oversikt over organisasjonsløsninger i casekommunene 98
Tabell 5.3 Kommunenes ivaretakelse av utvalgte oppgaver (Aritmetisk gjennomsnitt). N [149, 298]..... 100
Tabell 5.4 Utforming av bestiller-utfører-organisering..... 101
Tabell 6.1 Noen kjennetegn ved de 11 case kommunene, resultatdata fra 2003. 129

Figuroversikt

Figur 2.1 Kompetanseprofil for alle kommunene for 2003, fordelt på fylkesregion. Indeks. 46
Figur 2.2 Kompetanseprofil for alle kommunene for 2004, fordelt på fylkesregion. Indeks. 47

Sammendrag

Marit K. Helgesen, Marte Feiring, Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal
Kompetanseutvikling i kommunene
Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid
NIBR-rapport 2005:10

Formålet med undersøkelsen

Rapporten er en del av rapporteringen fra prosjektet om ”Kompetanseutvikling og kompetanseheving – Opptrappingsplanenes bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet”. Prosjektet startet opp tidlig i 2002 og skal avsluttes i 2006. Prosjektet fokuserer på tre aspekter ved kommunenes arbeid med kompetanseutvikling- og heving; nemlig rekruttering, opplæring og arbeidet med kompetanseplaner. Det rettes spesielt oppmerksomhet mot om kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet kan ha betingelser for hvordan det arbeides med disse spørsmålene, og innenfor denne problemstillingen ser vi spesielt på om en bestiller-utfører-organisering har betydning. Fokuset tar dermed dels sitt utgangspunkt i måltallene som Opptrappingsplanens dokumenter satte opp for rekruttering av personale, samt de målene som ble satt for etterutdanning for personell med kortere utdanning, og dels i målsettingen om å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk.

Prosjektet baserer seg på flere metodiske innfallsvinkler. For det første reanalyseres tallmaterialet som ble samlet inn i SINTEF/NIBRs undersøkelse fra 2002, også gjennomført som en del av evaluering av Opptrappingsplanen. Disse analysene ses i sammenheng med analyser basert på tall fra både KOSTRA og Hjulet. Disse analysene danner et utgangspunkt for å gjennomføre en intensiv studie i et utvalg kommuner, og det er valgt ut 11 kommuner som det dels gjennomføres samlede analyser av, dels fokuseres analysene på noen sentrale kommuner. Dette gjelder spesielt for analysene av bestiller-utfører-organiseringen.

Rapporten er til dels meget beskrivende fordi det har vært lite kunnskap om hvordan kommunene arbeider med rekruttering og opplæring. Kunnskapen som er samlet både i KOSTRA og Hjulet analyserer kommunene samlet både i sitt fokus på rekruttering, opplæring og deres arbeid med kompetanseplaner.

Følgende problemstillinger diskuteres i rapporten:

- Kompetanseprofil med hensyn på andel ansatte og andel ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og endringer i kompetansen mellom 2003 og 2004
- Hva betyr den kommunale organisasjonen for rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet?
- Hvordan arbeides det med rekruttering og kompetanseutvikling i kommuner og ved tjenestesteder i kommunene?
- Tiltak og kompetanse; bredde versus spesialisering?
- Foregår det overføringer 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 i tiltak innenfor psykisk helsearbeidet?
- Har bestiller-utfører-modeller konsekvenser for rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet?
-

Sentrale observasjoner

Det kvantitative utgangspunktet

Det kvantitative materialet er basert på data fra Sosial- og helsedirektoratets styringshjul, samt en survey gjennomført av SINTEF/NIBR i regi av evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid. Data fra styringshjulet ligger til grunn for å konkludere med at det var en nedgang i antallet psykiatriske sykepleiere i kommunene mellom 2002 og 2003, for 2004 er tallet for psykiatriske sykepleiere inkludert i antallet sykepleiere og det er vanskelig å se om det igjen er øket, sunket eller holder seg konstant. Videre er det et grunnlag for å konstruere en kompetanseprofil for kommunene aggregert til fylkesnivå for årene 2003 og 2004. Profilen er basert på tre dimensjoner: Rekrutterte fagfolk, opplæringstiltak og brukerrettede tiltak. I 2003 var det kommunene i de fire fylkene Nord-Trøndelag, Sogn og Fjordane, Oppland og Nordland som var best utbygget med hensyn på andelen fagfolk med videreutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger, samt opplæringstiltak og brukerrettede tiltak. Tallene fra 2004 viser at alle fylkene skårer bedre i 2004, men at det har vært utskiftninger i hvilke fylker som utgjør de fire beste. I 2004 er det Oppland, Nordland, Troms og Telemark (s. 39 og 40).

Kompetansen er pleiefaglig dominert, men det er grunn til å tro at de fylkene som skårer best med hensyn til rekrutterte fagfolk, opplæringstiltak og brukerrettede tiltak ikke er like pleiefaglig dominert som andre fylker. De bruker mer midler til koordinering og ledelse for voksne, de utfører mer annet forebyggende arbeid for barn og unge, de har en høyere andel årsverk til barn og unge enn til voksne, og de bruker en større andel av midlene på barn og unge enn de andre fylkene. Oslo og Akershus er de to fylkene som markerer seg med lavest andel årsverk til brukerrettede tiltak, uavhengig av om en ser på tiltak for voksne eller barn og unge. Samtidig er det disse to fylkene som har mottatt lavest tilskudd per 1000 innbygger. Ser vi på andel videreutdanning i psykisk helsearbeid ligger Oslo og Akershus på bunn, mens Troms og Sogn og Fjordane ligger høyest.

SINTEF/NIBR undersøkelsen spør om kommunene har iverksatt ett eller flere tiltak for å heve sin kompetanse i løpet av de første tre årene av planperioden. Den gir et mål på bredde i både opplærings- og rekrutteringstiltak. Det er først og fremst tjenestestedene innenfor helse og omsorg som får flest opplæringstiltak og som styrkes ved at det foregår nyansettelser. Det å ha egen enhet for psykisk helsearbeid bryter dette mønsteret noe. Når det gjelder rekruttering er det psykiatriske sykepleiere og andre høyskoleutdannede fagpersoner med videreutdanning som etterspørres oftest og som det derfor oppgis at er vanskelige å rekruttere.

Når det gjelder planlegging i psykisk helsearbeid antar vi at de fleste kommunene inkluderer informasjon om kurs og opplæringsvirksomhet så vel som planer om nye årsverk i sine ordinære planer. Det er ikke noe som tyder på at det er noen systematiske sammenhenger mellom type planer og bredde i opplærings- eller rekrutteringstiltakene.

Analyse av rekruttering i casekommunene

Det er gjennomført intervjuer i 11 kommuner. Hovedtendensen i analysen som gjøres på bakgrunn av disse intervjuene er at kommunene rekrutterer personale i forhold til det behovet de har for å få gjennomført oppgaver som er aktuelle på tidspunktet. Det vil si at de innenfor psykisk helsearbeid rekrutterer psykiatriske sykepleiere fordi det er oppgaver knyttet til direkte arbeid med brukere som skal gjennomføres. I de kommunene i materialet som er forholdsvis store er psykisk helsearbeid delt i direkte arbeid med brukere eller hjemmebasert tjeneste, dagsenter og bolig. Direkte arbeid med brukere eller hjemmebasert tjeneste, dagsenter og bolig er altså organisatorisk atskilt, og i mange av kommunene også fysisk atskilt.

Arbeidsdelingen ligger til grunn for kommunenes rekruttering av personale. Hovedtendensen i casekommunene er dermed at psykiatriske sykepleiere rekrutteres til direkte arbeid med brukere, sosionomer og annet miljøterapeutisk utdannet personell rekrutteres til dagsenteret og vernepleiere, samt annet pleiefaglig personell med kortere utdanning rekrutteres til bolig. Dette skjer uavhengig av valgt organisasjonsmodell for psykisk helsearbeid i de enkelte kommunene (se avsnitt 3.4). Det er bare to av casekommunene som ikke følger dette mønsteret. Det rekrutteres da i tråd med tradisjonelle eller opparbeide forventinger til hva ulike yrkesgrupper kan og skal bidra med innenfor det kommunale tjenestefeltet som helhet og psykisk helsearbeid spesielt (se avsnitt 3.2).

Innenfor denne organiseringen, vi har valgt å kalle det den praktiske organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunene, etableres det i noen kommuner skiller mellom de ulike yrkesgruppenes arbeidsoppgaver som det er vanskelig å overskride, og som det ser ut til at det heller ikke er ønskelig at skal overskrides. Vi velger å tolke dette som at det er rekruttert i forhold til en administrativ og profesjonell logikk (se avsnitt 3.2).

Analysene av kompetanseutvikling i casekommunene

Kommunene arbeider med kompetanseutvikling på flere måter. Vi finner både at ansatte får etter- og videreutdanning, at det deltas på kurs og seminarer, drives opplæring, samt arbeides med hospitering og veiledning. Hovedtendensen er likevel at det drives mindre systematisk med slikt arbeid enn hva som kunne vært forventet ut fra at det er mulig å tilrettelegge det innenfor rammene av opptrappingsplanen. Det er for eksempel kun i en kommune det rapporteres at det settes av et betydelig pengebeløp til heving og utvikling av ansattes kompetanse. I andre vises det til at beløpene som settes av er for små, det er for tilfeldig om ansatte både får informasjon om kurs og opplæring, samt midler til å delta. Det pekes i noen kommuner på at det ikke er rom rent økonomisk til å satse på kompetanseheving, det kunne inkludere deltagelse på arrangementer i regi av rådgiveren hos fylkeslegen (se avsnitt 4.2.1).

Hospitering var brukt kun i en av kommunene, og det framstod ikke som et tiltak det satses systematisk på. Noen av de største kommunene satser på veiledning av personale i det direkte psykiske helsearbeidet. Det er i hovedsak kommuner med et DPS eller et sykehus innenfor rimelig reiseavstand som gjennomfører dette tiltaket. Kommuner som oppfatter det slik at de ligger for langt fra slike institusjoner tar ikke i

bruk veiledning av dette personalet som tiltak. Det oppfattes likevel som for ressurskrevende også for kommuner som har DPS i nærheten.

Personalet som er ansatt i det direkte arbeidet med brukerne, eller i den hjemmebaserte tjenesten, driver på den annen side en forholdsvis utstrakt veiledningsvirksomhet overfor andre ansatte i kommunens psykiske helsearbeid. Denne virksomheten er sjelden systematisert på den måten at det kan arbeides med generaliserte problemstillinger overfor grupper av personale, men drives i en form for en til en relasjon direkte overfor ansatte som arbeider med enkeltbrukere. Veiledningsarbeidet er altså tett knyttet opp mot andre ansattes arbeid med enkeltbrukere. De som får veiledning kan være ansatt på dagsenteret, i boliger, i den somatiske hjemmetjenesten eller det kan drives slik virksomhet overfor ansatte i utrykningstjenester (se avsnitt 4.2.3).

Det vises til Myrvold og Helgesen 2005 for en analyse av kommunal organisering. Analysen viser at det i liten grad legges til rette for at ansatte i psykisk helsearbeid har felles arenaer eller møtepunkter der psykisk helsearbeid kan diskuteres. Dette gjelder både innenfor det psykiske helsearbeidet som sådan, og med andre enheter og tjenester i kommunen. Et unntak kan identifiseres og det er kommuner som har organisert det direkte arbeidet med brukere i team. Der kan det se ut til at teamet også kan fungere som en samtalearena (se også avsnitt 4.2, innledning).

Bredde versus spesialisering i tiltak

Casekommunene har i stor grad en pleiefaglig profil på sin kompetanse. Helhet og bredde i tiltak betyr derfor ofte at kommunene har pleiefaglig spisskompetanse, ikke nødvendigvis at de har en bred kompetanse i betydningen at den er mangfoldig. Mange kommuner kan derfor få problemer med å tilby spesialiserte og skreddersydde tiltak. Spesialiserte tiltak er videre meget ressursavhengige og de er i faresonen ved økonomiske nedskjæringer.

Kompetansen som tas i bruk i spesialiserte tiltak ser ut til å være representert ved de miljøterapeutiske yrkesgruppene, samt sosionomer og fysioterapeuter. Det er disse yrkesgruppene som knyttes til dagsentra og som deltar aktivt i utvikling og iverksetting av spesialiserte tiltak for brukere med spesielle behov. Slike tiltak knyttes til kommunenes nettverksarbeid. Kommunenes organisering av sitt praktiske psykiske helsearbeid legger ikke til rette for at ulike yrkesgrupper kan møtes på felles arenaer.

Bestiller-utfører-organisering

Mange kommuner etablerer bestiller-utfører-organsiasjon som et ledd i arbeidet med å konkurranseutsette sin virksomhet. Konkurranseutsetting betyr ikke nødvendigvis at private tilbydere inviteres til å gi anbud på lik linje med kommunale, men at det implementeres tiltak som skal skape en markedslignende relasjon mellom kommunale enheter. Bestiller-utfører-organisering, slik den skisseres her, er en slik markedslignende relasjon. I begge kommunene som inngår i den nærmere analysen er den utformet med et bestillerkontor som fatter vedtak og bestemmer hvilke tjenester som skal ytes, til dels også hvor lenge de skal ytes. Bestiller-utfører-organisering er gjennomført på ulike måter, det vil si at vi finner en "hard" og en "myk" variant. Den "harde" varianten er mer tro mot ideologien bak denne typen organisering, og det viser seg i all hovedsak i at relasjonen mellom bestillerkontoret og de utøvende enhetene er utformet med mye myndighet i bestillerkontoret. Den "myke" varianten åpner for forhandlinger mellom bestillerkontoret og utøvende enheter. I den siste varianten er utøvende enheter, og dermed yrkesutøvere, gitt større innflytelse over vedtakene. Den fungerer, som også benevnelsen den er gitt tilsier, mykere i forhold til brukere og brukere gis ikke like mye ansvar for å følge opp egne vedtak som de gis i den "harde" modellen.

Felles for modellene er at bestillerkontoret fungerer som en én-inngangsløsning for brukere og at de kan medvirke til at vedtak og beslutninger omkring brukeres situasjon åpnes og gjøres tilgjengelige for andre utøvende enheter i kommunen (se avsnittene 5.4.1 og 5.4.2). Åpenheten begrunnes i tilsvarende prosesser som de som reduserer den profesjonelle autonomien. De medfører nemlig også at bestiller-utfører-organsiering bryter opp det profesjonelle arbeidet ved at innsamling av informasjon og vedtak legges på bestillerenheten, mens gjennomføring av tiltak og evaluering av effekter legges til den utøvende enheten. Fordelen er at yrkesutøvere i utøvende enheter "slipper" arbeidet med å saksbehandle søknader og utforme vedtak (i den grad dette ble gjort tidligere). Bestiller og utøver kan ha samme utdanningsbakgrunn, i disse to kommunene er den likeartet, hvilket burde forenkle kommunikasjonen. Det kommer fram i analysen at det skjer ikke i nevneverdig grad. Det er fortsatt en utfordring å utforme presise bestillinger; selv om ansatte både i bestillerenhet og utførerenhet har videreutdanning i psykisk helsearbeid, så har de ikke presise beskrivelse av oppgavene som skal utføres. Det har altså ikke utviklet seg en sammenfallende forståelse av hva innholdet i bestillingene er (se avsnitt 5.5). Dette er et problem fordi det er

vanskelig å få fram klare og entydige bestillinger fra de som er brukere av psykisk helsearbeids tjenester (se avsnitt 5.7).

Summary

Marit K. Helgesen, Marte Feiring, Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal
Knowledge and Performance within Municipal Work on Mental Health
NIBR Report 2005:10

This is a report from a project on development of knowledge and performance within municipal work on mental health. The focus of the project is three aspects; recruitment of competent personal, the development of knowledge by and for employed staff and the municipal work with plans over knowledge necessary to recruit or develop. Special attention is directed towards the municipal organising of their mental health fields and the impact of the organisational structure on how municipals work to strengthen their knowledge on mental health. Within this we look particularly at what conditions the implementation of a purchaser-provider-organisation creates for municipal knowledge on mental health. Our point of departure then is, firstly the figures on recruitment of professional knowledge stated in the mental health action plan, secondly the goals stated for supplementary training for less qualified staff, and thirdly the building of a continuous network of measures and treatment for the individual user of municipal mental health services.

The project takes its point of departure in more methodological perspectives. Firstly a dataset gathered by SINTEF\NIBR in 2002 is to be reanalysed. This analysis is to be seen in connection with analyses based on data material form KOSTRA and Hjulet. These analyses provide a good starting point for conducting an intensive study in 11 municipalities.

The report is descriptive, outlining how municipals work with recruitment and knowledge development. The following problems are discussed in the report:

- Profile of knowledge according to number of professional staff and number of professional staff with supplementary training, and the change in knowledge from 2003 – 2004
- What impact does the municipal organisation have on recruitment and knowledge in the municipal mental health field?

- How do municipal authorities work with recruitment and knowledge in general in municipalities and in municipal institutions?
- Knowledge in general vs. specialised measures
- Is knowledge transferred between departments and occupational categories as transferrals of staff or as arrangements of courses, seminars, sitting in or tutorials?
- What happens in the meeting between professional occupations and the staff hired to secure the depth in measures within municipal mental health services?
- Will the implementation of purchaser-provider-organisation have any consequences for recruitment and knowledge in the municipal mental health field?

Important observations

The numeric point of departure

The numeric material is based on data from Sosial- og helsedirektoratets styringshjul, and a survey conducted by SINTEF\ NIBR within the research program evaluating the Action Plan. Such data allows us to conclude that there is a reduction in the number of psychiatric nurses in the municipalities between 2002 and 2003. For 2004 psychiatric nurses are included in the general number of nurses, and it is not possible to detect whether the number is again reduced, increased or remains constant. Furthermore the data allows us to construct a knowledge profile for municipalities aggregated to regions for the years 2003 and 2004. The profile is based on three dimensions: Recruited professionals, training measures and measures for users. In 2003 it were the municipals belonging to the regions Nord-Trøndelag, Sogn og Fjordane, Oppland and Nordland who performed best according to the number of trained professionals with further education per 10 000 inhabitants. They also performed best according to training measures and measures for users. The numbers for 2004 show that all regions perform better but that there has been a change in which regions scores the best. In 2004 it is Oppland, Nordland, Troms and Telemark (pages 39 and 40).

The knowledge is highly oriented towards nursing, but there are reasons to believe that the best regions are not as oriented towards nursing as other regions. They use more money for coordination and management of measures for adults, they implement more preventive

measures for children and youth, and they use a higher share of money on measures for children and youth than the other regions. Oslo and Akershus are the regions marking the lower echelons according to number of employed staff used on individual measures, independent of age group. At the same time these are the regions to receive less monetary transferrals per 1000 inhabitants. According to number of further educated professional staff Oslo and Akershus also mark the lower echelons while Troms and Sogn og Fjordane mark the higher.

The SINTEF\NIBR survey asks whether the municipalities have implemented one or more measures to strengthen staff knowledge during the first three years of the Action Plan. This gives a measure of the breadth in municipal recruitment and training measures. First and foremost it is the community nursing services which are strengthened with training measures and recruitment of staff. Municipals organising mental health as an independent service deviate a bit from this pattern. Psychiatric nurses and other professional staff further educated in mental health are most often demanded when recruitment measures are implemented. Such professionals also are most often reported to be difficult to recruit.

According to municipal plans of mental health we assume that municipals include information on courses and training activities as well as information on the recruitment of new personnel in their ordinary plans. There are no indications that correlations are systematic between types of plans, separate for mental health or included in ordinary plans, and breadth of training and recruitment measures.

The analysis of recruitment in 11 case municipalities

It is conducted interviews in 11 municipalities. The main tendency in the analysis is that municipalities recruit personnel in accordance with what is experienced to be the actual need for educated staff. In the mental health field this means that recruited staffs are mostly psychiatric nurses because they work with tasks directly related to users. In the relatively big municipalities in the material mental health is parted into three main tasks: tasks directly related to users or community services, day care centres and housing. These services are organisationally separated and also often physically separated.

This division of work also is the basis of the municipal recruitment of professional staff. The tendency may be specified to say that psychiatric nurses are recruited to carry out the community care, social workers and milieu therapists are recruited to work at day care centres, while social educators or welfare nurses are recruited to work within

the municipal housing programs for users of mental health services. Also semi educated nursing staff are recruited to work in housing programs. This seems to be the pattern independent of municipal model of organising their mental health fields (see § 3.4). It is only two of the case municipalities who do not follow this pattern. It is then possible to state that the municipal recruitment of educated staff follows a set of expectations accorded to what tasks this kind of staff has traditionally used to carry out within the municipal nursing area at general and within mental health in special (see § 3.2).

Within this mode of organising, we have chosen to call it the practical organising of mental health in the municipalities, there are sometimes established organisational boundaries that are hard to transgress. Also it seems to be a tendency that municipalities do not see the need to transgress them. We analyse this to be a recruitment according to an administrative and professional logic (see § 3.2).

The analyses of knowledge development in the case municipalities

The municipalities deal with knowledge development in more ways. We observe that employed staff receives both further education and supplementary education. They take part in courses and seminars and they receive training. We made one observation of a sit in and many staffs receive tutorials. There are possibilities for municipalities to organise this within the Action Plan but the main tendency is, although, that municipalities work less systematic with training and supplementary/ further education than there should be reason to believe. In only one out of 11 municipalities it is reported that a huge amount of money is reserved for training and supplementary\ further education. In other municipalities the amounts of money are reported to be too small, it is accidental whether staffs get information on courses and seminars and the necessary money to actually take part in them. In some municipalities it is pointed directly to the fact that there is no economic leeway to take an effort in developing the necessary knowledge. This could also include courses and seminars arranged by the regional prefect medical officer (see § 4.2.1).

Sit in could be observed only in one municipality, and it did not seem to be a training measure used systematically. Some of the bigger municipalities arranged tutorials for the staff employed in mental health community care. Principally it is municipalities located close to a district psychiatric centre (DPS) or have a hospital within range who implements these form of tutorials. Municipalities located far from a DPS or a hospital, are not to the same degree inclined to offer these staff tutorials. The staff employed in mental health community care

offers, on the other hand, tutorials to staff employed in other parts of municipal mental health services. Tutorials are, although, not often systematised in a way that allows for working with generalised problems according to giving services to users within mental health services. They are most often organised directly in accordance with experienced problems related to individual users of the service. The staff receiving tutorials are working in day care centres, in the housing programs or in the somatic community services (see § 4.2.3).

Myrvold og Helgesen (2005) have analysed the organisation of municipal mental health services. The analyses show that the municipals only to a minor degree arrange for different staff and different professional groups to have common arenas for discussions of mental health services. This is valid both according to the mental health services as such and between the mental healths services and other municipal service areas. One exception may be observed in a municipality where mental health community service is organised with staff making up teams. The team also functioned as an arena for discussions (see § 4.2.3 introductory paragraph).

The meeting between measures conducted with general vs. specialised knowledge

The case municipalities to a great extent have a nursing oriented profile on their recruited professional knowledge. Services in depth, therefore, means that nursing oriented knowledge is considered the most important knowledge in the municipalities. It does not mean that the knowledge municipalities` demands are diversified in the meaning that many types of professional knowledge are demanded and recruited. Municipalities may then have problems in offering specialised and tailored measures to their users of mental health services. Specialised measures are costly and they obviously seem to be in danger when municipalities have to cut back budgets.

Knowledge used in specialised measures seems to be represented by the milieu therapeutic occupational groups as well as social workers and physiotherapists. These professional occupations are to be found in day care centres and they work to develop and implement specialised measures for users with special needs. Examples are groups for schizophrenic women over 50, bowling groups for young men under 25, card player groups or even cooking groups. Such measures are tightly linked to the work municipalities do to strengthen user social bonds and networks. The municipal organising of the mental health services does seldom accommodate the meeting and discussion of problems between different occupational groups.

Purchaser-provider organisation

Municipalities establish purchaser-provider organisations as a part of what they do to establish internal markets for welfare services. Marketisation do not necessarily mean that private actors may offer welfare services on an equal footing, but measures are implemented to create a market like relation between municipal welfare institutions. Purchaser-provider organisations as it is described here is such a marketisation. In the two analysed municipalities the purchaser-provider organisation is designed with a separate office which decides what services users are allocated and for how long and purchases services for users from municipal welfare providing institutions. Purchaser-provider organisations are implemented in two different ways; as "hard" and "soft". The "hard" is strongly related to the marketisation ideology and the relation between the purchasing department and the providing welfare institutions are organised with much authority linked to the purchasing department. The "soft" version is designed with possibilities for negotiations between purchaser and provider. The last type, as the designation "soft" indicates, give the professional groups more influence on decisions. This means that users are not given as much responsibility to follow up the municipal decisions on welfare services.

The two models have certain things in common. Firstly, that the purchasing department functions as a "one entrance" access to services. Secondly, it may contribute to making decisions on services more open and accessible to more providing institutions in the municipality (see §§ 5.4.1 and 5.4.2). The openness may be justified using the same arguments as those which reduce professional autonomy. They cause the professional work to be split because information gathering and decision are placed in the purchaser department while the implementation of measures and evaluation is a responsibility for the providing institution. Professionals do not have to deal with individual cases and make decisions in this model, what is considered to be positive.

Professionals in the purchasing department and in the providing welfare institutions may have similar education, this is the case in our two municipalities, and this ought to simplify the communication. The analyses show, however, that this is not the case. It still is a challenge to formulate precise purchases. Even though staffs have similar professional education in mental health they are not equipped with a similar vocabulary that denotes the tasks included in individual mental

health services (see § 5.5). This is of course an even grater problem when it comes to mental health because users are not always able to articulate their needs (see § 5.7).

1 Innledning

1.1 Målsettinger i opptrappingsplanen

St. meld. nr. 25 (1996-97) påpeker at ”En helt avgjørende forutsetning for at ansatte skal kunne yte tjenester av god kvalitet er at de har tilfredsstillende kunnskaper og ferdigheter i forhold oppgavene” (St.meld.nr. 25 1996-97:138). Ved siden av personellets kvalifikasjoner er det strukturen på tjenestetilbudene og organisering av virksomheten som anses som viktige for at det psykiske helsearbeidet skal holde en god kvalitet. Dette vil også gjelde for det kommunale psykiske helsearbeidet. Målsettingene i Opptrappingsplanen er også at det av 9300 nye årsverk skal komme 3600 som det ikke kreves høyere helse- og sosialfaglig utdanning for å inngå i, og at 2600 av disse skal komme i kommunene (IK – 2740). Disse kommer i tillegg til dem som allerede er ansatt i det psykiske helsearbeidet og som er i behov av etterutdanning eller kurs. For å nå kravet om kvalitet er det blant annet satset på å øke utdanningskapasiteten ved treårige velferdsutdanninger og videreutdanninger. Det er også etablert en tverrfaglig utdanningsretning for psykisk helsearbeid som alle treårige velferdsutdanningene kan søke opptak ved. Det er satset på etterutdanning av personell med kortere utdanning og det legges til rette for å sette i gang lokale utdanningstiltak. Departementet påpeker også at det bør utvikles nye og mer spesialiserte og differensierte behandlingstilbud til en del klientgrupper (St.meld. nr. 25 1996-97:131).

I dette prosjektet er det utbyggingen av kompetanse på kommunalt nivå som er i fokus og rapporten behandler kommuners og tjenestesteder i kommunenes arbeid med kompetanse og

kompetanseutvikling, samt hvilke tiltak de etablerer og tar i bruk for å heve og utvikle kompetansen hos ulike faggrupper. Hovedhypotesen er at hvilke profiler det er på kommunenes psykiske helsearbeid legger viktige betingelser for den kompetansen kommunene velger å satse på. Satsningen på psykisk helsearbeid i kommunene har satt i gang en storstilt utbygging av tiltak innenfor flere kommunale ansvarsområder. Det kan se ut til at tyngdepunktet av tiltakene som tilhører psykisk helsearbeid legges innenfor kommunenes sosialområder, men at også helse, barnevern og kultur er viktige arbeidsområder som får tilført midler og som bygger ut tiltak. Denne utviklingen krever at ansatte knyttet til flere typer av kommunale arbeidsområder har relevant videreutdanning og etterutdanning, samt at det er mulig å få tilgang til kurs og veiledning. (Myrvold 2004, Myrvold og Helgesen 2005).

Kommunenes sosialområder er ofte vert for de somatiske hjemmetjenestene og det kan se ut til at psykisk helsearbeid i en del kommuner ses som en forlengelse av disse tjenestene. Det tyder også på at dette skjer uavhengig av hvilken organisasjonsmodell kommunene har valgt; egen enhet, egen tjeneste innenfor større enhet, i stab hos rådmann eller helse-, og sosialsjef eller integrert i andre kommunale tjenester. På dette grunnlaget er det nærliggende å anta at kommunene bygger ut sitt psykiske helsearbeid med en klar sykepleiefaglig profil. Vi skal gå nærmere inn på hvordan kommunene rekrutterer og stille spørsmål om de også rekrutterer sosionomer, vernepleiere og andre med treårig høgskoleutdanning.

1.2 Noen merknader til kompetansebegrepet

Kompetansebegrepet er et omfattende begrep, skriver Helsetilsynet i IK – 2740. [1] Det rommer både hvilke kunnskapsområder som anses som nødvendige og gyldige, hvilke ferdigheter behandlere må besitte, og hvilke holdninger både til kunnskap, pasienter og samarbeidspartnere utdanningene må bidra til å utvikle (IK – 2740:15). Kompetanse er for det første kunnskap. Den kan drives fram gjennom empirisk forskning og omfatte flere områder av psykisk helsearbeid. Kunnskap omfatter også ulike former for teoretiske vinklinger til arbeidsområdet, samt at det som kalles ”taus kunnskap”

[1] Det ser ut til at IK – 2740 i stor grad behandler den kompetanse og kompetanseutvikling som foregår i spesialisthelsetjenestene. Men deler av dette er allment og i den grad det gjelder de høgskoleutdannede yrkesgruppene velger vi å ta noen definisjoner i bruk også når det er kommunenes psykiske helsearbeid som er i fokus.

må inkluderes. Kompetanse omfatter også det som kalles ferdigheter. Det vil si det å være i stand til å omsette sin kunnskap til praksis. Til sist er det et element i kompetansen som knyttes til holdninger og verdier, og til at det skal forevises en kritisk og selvstendig holdning til faget, og til alternative perspektiver og valg av behandlingsformer (ibid).

Denne forståelsen av kompetanse kontekstualiserer den, det vil si viser at den er avhengig av både organisatoriske og relasjonelle faktorer i de omgivelser der kompetansen utøves og gjøres gjeldende. Den gjøres avhengig av tid og situasjon, som Vibeke Erichsen (2002) skriver om begrepet faglighet. Dette begrepet rommer mer enn kompetanse fordi det i større grad inkluderer hvordan det sosiale virker inn på formingen av et fags selvforståelse, ikke bare til hvordan faget bygges opp av den til enhver tid tilgjengelige kunnskap. Faglighet binder sammen kunnskap, utdanning og praksis, det vil si at det er de mekanismene som forener teori og praksis som også former fagligheten. De vurderinger, observasjoner og undersøkelser som praksis innebærer, inngår i konstruksjonen av kunnskap og forming av faglighet foregår i relasjonen mellom institusjonelt, organisatorisk og individuelt nivå.

Faglighet inkluderer altså sosiale aspekter ved kompetansen, og sosiale aspekter vil også bringes inn når det er snakk om utvikling av kompetanse. Kompetanseutvikling er et begrep som kan ha flere betydninger. For det første betyr begrepet at det utvikles ny kunnskap på et felt. Dernest kan det bety at koblingen mellom teori og praksis settes inn i nye forståelsesrammer, det vil si at fagligheten gis et nytt innhold. Det er dette som skjer hvis det for eksempel implementeres nye modeller for klientarbeid. Kompetanseheving kan bety at medarbeidere i en bedrift eller en offentlig etat bør ha mer kunnskap som startkunnskap, det vil si at de har høyere kompetanse i det de rekrutteres, men også at de får ny kunnskap eller mer kunnskap, at de tar etterutdanning eller videreutdanning.

Kompetanseutvikling i psykisk helsearbeid foregår i institusjonene som gir grunnutdanning, eventuelt etter- og videreutdanning innenfor medisin og psykologi, samt innenfor høyskolenes profesjonsutdanninger. Dette aspektet ved utviklingen skal vi ikke gå inn på her. Kompetanse vil også utvikles i spenningsfeltet mellom ulike yrkesgrupper som er aktive på et område. Dette spenningsfeltet har en vertikal og en horisontal dimensjon. Den vertikale dimensjonen er relasjonen yrkesgruppene inngår i mellom kommunal organisasjon og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestenes endring og utforming legger for det første betingelser for den kompetansen

kommunene får behov for å rekruttere. Hvis spesialisthelsetjenestene øker sin behandlingskapasitet kan det tenkes at kommunenes behov for bestemte typer kompetent personale ikke øker, noe som trolig forutsettes i opptrappingsplanens mål for rekruttering av høyskoleutdannet personell i kommunene. Likevel er det slik at i en utbyggingsfase kan nivåene komme i konkurranseforhold til hverandre, både når det gjelder tilgjengelig personell og den kompetansen det bør besitte, fordi det kommunale nivået ikke har tilgang til tilstrekkelige tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Den horisontale dimensjonen finner vi mellom enheter og avdelinger i kommunene. Den tematiserer hvordan det legges til rette for samordning og koordinering mellom enheter og avdelinger, samt for rekruttering og arbeidet med kompetanse i kommunene. Alle disse faktorene er betingelser for kvalitet i de psykiske helsetjenestene.

Rapporten skal diskutere om og hvorfor kommunene etterspør tiltak for kompetanseheving, og i hvilken grad kommuner og tjenestesteder i kommunene benytter seg av ulike kompetansehevende tiltak. Hvilke yrkesgrupper i kommunene som får slike tilbud og hvilken type videreutdanning eventuelt etterutdanning det satses på, er trolig avhengig av profilen det psykiske helsearbeidet har både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Vi skal komme noe inn på speisalisthelsetjenestene, men vi skal konsentrere oss om kommunene. Tidligere undersøkelser viser at tiltak som hospitering, seminarer, praksisplasser, faglig veiledning og undervisning er tiltak som er satt i verk for å heve kompetansen hos fagpersonell i det psykiske helsearbeidet. I tillegg kommer mer tradisjonelle rekrutteringstiltak (Johansen 1999, IK – 2738, Kristiansand kommune 1998). Ut fra det kvantitative materialet, som i hovedsak er en reanalyse av SINTEF/NIBRs survey fra 2002, og vårt kvalitative materiale skal vi belyse om det er noen forskjell mellom kommunenes valg når det gjelder tiltak de satser på, kompetansen de velger å rekruttere, og vi skal sette fram forslag til forklaringer på eventuelle forskjeller.

Den satsningen som skjer gjennom opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid fører til endringer i hvilke tilbud og tiltak enkelte brukere får tilgang på. Flere oppgaver er nå lagt til kommunene og de kommunalt ansatte fagfolkene er gitt ansvaret for helheten i behandlingstilbudet. Tilbudet skal ha både den nødvendige bredde, samt være spesialisert nok til å tilby tilpassede tjenester. Ved behov for mer spesifikke tiltak kontaktes gjerne spesialisthelsetjenesten, men også kommunene må kunne tilby en meny av tilpassede tiltak, for eksempel innenfor direkte arbeid med brukere, nettverksarbeid eller bolig.

Det kan tenkes at kommunenes satsing på bredde i tiltak resulterer i en forholdsvis smal og ensidig rekruttering av personell. Bredde i tiltak kan favne mange brukere, omfatte enkle tiltak og være forholdsvis rimelige for kommunene å iverksette. Spesialiserte tiltak kan innebære at det er etablert en meny av tiltak brukere kan få tilgang til. Tverrfaglighet og bredde i rekruttering og kompetanse vil være et viktig kjennetegn ved kommunene hvis den skal tilby en meny av spesialiserte tiltak. Spesialiserte tiltak kan tenkes å favne færre brukere, være mer komplisert og forholdsvis mer kostnadskrevende å implementere. Men utviklingen av en meny av tiltak vil gi kommuner og tjenestesteder et redskap for å gi grupper av brukere eller enkeltbrukere tilpasset og skreddersydd hjelp.

Kommuner og tjenestesteder i kommunene kan se behovet for spesialiserte tiltak innenfor psykisk helse ulikt. De vil da også i ulik grad ha bevisste rekrutteringsstrategier i forhold til ulike spesialiseringer, og også den aktive holdningen til den utvikling og samordning som foregår, samt at forståelsen for, og den betydning samarbeidsrelasjoner rundt rekruttering og kompetanseheving gis vil variere. Rekrutteringsspørsmålet og kompetansehevingen kan foregå som overføring av kompetanse mellom avdelinger og yrkesgrupper i kommunene og ved tjenestesteder i kommunene, og det vil være ulike prosesser av rekruttering og kompetanseheving i gang når kommunene for eksempel integrerer psykisk helsearbeid for voksne i helse- og sosialavdelingen, mens psykisk helsearbeid for barn og unge integreres i avdelingen for kultur og oppvekst.

Rapporten skal gå inn på organiseringen og sammenhengen mellom breddetiltak og menyer av mer spesialiserte tiltak. For det første skal vi studere hva som skjer i møtet mellom personalet som har ansvaret for de ulike typene tiltak. Trolig foregår dette møtet som etableringen av en relasjon mellom et medisinsk orientert, og etablert, personale bestående av psykiatriske sykepleiere og et mer mangfoldig sett av ”nye” yrkesgrupper med og uten tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Fokuset skal holdes på at satsning både på spesialisering og bredde i utgangspunktet kan virke noe motsetningsfylt, og at kommunene må legge til rette for at dette møtet skal skje så skånsomt som mulig.

For det andre skal kommunenes arbeid med kompetanseheving studeres. Slikt arbeid kan bidra til at det etableres en felles faglighet hos ulike faggrupper innenfor det psykiske helsearbeidet. Tanken er at hvilke yrkesgrupper som rekrutteres i kommunene og hvilken kompetanse kommunene oppfatter at de har behov for, samt hvordan den brukes, legger kommunene selv betingelser for gjennom den

overordnede administrative organiseringen, samt gjennom sin organisering av psykisk helsearbeid. Tverrfaglighet og samordning henger trolig sammen på kommunalt nivå. Spørsmålet blir da også om det settes i gang prosesser av substituering mellom yrkesgrupper slik at eventuelt sosionomer, vernepleiere, ergoterapeuter, barnevernspedagoger eller pedagoger ansettes for å gjennomføre arbeidsoppgaver som tidligere var forbeholdt psykiatriske sykepleiere, eller om de etablerte faglige tradisjonene fortsatt følges.

Hypotesen er altså at hva kommunene velger å satse på er avhengig av eksisterende profiler på det psykiske helsearbeidet i kommuner og ved tjenestesteder. Det legger betingelser for hvordan kommuner og tjenestesteder arbeider med rekruttering og kompetanseheving, og for så vidt for samordning mellom nivåene i det psykiske helsearbeidet. En videreutvikling av hypotesen er at en klar profil på tjenesten kan være det som skal til for at kommunen eller tjenestestedet skal ha det "lokomotivet" som kan være nødvendig for å utvikle spesialiserte tilbud. Hvis kommunene har det, kan de også ha en klar forestilling om hvilket personell det er ønskelig å rekruttere, hvordan de skal gjennomføre det og hvordan de skal drive kompetanseheving. På den annen side kan rekrutteringen være mer eller mindre tilfeldig i den forstand at det må ansettes personell som er tilgjengelig, og kommuner og tjenestesteder i kommunene kan dermed få problemer med å etablere mer spesialiserte tilbud.

1.2.1 Problemstillinger i rapporten

En hypotese i rapporten er at den kommunale organisasjonen vil legge betingelser for profilen kommunene har på sitt psykiske helsearbeid. Videre mener vi at profilen vil legge betingelser for hvordan det arbeides med rekruttering og kompetanseutvikling. For å belyse dette vil vi arbeide med en del problemstillinger:

- Kompetanseprofil med hensyn på andel ansatte og andel ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og endringer i kompetansen mellom 2003 og 2004
- Hva betyr den kommunale organisasjonen for rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet?
- Hvordan arbeides det med rekruttering og kompetanseutvikling i kommuner og ved tjenestesteder i kommunene?
- Tiltak og kompetanse; bredde versus spesialisering?

- Foregår det overføringer 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 i tiltak innenfor psykisk helsearbeidet?
- Har bestiller-utfører-modeller konsekvenser for rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet?

1.3 Datamateriale og metode

Datamaterialet som denne rapporten baserer seg på er triangulert og består både av kvalitative intervjuer, kvantitativt materiale hentet inn ved hjelp av survey og andre kartlegginger, samt at det gjøres dokumentstudier.

Først og fremst baserer analysen seg på kvalitative intervjuer gjennomført med fagpersonell og administrativt ansatte i psykisk helsearbeid i 11 kommuner. Kommunene som er inkludert i casestudien er valgt ut av ulike hensyn. Først og fremst har de ulik størrelse. Langt de fleste norske kommuner har under 5000 innbyggere og så mange som en tredjedel har 3000 innbyggere eller færre. Små kommuner har lavere systemkapasitet enn store kommuner, men uavhengig av størrelse forutsettes kommunene å kunne ivareta ansvaret for og implementere offentlig politikk innenfor en ramme der likhet mellom kommuner legger sterke føringer på hvordan politikken kan utformes. Dette gjelder også for tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet. Systemkapasiteten, som er avhengig av innbyggertall fordi det legger betingelser for kommunal inntekt og størrelsen på, eventuelt antallet tjenestesteder og andre operative enheter i kommunene, vil altså variere sterkt. Den kan ses i sammenheng med en kommunes evne og mulighet til å etablere og vedlikeholde gode fagmiljøer, samt utvikle og implementere velferdspolitiske og andre tiltak.

Kommunene er også delvis valgt ut med hensyn på avstand til helseforetakenes behandlingstiltak som distriktspsykiatriske sentra (DPS), barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (BUP) og sykehus. Avstanden til slike sentra kan ha betydning for hvordan kommunene legger opp sitt arbeid, ikke minst fordi nærhet kan innebære at kommunen – og den enkelte innbygger – i større grad kan trekke veksler på spesialistkompetansen i DPS/BUP (Myrvold og Helgesen 2005:22). Også kommunenes geografiske plassering, sentralt eller

perifert, kan være av betydning i spørsmålet om å iverksette statlige planer, og når det gjelder muligheten til å rekruttere fagpersonell til kommunene. Sentralitet i denne betydningen kan forstås på to måter: plassering i forhold til "staten", altså hovedstaden, og plassering i forhold til regionale sentra eller større byer (ibid, Myrvold 2001). Delvis er kommunene også valgt ut fra kunnskap om organisatoriske forhold i kommunene, for eksempel har eksistensen av bestiller-utfører-modeller i fire kommuner lagt til grunn for at disse kommunene er tatt med i intervjuundersøkelsen. Gjennom spørreskjemaundersøkelsen som er gjennomført i regi av NIBR/SINTEF eksisterer det opplysninger om hvilken modell kommunene har valgt for organisering av sitt psykiske helsearbeid og dette vil i den kvalitative analysen kobles til kunnskapen også om andre organisasjonsformer i kommunene. På denne måten vil vi kunne løfte fram noen antagelser om sammenhenger mellom ulike måter å organisere produksjon og levering av tjenester i kommunene, og vellykkethet i forhold til rekruttering og kompetanseutvikling.

For det andre reanalyseres SINTEF/NIBRs undersøkelse av utbygging av tiltak i kommunes psykiske helsearbeid fra 2003. [2] Den kvantitative analysen vil dermed gi et bilde av tilstanden i kommunene i tidsperioden 1999 til 2002. Den vil fungere som et bakteppe for, og som utgangspunkt for hypoteser som analyseres nærmere i den kvalitative analysen (Allardt 1990). Kompetanseutvikling i psykisk helsearbeid i kommuner og bydeler (heretter skrives bare kommuner) kan måles direkte gjennom opplæringstiltak og gjennom rekruttering eller vekst i antall årsverk. Her vil vi måle kompetanseutviklingen både i bredden, det vil si at vi ser på hvor mange fag eller tjenesteområder som berøres, og i mengde, det vil si at vi ser på hvor mange fagpersoner som mottar en gitt opplæring eller hvor mange nye det ansettes i psykisk helsearbeid. En stor faglig bredde i kommunalt psykisk helsearbeid kan betatraktes som like viktig som vekst i antall ansatte.

To kvantitative datakilder tas i bruk for å belyse disse spørsmålene. For det første SINTEF/NIBRs spørreundersøkelse, som skal tas i bruk

[2] Det var hensikten å sammenholde surveyen gjennomført av SINTEF/NIBR med tall fra KOSTRA. På tidspunktet foreligger det dessverre ikke tallmateriale som er sammenlignbart, delvis fordi KOSTRA før 2003 ikke har tilstrekkelige opplysninger om rekruttering og kompetanse, delvis fordi tall etter 2003 ikke er fullstendige. Vi er dermed henvist til å basere oss på SINTEF/NIBRs tallmateriale som begynner å bli ganske godt kjent.

for å si noe om bredden på kompetansetiltakene. Dernest skal vi ta i bruk registerdata og annen rapportering, som gjøres via fylkesmannen og som er en del av styrings- og informasjonshjulet. SINTEF/NIBRs materiale er samlet inn i 2002 og gir informasjon om kommunens aktivitet i perioden 1999 til 2001. For registerdata og andre rapporteringer er tatt med tall fra 1998 og fram til 2003. [3]

Det siste settet med materiale er offentlige dokumenter.

1.4 Validitet og reliabilitet

I tradisjonelle spørreskjemaundersøkelser er det vanlig å vurdere data etter reliabilitet og validitet, mens det i kvalitative studier er det mer vanlig å bruke begreper som troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Marshall og Rossmann 1989, Thagaard 2003). Denne rapporten bygger på begge typene data og begrepene validitet og reliabilitet tas derfor i bruk.

Validitet er knyttet til gyldigheten av det som måles og er gjerne et spørsmål om generalisering fra et utvalg til hele populasjonen. I spørreskjemaundersøkelsen som er benyttet er det mottatt svar fra 279 kommuner og bydeler. I tilegg har en del respondenter ikke svart på alle spørsmålene slik at antallet kommuner og bydeler i de ulike analysene varierer mellom 228 og 279. Dette medfører at spørreskjemaundersøkelsen har en noe svakere ekstern validitet enn det resterende kvantitative materialet som benyttes. Både spørreskjemamaterialet og andre datasett har også hatt begrenset med informasjon om kommunenes kompetanseheving, i form av deres arbeid med kompetanseplaner, opplæring og rekruttering.

I intervjuundersøkelsen, som utgjør det kvalitative materialet, gjennomfører vi en intensiv undersøkelse i et utvalg kommuner. Hensikten med intervjuundersøkelsen er å skape "tykke beskrivelser" av prosessene som kan overføres til lignende eller kontrasterende tilfeller i andre kommuner. For et kvalitativt materiale kan validitet, eller overførbarhet, sikres på flere måter. For det første er begrepsvaliditeten viktig fordi den sier noe om de dataene som brukes gjenspeiler det som skal undersøkes. For å sikre begrepsvaliditeten er, for det første, begreper som ligger tett opp til ordbruken i NIBR/SINTEFs spørreskjema og i offentlige dokumenter tatt i bruk

[3] SINTEF/NIBRs materiale begynner nå å bli noe gammelt. Det er mulig at det først er interessant når det sammenlignes med neste periode (2002-2005), og eventuelt med perioden deretter (2005-2007).

også i intervjuundersøkelsen. Dette er viktig for å sikre at intervjuundersøkelsen behandler de samme sidene ved psykisk helsearbeid som spørreundersøkelsen har gjort. For det andre er det brukt tid med informantene for å komme fram til felles forståelse av innholdet i disse begrepene. Samme virkelighet kan oppfattes ulikt av forskjellige aktører og å sikre at det faktisk er de samme fenomenene det snakkes om har det vært brukt tid på. Dette er viktig fordi kjennetegn ved kommunene som vi tidligere har oppfattet som distinkte, og begreper som har vært oppfattet som generiske i beskrivelsen av den kommunale organisasjonen, endres når den kommunale organisasjonen endres (Tagaard 2003). Eksempler er at begrepene byråkrati, styring, hierarki og sektor erstattes med flat struktur, delegering, bestiller-utfører-modell, resultatenhet og målgrupper.

Validitet i kvalitative undersøkelser eller casestudier, dreier seg også om at det utvikles ett sett med forskningsspørsmål for det som skal studeres, og ut fra dem ett sett med begrunnede indikatorer for hva som skal måles. Metodetrianguleringen er et redskap for å sikre at det utvikles indikatorer for den kvalitative datainnsamlingen. I denne studien skal det benyttes både kvantitative og kvalitative data, og data skal utfylle hverandre. Kunnskapen som er hentet inn gjennom spørreskjemaundersøkelsen er utgangspunkt for å utvikle et sett forskningsspørsmål som brukes i intervjuundersøkelsen. De kvalitative data vil medvirke til at vi får et bredere og mer grunnleggende kunnskapsgrunnlag om aktuelle fenomener, og det kan åpne muligheten for å forklare observerte fenomener, mens det kvantitative materialet vil medføre at vi får et grunnlag for å generalisere noen av de kvalitative observasjonene. Metodetriangulering kan altså medvirke til å styrke den eksterne validiteten, det vil si mulighetene for å generalisere (Yin 1984).

Metodetrianguleringen øker også undersøkelsens reliabilitet, eller dens troverdighet. Reliabilitet betegner en undersøkelses treffsikkerhet og nøyaktighet, og er et spørsmål om man måler det man faktisk mener at måles. Reliabiliteten kan sikres på flere måter, blant annet ved å velge flere kommuner der det er tilsvarende profesjonsutøvere og ansatte i administrasjonene som er informanter og som får de samme spørsmålene. Videre sikres troverdigheten ved at det er en gruppe forskere som samarbeider om undersøkelsen. Det krever at forskningsprosessen dokumenteres og at det redegjøres for hvordan intervjuundersøkelsen er gjennomført, samt av hvordan kompetanseheving er beskrevet og fortolket. Ved at det har vært en gruppe forskere involvert som har gjennomført intervjuer, samt diskutert tolkninger og vurderinger av observasjoner, styrkes

reliabiliteten. Dette krever samarbeid om innsamling av dokumenter, utarbeidelse og bruk av intervjuguider, samt at intervjuer skrives ut i etterkant.

1.5 Disposisjon for rapporten

Kapittel to er en kvantitativ analyse av kommunenes kompetanseprofiler aggregert til fylkesnivå, deres arbeid med kompetanseheving samt rekruttering og kompetanseplaner. Der berøres også problemstillingene om hva kommunal organisering kan ha å bety for rekruttering og kompetanse, samt med hvordan det arbeides med rekruttering og kompetanseheving i det psykiske helsearbeidet. Det tas i bruk kvantitativt materiale fra SINTEF/NIBRs studie og Hjulet. Kapittel tre tar for seg rekruttering i casekommunene. Det skisserer hvilke typer personell som er rekruttert til å gjennomføre ulike arbeidsoppgaver. Kapittel fire diskuterer casekommunenes arbeid med kompetanseheving og opplæring. I disse kapitlene gjennomføres det kvalitative analyser av problemstillingene om organiseringens betydning samt hvordan det arbeides med rekruttering og kompetanseutvikling. Kapittel fem tar for seg bestiller-utfører-modellen og dens implementering på feltet psykisk helsearbeid i to kommuner. Kapittelet peker på noen konsekvenser denne formen for organisering har for faglig profesjonelt arbeid i kommunen, samt for ansattes kompetanse om psykisk helsearbeid som eget fagområde. Kapittel seks konkluderer, samt ser på noen utfordringer og anbefalinger for kommunene.

2 Kompetanseprofiler

2.1 Innledning

For å gi mennesker med psykiske lidelser tilfredsstillende hjelp, er det behov for både flere fagfolk og en styrking av deres kompetanse (St. meld. 25 1996-97). Vi studerer hvordan kommunene arbeider for å skaffe flere og bedre tjenester overfor personer med psykiske helseplager. Begrepet kompetanseprofil brukes i denne sammenheng om andelen fagfolk, ulike opplæringstiltak samt direkte og indirekte brukerrettede tiltak en kommune har iverksatt.

En kommunes kompetanseprofil har en kvantitativ og kvalitativ side. Kvantitativt handler det blant annet om hvor mange fagpersoner som er ansatt, rekrutteres eller mottar opplæring til en hver tid; mens den kvalitative siden blant annet er et spørsmål om faglig innhold, og hvilke faggrupper eller tjenesteområder som utøver tiltak og hvilke tiltak de ulike brukerne mottar. Faglig innhold og bredde i kommunalt psykisk helsearbeid betraktes som like viktig som vekst i antall ansatte. I dette kapittelet er det de kvantitative aspektene ved kompetanseprofiler som analyseres og følgende tre spørsmål oppsummerer hva analysen skal handle om:

	Kvalitativ kompetanse (innhold)	Kvantitativ kompetanse (mengde)
Rekrutterte fagfolk	Hvilke faggrupper og hvilke tjenestesteder arbeider med psykisk helsearbeid?	Hvor mange fagfolk i kommunen arbeider med psykisk helsearbeid?
Opplæringstiltak	Hvilke kurs eller opplæring er igangsatt etter fag og/eller tjenesteområde?	Hvor mange opplæringstiltak iverksettes per år?
Brukerrettede tiltak	Hvilke tiltak utføres i regi av kommunene?	Hvor mange tiltak iverksettes overfor personer med psykiske helseproblemer?

Analysen skal først og fremst gjennomføres ved å studere rapporteringene fra kommunene for å få tak i opplysninger om rekruttert personell og antall årsverk. Dette datamaterialet er noe begrenset for vårt bruk hovedsakelig fordi det foreløpig kun er publisert tall fra årene 1997 og 1998 (antall årsverk) samt resultatdata fra 2003 og 2004. De tallene som benyttes her er basert på kommunenes rapportering i henhold til IS 16/2003 Opptrappingsplanen for psykisk helse, kommunenes rapportering av resultatdata fra øremerkede midler for 2003 og 2004, publisert i Styrings- og informasjonshjulet for helse og sosialtjenesten i kommunene (Rundskriv IS-1/2003 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003 og Rundskriv IS-1/2004 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2004).

I tillegg vil vi analysere data fra en spørreundersøkelse gjennomført av SINTEF/NIBR for å si noe om bredden på kompetansetiltakene. Undersøkelsen er samlet inn i 2002 og gir informasjon om kommunens aktivitet i perioden 1999 til 2001.

2.2 Data fra kommunene

I tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid, rapporterer kommunene via fylkesmannen til Sosial- og helsedirektoratet. Det ble utformet et relativt detaljert skjema for registreringer i 1998, dvs. før Opptrappingsplanen ble iverksatt. Kommunene ble spurt om totalt

antall stillinger som jobbet "med personer med alvorlige psykiske lidelser" og hvilken type kompetanse de hadde.

Når det gjelder kompetanseheving og rekrutteringstiltak for perioden 1999-2003 er kommunene spurt om hvor mye midler som er brukt (per 1000 kr) samt antall årsverk. Fra 2004 er det i tillegg registrert hvilke tiltak som er gjennomført og hva de har kostet. Dette betyr at rapporteringene har begrenset informasjon om kompetanseutviklingen i kommunene. I tillegg til dette har ikke rapporteringsskjemaene fra 1999 til 2002 vært tilgjengelige for analyse.[4] For denne studien hadde det vært en stor fordel å kunne sett på kompetanseutviklingen i kommunene fra 1998, men vi må i begrense oss til et bilde av situasjonen midt i planperioden.

2.2.1 Rekrutterte fagfolk

I følge de politiske signalene i Opptrappingsplanen skal psykisk helsearbeid utføres på linje med andre forebyggende og behandlende tiltak i kommunen. Psykisk helsearbeid er ikke lenger en særtjeneste, men en integrert del av det kommunale tiltaksapparatet. Dette er i tråd med både nasjonale og internasjonale målsettinger for behandling av personer med psykiske lidelser (St. prp. nr 1 2003-2004).

Psykisk helsearbeid i kommunene utføres i dag av det ordinære tjenesteapparatet. En slik integrering av tjenester og tiltak innebærer samtidig at det ikke er mulig å skille ut alt som faktisk utføres for denne klientgruppen i form av registreringer og rapporteringer. For å danne et bilde av type personell, så vel som omfanget av veksten i kommunenes tjenester for personer med psykiske plager, vil vi innledningsvis se på totalt antall årsverk for en del faggrupper i de ordinære kommunale tjenestene fra 1999 til 2004. Vi skiller ikke i tabell 2.1 mellom fagfolk som arbeider med psykisk helsearbeid og øvrige helse- og sosialarbeidere.

Når det gjelder faggrupper har vi her kun tatt med data over de største yrkesgruppene innenfor helse- og sosialsektoren. Vi mangler dessverre tall på ergoterapeuter og psykologer samt ansatte i skole og barnehage.

[4] Vi er kjent med at SINTEF arbeider med en tilrettelegging av kommunenes rapporteringer, men vi har ikke klart å få tilgang til dette materialet på nåværende tidspunkt.

Tabell 2.1 *Antall årsverk for utvalgte yrkesgrupper i kommunene etter tjenestested fra 1999 til 2004, årlig endring i absolutte tall.*

Årsverk	1999	2000	2001	Endring 1999-2001	2002	2003	2004**	Endring 2002-2004
Sosialtjenesten								
Sosionomer	2825	2925	3170	345	2994	2915*	3007	13
Barnevernsped.	1139	1255	1387	248	1389	1482*	1485	96
Kommunehelse-								
Tjenesten								
Leger	3527	3809	4109	582	4151	4131	4143	-8
Fysioterapeuter	3420	3968	4112	692	4130	4152	4090	-40
Helsesøster	1650	1725	1807	157	1877	1865	1919	42
Jordmødre	269	283	278	9	282	286	282	0
Sykepleiere	413	341	353	-60	406	409	435	29
Hjelpepleiere	157	171	162	5	207	172	197	-10
Pleie- og omsorgstjenesten								
Sykepleiere	15565	16115	16340	775	16959	18148	18424	1465
Derav psykiatrisk sykepleie***	1208	1256	1272	64	1433	1097	**	-336
Hjelpepleiere	28656	28984	29291	635	30019	30345	30731	712
Vernepleiere	2585	2918	3196	611	3364	3679	4019	655

* Tallene inneholder kun oppgaver direkte relatert til sosialtjenesteloven § 4.1, kap 5.
**Tallene for 2004 er foreløpige og psykiatriske sykepleiere er ikke tatt med.
*** Tallene for sykepleiere inkluderer også psykiatriske sykepleiere.
Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, Samletabell.

Tabellen viser at det i perioden 1999 - 2001 var vekst for alle yrkesgruppene som er tatt med i oversikten, med unntak av sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Jordmødre samt hjelpepleiere hadde også en nedgang mellom årene 2000 og 2001. Alle de nevnte faggruppene hadde vekst i 2002, mens det var nedgang for flere grupper i 2003. Dette året hadde psykiatriske sykepleiere en reduksjon på hele 23 %. Dette tyder på at det blant denne yrkesgruppen har vært en overgang til spesialisthelsetjenesten. I perioden 2002 til 2004 var det nedgang i antall leger, fysioterapeuter og hjelpepleiere.

Vi har ikke tilgjengelige data som viser endringer i årsverk for fagpersonell som finansieres som et ledd i opptrappingen av psykisk helsearbeid for alle årene 1999 til 2004. I neste tabell presenterer vi derfor kun en oversikt over antall årsverk i kommunene, sortert etter fylker, for årene 2003 og 2004.

Tabell 2.2 *Årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene per 10 000 innbyggere finansiert av Opptrappingsplanen, for 2003 og 2004, sortert etter fylke.*

	2003	2004	Endring
Oslo	4,6	5,1	0,5
Akershus	4,9	6	1,1
Sør-Trøndelag	5,4	6,6	1,2
Buskerud	5,4	6,8	1,4
Østfold	5,9	7,4	1,5
Hordaland	6	6,8	0,8
Vest-Agder	6	7,5	1,5
Rogaland	6,1	7,3	1,2
Vestfold	6,8	7,6	0,8
Møre og Romsdal	6,8	7,7	0,9
Telemark	6,8	8,5	1,7
Nord-Trøndelag	6,9	8,6	1,7
Aust-Agder	7	7,7	0,7
Troms	7,1	7,8	0,7
Hedmark	7,1	8,6	1,5
Sogn og Fjordane	7,3	8,5	1,2
Oppland	7,4	8,2	0,8
Nordland	7,6	9,1	1,5
Finnmark	7,7	9,7	2
Hele landet	6,3	7,5	1,2

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, sammenligningstall for kommunene for 2003 og 2004.

Det er kommunene i fylkene Oppland, Nordland og Finnmark som har høyest andel årsverk per 10 000 innbygger for 2003. De skåret også høyt i 2004, men i 2004 har Telemark, Nord-Trøndelag, Hedmark og Sogn og Fjordane over 8 årsverk per 10 000. Oslo, Akershus og Sør-Trøndelag ligger lavest både i 2003 og 2004. Alle kommunene, gruppert etter fylkesregion, viser vekst i andel årsverk fra 0,5 til 2.

2.2.2 Opplæringstiltak

Det andre spørsmålet analysen er strukturert i forhold til er opplæringstiltak i kommunene. Opplæring av eget fagpersonell er en kommunal oppgave. Dette er foreslått lovfestet i utkast til lov om sosial og helsetjenester i kommunene. I § 11-7 kan vi lese:

> Kommunen har ansvaret for at personell som yter tjenester etter lov [ ], får den nødvendige opplæring, herunder etter- og videreutdanning. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Kongen kan gi forskrifter om opplæring (NOU 2004:18, s 172).

Vi bruker her opplæringstiltak som en indikatorer på om kommunene har vært aktive i å utvikle sitt fagpersonells kompetanse. Opplæring er et sentralt virkemiddel for å heve det faglige nivået for de som allerede er ansatte innenfor et tjenesteområde i kommunene og kan deles inn i kurs- og seminarvirksomhet, voksenopplæring, etterutdanning og videreutdanning.

De tallene som er vist her sier bare noe om andel årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene som har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er ikke skilt mellom ulike faggrupper eller tjenesteområder som helse, pleie, sosial eller skole. Vi har heller ikke data på videreutdanning i forhold til nivå på grunnutdanningen. Tabell 2.3 viser årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger, samt andel ansatte med videreutdanning i forhold til alle ansatte i psykisk helsearbeid.

Tabell 2.3 *Årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid og som arbeider i regi av Opptrappingsplanen, etter fylke, per 10 000 innbyggere for 2003 og 2004.*

	Årsverk i psyk helse m/videre-utdanning 2003	Årsverk i psyk helse m/ videre-utdanning 2004	Endring
Oslo	1,6	2	0,4
Akershus	2	2,3	0,3
Sør-Trøndelag	2,4	2,4	0
Hordaland	2,5	2,5	0
Rogaland	2,6	2,5	-0,1
Vestfold	2,8	2,6	-0,2
Buskerud	2,7	2,8	0,1
Aust-Agder	2,9	3,0	0,1
Nord-Trøndelag	3,1	3,1	0
Telemark	2,8	3,2	0,4
Møre og Romsdal	2,9	3,2	0,3
Nordland	2,9	3,3	0,4
Hedmark	3,1	3,4	0,3
Oppland	3,1	3,4	0,3
Østfold	3,2	3,4	0,2
Sogn og Fjordane	3,3	3,4	0,1
Vest-Agder	2,4	3,7	1,3
Finnmark	2,8	3,8	1
Troms	3,3	6,7	3,4
Hele landet	2,6	2,9	0,3

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 15.

Kommunene i Østfold, Sogn og Fjordane og Troms har høyest andel fagpersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid, per 10 000 innbyggere i 2003. Året etter ligger Troms klart på topp med 6,7 årsverk, mens Vest Agder og Finnmark har 3.7 og 3,8 årsverk per 10 000 for 2004.

Oslo og kommunene i Akershus har både lavest andel fagpersonell per innbyggere som arbeider med psykisk helsearbeid og færrest med relevant videreutdanning. Dette gjelder for begge årene.

Tabell 2.4 *Personer totalt med videreutdanning i psykisk helsearbeid og årsverk personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og som utfører tiltak i regi av Opptrappingsplanen. Alle tall per 10 000 innbyggere, sortert etter fylke, 2004.*

	Ansatte totalt med videreutdanning i psykisk helsearbeid	Årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid og arbeid i regi av opptrappingsplanen
Oslo	4,2	2,0
Akershus	4,4	2,3
Sør-Trøndelag	3,6	2,4
Hordaland	3,9	2,5
Rogaland	4,0	2,5
Vestfold	5,7	2,6
Buskerud	5,1	2,8
Aust-Agder	9,7	3,0
Møre og Romsdal	6,4	3,2
Telemark	5,7	3,2
Nordland	8,7	3,3
Hedmark	7,1	3,4
Oppland	5,0	3,4
Sogn og Fjordane	6,3	3,4
Østfold	5,2	3,4
Nord-Trøndelag	7,9	3,6
Vest-Agder	8,1	3,7
Finnmark	7,3	3,8
Troms	10,0	6,7
Hele landet	5,5	2,9

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 14 og tabell 15.

Tabellen viser at fylkes- og kommunesektoren i Oslo og Akershus har lavest andel årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Finnmark og Troms ligger høyest. Vi ser videre at det er forholdsvis stor forskjell mellom fylkene i antall ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbygger. Dette viser at det foregår en jevn og betydelig satsning på kompetansehevende tiltak, inkludert videreutdanning.

2.2.3 Brukerrettede tiltak

Dette bringer oss til det tredje spørsmålet i analysen av kommunenes kompetanseprofil; brukerrettede tiltak. Vi skal se på hvilke tiltak kommunene har iverksatt for henholdsvis voksne og barn og unge, og hvor mange ansatte som er operative i dette arbeidet. Brukerrettede tiltak brukes som en indikator på hva kommunene faktisk anvender av kompetanse på feltet psykisk helsearbeid.

Kommunene rapporterer til fylkesmannen både om hvilke tiltak de har for voksne og for barn og unge, samt hvor mange årsverk de bruker på de forskjellige tiltakene. Vi skal først se på tiltak for voksne med psykiske helseplager.

Tabell 2. 5 gir en oversikt over andel kommunale årsverk for 2003 som arbeider med tiltak for voksne i regi av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I den første kolonnen er ulike hjelpetiltak knyttet til bolig og hjem registrert. Det omfatter tilrettelagte boligtilbud, boveiledning, hjemmetjenester og miljøarbeid (punkt 9 og 10 i skjemaet). Den neste kategorien er ulike brukerrettede aktivitetstilbud, tilrettelagte arbeidstiltak, dagsenter, kultur, fritid og støttekontakt (punkt 11-13), mens den tredje kolonnen viser indirekte tiltak som er tilrettelegging av behandling, faglig veiledning, koordinering og ledelse.[5]

[5] I kommunenes rapporteringsskjema er første kolonne knyttet til punkt 9og 10, andre kolonne omhandler punkt 11 -13, mens den siste kolonnen omfatter punkt 14.

Tabell 2.5 *Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere over 18 år som utfører tiltak for voksne, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2003.*

	Bolig-rettede tiltak	Aktivitets-rettede tiltak	Indirekte Tiltak	Sum tiltak for voksne
Oslo	2,6	1,2	1,1	4,9
Sør-Trøndelag	2,2	1,5	2,5	6,2
Akershus	3,0	1,4	1,9	6,2
Hordaland	3,7	1,6	1,3	6,6
Buskerud	3,9	1,6	1,5	6,9
Vest-Agder	4,4	1,7	1,4	7,5
Oppland	3,6	1,9	2,3	7,8
Østfold	4,1	1,8	1,9	7,8
Nord-Trøndelag	4,2	1,6	2,3	8,0
Telemark	4,8	1,9	1,3	8,0
Vestfold	4,2	2,4	1,6	8,1
Rogaland	4,3	1,9	2,0	8,1
Aust-Agder	5,0	2,3	0,9	8,2
Møre og Romsdal	4,8	2,3	1,2	8,3
Troms	5,6	1,8	1,0	8,4
Hedmark	3,9	1,7	3,3	8,9
Sogn og Fjordane	4,2	3,1	1,7	9,0
Nordland	6,1	1,7	1,5	9,3
Finnmark	6,5	1,9	2,2	10,5
Hele landet	3,9	1,7	1,7	7,3

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 15.

Vi vil her framheve to trekk ved kommunenes årsverk knyttet til brukerrettede tiltak gruppert etter fylker. Det første trekket er at det igjen er store forskjeller mellom fylker i antall kommunalt ansatte som arbeider med brukerrettede tiltak. Tabellen viser at Sogn og Fjordane, Nordland og Finnmark har flest årsverk i kommunale tiltak for voksne, mens Oslo, Sør-Trøndelag og Akershus har færrest årsverk som arbeider med tiltak for voksne.

Tabellen viser videre at det er flest årsverk som arbeider med tiltak i egen bolig. Variasjonen er fra 2,2 til 6,5 årsverk. Når det gjelder ulike aktivitets- arbeids- og fritidstilbud er antall årsverk noe lavere og spredningen er noe mindre fra 1,2 til 3,1. Den tredje tallkolonnen registrerer primært indirekte tiltak som er tilrettelegging. Vi ser her at seks fylker, Finnmark, Nord- og Sør-Trøndelag, Rogaland, Oppland og Hedmark har over 2 årsverk i indirekte tiltak.

Tabell 2.6 *Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere over 18 år som utfører tiltak for voksne, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2004.*

	Bolig rettede tiltak	Aktivitets-rettede tiltak	Indirekte tiltak	Sum
Oslo	3,5	1,2	1,3	6,0
Akershus	2,8	1,7	2,1	6,6
Sør-Trøndelag	3,5	1,5	1,9	6,8
Hordaland	4,8	1,6	1,2	7,5
Buskerud	3,9	1,9	1,8	7,6
Østfold	4,2	1,6	2,2	8,0
Vest-Agder	4,3	2,1	1,9	8,3
Vestfold	4,6	2,2	1,7	8,5
Nord-Trøndelag	4,1	0,8	3,6	8,5
Aust-Agder	5,0	2,2	1,4	8,7
Møre og Romsdal	5,5	2,4	1,4	9,2
Oppland	4,3	2,4	2,6	9,3
Rogaland	5,6	1,8	1,9	9,3
Finnmark	4,4	0,9	3,9	9,3
Telemark	5,0	2,5	2,0	9,4
Hedmark	4,8	2,1	2,6	9,5
Sogn og Fjordane	4,9	3,3	2,2	10,4
Nordland	6,4	1,7	2,5	10,6
Troms	10,3	3,8	2,6	16,6
Hele landet				

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 15.

For 2004 er det Sogn og Fjordane, Nordland og Troms som har flest årsverk i kommunale tiltak for voksne, mens Finnmark fortsatt er blant de seks fylkene som har flest årsverk i tiltak for voksne. Oslo, Akershus og Sør-Trøndelag ligger fortsatt lavest. Antallet årsverk i tiltak for voksne har økt jevnt i alle fylkene. Forskjellene i antall årsverk i kommunale tiltak er fortsatt store og ytterpunktene er Oslo som skårer lavest med 6, mens Troms har nesten tre ganger så mange årsverk i kommunale tiltak med sine 16,6. Antall årsverk i indirekte tiltak i kommunene har også vokst, og i over halvparten av fylkene brukes det over 2 årsverk til dette.

Det neste vi skal se nærmere på er forskjeller i hvilke tiltak kommunene tilbyr barn og unge og hvor mange som er ansatt til å utføre dette arbeidet i regi av Opptrappingsplanen. Tabellen omfatter årsverk som arbeider med to ulike grupperinger av tiltak knyttet til

psykisk helsearbeid for barn og unge. Her viser første kolonne årsverk i tiltak i regi av institusjoner som helsestasjon og skolehelsetjeneste. Mens den andre kolonnen viser årsverk i forebyggende arbeid, kultur og fritidstilbud, samt antallet årsverk støttekontakter. Begge kategoriene er målt i antall årsverk per 10 000 innbyggere under 18 år.[6]

Tabell 2.7 *Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere under 18 år som utfører tiltak for barn og unge i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2003.*

	Arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste	Annet forebyggende og kulturelt arbeid	Sum
Rogaland	2,7	1,3	4,1
Oslo	2,9	1,6	4,4
Akershus	3,1	1,4	4,6
Troms	3,3	1,4	4,7
Finnmark	2,8	2,3	5,1
Vestfold	2,0	3,4	5,4
Hordaland	3,6	2,0	5,6
Buskerud	3,4	2,2	5,7
Sogn og Fjordane	2,5	3,3	5,8
Østfold	3,6	2,3	5,9
Aust-Agder	3,3	2,6	6,0
Vest-Agder	5,2	1,2	6,4
Sør-Trøndelag	3,4	3,1	6,5
Hedmark	3,6	3,0	6,5
Nordland	3,7	3,1	6,8
Møre og Romsdal	3,8	3,1	6,9
Oppland	3,7	4,9	8,5
Nord-Trøndelag	4,4	5,0	9,4
Telemark	3,9	6,2	10,1
Hele landet	3,4	2,5	5,9

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 15.

Det er kommunene i Telemark som har flest årsverk totalt i tiltak for barn og unge, mens Rogaland ligger lavest. Forskjellen mellom

[6] Det første kolonnen er knyttet til punkt 15 i rapporteringsskjemaet, mens det andre omhandler annet forebyggende arbeid inkludert støttekontakter. Til forskjell fra tiltak for voksne er det ingen egen registrering for indirekte arbeid (jfr. punkt 14 ovenfor).

fylkesregionene er fra 2 til nesten 4 årsverk som arbeider med psykisk helse i helsestasjon og skolehelsetjeneste, og fra 1,2 til 6,2 årsverk i annet forebyggende arbeid. Oslo og Akershus ligger altså ikke bare lavt når det gjelder årsverk i tiltak for voksne, de gjør det også angående årsverk i tiltak for barn.

Når det gjelder årsverk i tiltak for barn og unge er forskjellene relativt små mellom helsestasjons- og forebyggende tiltak i fylkene. Fylkene Vestfold, Sogn og Fjordane, Oppland, Nord-Trøndelag og Telemark har flest årsverk som arbeider med annet forebyggende arbeid for barn og unge, mens de resterende 14 fylkene har flest årsverk i helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Tabell 2.8 *Kommunale årsverk per 10 000 innbyggere under 18 år som utfører tiltak for barn og unge, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke, 2004.*

	Arbeid i Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Annet forebyggende og kulturelt arbeid	Sum
Rogaland	3,3	1,5	4,7
Akershus	3,9	1,4	5,3
Nord-Trøndelag	4,7	0,7*	5,4
Finnmark	4,0	1,9	5,9
Østfold	3,9	2,4	6,3
Vestfold	3,1	3,6	6,7
Hordaland	3,7	3,1	6,8
Vest-Agder	5,6	1,5	7,1
Buskerud	3,8	3,4	7,2
Oslo	3,7	3,8	7,5
Aust-Agder	3,1	4,6	7,7
Sør-Trøndelag	3,9	3,8	7,7
Sogn og Fjordane	4,1	3,8	7,9
Møre og Romsdal	4,9	3,5	8,4
Nordland	5,2	3,3	8,5
Troms	5,9	3,5	9,3
Hedmark	4,8	5,1	9,9
Oppland	5,3	5,4	10,7
Telemark	5,2	6,5	11,7
Hele landet	4,2	3,1	7,24

* Vi er usikre på om dette tallet kan være feilrapportert- eller registrert.
Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 15.

Resultatene for 2004 viser at kommunene i Hedmark, Oppland og Telemark fortsatt ligger høyt i andel årsverk i arbeid med tiltak for barn og unge, mens kommunene i Rogaland og Akershus fortsatt ligger lavt. Oslo ligger her over landsgjennomsnittet med 7,5 årsverk per 10 000 under 18 år. Forskjellen mellom andelen årsverk i kommunale tiltak for barn og unge er fra 4,7 til 11,7 og det betyr at forskjellene i 2004 er noe større enn forskjellene var i 2003.

Sammenligner vi de brukerrettede tiltakene for voksne med tiltakene for barn og unge ser vi følgende: I fjorten fylker er det flest årsverk i arbeid med brukerrettede tiltak for voksne, mens det i fem fylker er flest årsverk i arbeid i tiltak for barn og unge. Dette sier ikke noe om brukte midler fordelt på aldersgrupper. Vi antar at tiltakene for voksne er dyrere enn tiltak for barn og unge da tiltak for voksne omfatter boliger, dagsentra eller andre kostnadskrevende institusjoner.

I neste tabell ser vi på fordelingen av statlige midler til de ulike brukergruppene. Landsgjennomsnittet er 80 % av midlene til voksne og 20 % til barn. Dette er den fordelingen som sentrale myndigheter anbefaler kommunene.

Tabell 2.9 *Andel statlige midler til barn og unge, i regi av Opptrappingsplanen, sortert etter fylke. 2003 og 2004*

	2003	2004
Troms	0,13	0,14
Finnmark	0,13	0,15
Rogaland	0,16	0,16
Oslo	0,17	0,16
Sogn og Fjordane	0,15	0,17
Buskerud	0,19	0,17
Østfold	0,15	0,18
Nordland	0,19	0,18
Hordaland	0,15	0,19
Akershus	0,18	0,20
Vestfold	0,17	0,20
Møre og Romsdal	0,18	0,20
Hedmark	0,16	0,20
Sør-Trøndelag	0,18	0,21
Vest-Agder	0,20	0,21
Aust-Agder	0,21	0,21
Oppland	0,21	0,22
Telemark	0,22	0,26
Nord-Trøndelag	0,23	0,26
Hele landet	0,18	0,20

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten.

I denne oversikten ser vi at en gruppe på fem fulgte målsettingen med å kanalisere minimum 20 % av midlene fra opptrappingsplanen til tiltak for barn og unge. Dette er basert på 2003-tall. Fylkene Nord Trøndelag, Aust- og Vest-Agder samt Oppland bruker mer enn 20 % av midlene på barn og unge. Fylkene som bruker 15 % eller mindre på barn og unge, er Finnmark, Hordaland, Sogn og Fjordane, Troms og Østfold.

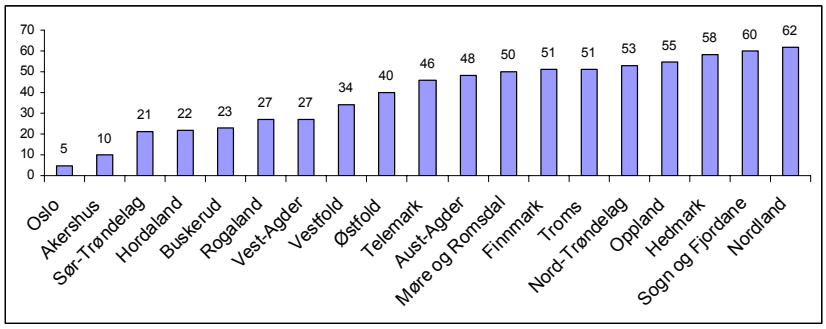
I 2004 har ytterligere fem fylker nådd måltallet om minimum 20 % av midlene til tiltak for barn og unge, det er Akershus, Hedmark, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal samt Vestfold. Buskerud, Nordland, Oslo har imidlertid redusert andelen midler til barn og unge.

2.3 Presentasjon av profilene

Kapittelet har presentert data om hvilke og hvor mange kompetansetiltak kommunene har rapportert til fylkene at de har gjennomført årene 2003 og 2004. Kompetansen er analysert ved å stille tre spørsmål angående rekruttert fagpersonell, opplæringstiltak og brukerrettede tiltak. Analysen viser hvordan personelltilgangen har endret seg i løpet av årene 1999-2004, hvor mange årsverk som arbeider i psykisk helsearbeid på fylkesnivå i 2003 og 2004, hvilke brukerrettede tiltak som iverksettes overfor ulike aldersgrupper, og andelen fagutdannet personell som har gjennomført videreopplæringstiltak i psykisk helsearbeid for 2003 og 2004. Dataene for 2003 og 2004 er alle aggregert på fylkesnivå.

Med utgangspunkt i tabellene 2.2 -2.8 (med unntak av 2.4) har vi konstruert en indeks over kompetanseprofiler for kommunene i de ulike fylkene. Indeksen er bygget opp av variablene: totalt antall årsverk, antall tiltak for voksne, antall tiltak for barn og andel årsverk med videreutdanning i regi av Opptrappingsplanen. Vi har gitt hvert av fylkene en verdi avhengig av hvor de plasseres på en skala fra 1 til 19. Det betyr at hvert fylke får en skåre mellom 1 og 19 på hver av de fire variablene. Summen av denne skåren danner antall poeng. Dette er altså en profil som viser den samlede aktiviteten til kommunene i ett fylke.

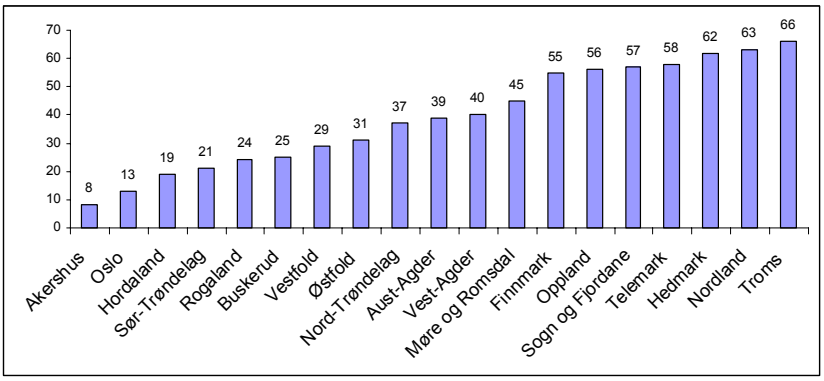
Figur 2.1 *Kompetanseprofil for alle kommunene for 2003, fordelt på fylkesregion. Indeks.*



Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 15.

Dette viser at de kommunale tjenestene i Oslo og Akershus har færrest andel ansatte som er fagutdannet, lavest andel ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og de to fylkene iverksetter også færrest tiltak for både barn og voksne. Det sier ikke noe om den totale tjenesten for mennesker med psykiske lidelser, men kun hva som utøves i regi av denne planen. Kommunene i hele åtte fylker skårer mellom 50 og 62 på denne indeksen.

Figur 2.2 *Kompetanseprofil for alle kommunene for 2004, fordelt på fylkesregion. Indeks.*



Kilde: Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, tabell 15.

Året etter skårer Akershus og Oslo fortsatt lavt, mens Sør Trøndelag har bedret sin plassering i forhold til aktiviteter i regi av Opptrappingsplanen. Kommunene i syv fylker skårer mellom 55 og 65, med Hedmark, Nordland og Troms på topp.

Det er mulig å komme med noen foreløpige forklaringer på de to profilene. For det første antar vi at skårene til en viss grad er et produkt av hvor stort statlig tilskudd kommunene har mottatt. For 2003 fikk Oslo, Akershus, Rogaland og Østfold minst tilskudd, mens Finnmark, Nord-Trøndelag, Nordland og Sogn og Fjordane hadde høyest tilskudd av statlige midler i regi av Opptrappingsplanen. For det andre kan rangeringen mellom fylkene være et produkt av store avstander og behov for flere årsverk for å yte samme tilbud til mennesker i fylker som har en mindre utbygget infrastruktur. Det er også mulig å anta at tallene avspeiler en utjevning av tidligere misforhold, der de sentrale strøk har hatt mer kvalifisert personell og et mer spesialisert tilbud. Alt i alt er det viktig å ta med i betraktning at kompetanseprofilene ikke viser total aktivitet i en kommune, men kun hva de har utført i regi av Opptrappingsmidler.

Det ville vært interessant å studere de aktuelle dataene for hele perioden 1999 til 2008. Videre mener vi også at det ville vært interessant å gruppere kommunene etter størrelse, etter organisasjonsmodell, etter beliggenhet (sentralt vs. perifert), etter størrelse på statlig tilskudd, alternativt etter andre økonomivariable. Sist men ikke minst, kunne det vært interessant å samkjøre tallene som er presentert her med SINTEF/NIBR studien. Se for øvrig resten av kapitlet for en gjennomgang av denne studien.

2.4 Data fra SINTEF/NIBR studien

I 2002 gjennomførte SINTEF og NIBR en spørreundersøkelse til alle norske kommuner. Det ble her stilt en del spørsmål om hvilke tjenester kommunene tilbyr brukerne, samt hva de utfører av opplærings- og rekrutteringstiltak samt planlegging av kompetanseutvikling. Dette materialet er tidligere publisert i flere ulike sammenhenger (Kalseth 2003, Ådnanes og Sitter 2004, Myrvold 2004).

2.4.1 Opplæringstiltak etter tjenestested

Vi skal nå se på hvordan kommunene svarer at de har iverksatt opplæringstiltak etter tjenestested. Dette er informasjon som sier noe om bredden på tiltakene og ikke noe om mengde eller hvor mange ansatte som får et tilbud. Vi vet heller ikke hvilke faggrupper som mottar tiltaket og hvor mange.

Tabell 2.10 *Andel kommuner/bydeler som har iverksatt minst et tiltak for å styrke kompetansen i psykisk helsearbeid, etter tjenestested. Prosent (N= 279).*

Tjenestested	Kurs/ seminar	Etterut-danning	Videreut-danning	Voksenopplæring
Pleie og omsorg	68	44	37	11
Enhet for psykisk helsearbeid*	48	26	35	4
Sosialtjenesten	58	18	24	-
Helsestasjon og skolehelse	59	12	15	1
Barneverntjenesten	52	14	11	1
Barnehage/skole	35	8	4	-
Rehabiliteringstjenester	29	5	6	1
Legetjenesten	28	2	2	1
PPT	28	3	2	-
Kultur	20	1	-	1
Annet	5	4	3	1

* *Det er her ikke skilt mellom egen enhet, egen tjeneste og mellom slike enheter/tjenester for voksne og barn og unge.* ** *Inkludert fysioterapi og ergoterapitjenester*
Kilde: SINTEF/NIBRs spørreundersøkelse i forbindelse med Opptrappingsplan for psykisk helse, 2002

Denne tabellen viser at kommunene har iverksatt flest opplæringstiltak innenfor omsorgstjenestene. Dette gjelder for alle typer opplæring, kurs/seminar, etterutdanning, videreutdanning og voksenopplæring. 68 % av kommunene gjennomfører kurs, mens det kun er 11 % som har iverksatt voksenopplæringstiltak. Det er primært i pleie- og omsorgstjenesten at voksenopplæring er et viktig kompetansetiltak og det benyttes av 11 % av kommunene, mens 4 % av kommunene har iverksatt voksenopplæring i egen enhet for psykisk helsearbeid. Når det gjelder videreutdanning er det litt flere kommuner 37 % (dvs. litt under 100 kommuner) som oppgir at de har iverksatt minst et tiltak i en egen enhet for psykisk helsearbeid. Omlag halvparten av alle kommuner oppgir at de har kurs i en egen enhet for psykisk helsearbeid.

For helsestasjon, skolehelse og sosialtjenesten har mellom 58 % og 59 % av kommunene arrangert minst ett kurs eller seminar, mens det tilsvarende tallet er 52 % for barneverntjenesten. Her er det videre

mellom 11 og 14 % av kommune som har iverksatt ett videre- eller etterutdanningstiltak.

Ser vi på tjenester for barn og unge skiller barnevernet seg ut både med hensyn til kurs, etter- og videreutdanning, mens for tjenesteområder som barnehage og skole har mellom 4-8 % av kommunene iverksatt videre- eller etterutdanning. Rehabiliteringstjenesten, sammen med legetjenesten og PPT, utgjør neste gruppe. Her er det rundt 28 - 29 % av kommunene som har iverksatt minst ett kurs og mellom 2-6 % har iverksatt minst ett etter- eller videreutdanningstiltak.

Dette kan tolkes dit hen at det med unntak av egen enhet for psykisk helsearbeid i kommunen, rettes flest kurs og opplæringstiltak mot tjenesteområdene innenfor helse og omsorg. Det å ha egen enhet eller tjeneste i psykisk helsearbeid kan derfor se ut som en fordel dersom en ønsker opplæring av andre enn de pleiefaglige yrkesgruppene.

2.4.2 Rekruttering etter tjenestested

Den neste tabellen sier også noe om bredden på kommunens kompetanseutvikling. Vi har ikke korrigert for at enkelte kommuner kan ha rekrutteringsproblemer eller av andre grunner ha stor utskiftning av personale. Det sentrale i denne tabellen er å få et grep om hvilke faggrupper som forsøkes rekruttert og til hvilke tjenesteområder. Det er fortsatt bare registrert om kommunene foretar minst ett rekrutteringstiltak innenfor hvert av tjenesteområdene og det gir oss kun mål på bredde og ikke mengde.

Tabell 2.11 *Andel kommuner/bydeler, som har iverksatt minst ett tiltak for å rekruttere personell til psykisk helsearbeid, etter tjenestested, i perioden 1999 til 2001. Prosent (N=279).*

	Psyk. Sykepl.	Videre gående skole perso-nell	Høys-kole Perso-nell uten videre utdan-ning	Høy-skole Perso-nell med PHA videre utdan-ning	Annet Perso-nell	Lege	Psykol.
Enhet for psykisk helsearbeid*	39	28	20	15	8	4	3
Pleie- og omsorgstjeneste	37	28	16	16	3	1	
Helsestasjon og skolehelse	17	1	24	7	2	3	8
Sosialtjeneste	10	4	8	9	1	-	1
Barnevernstjeneste	5	1	5	6	-	1	4
Barnehage og skole	3	1	5	-	1	1	2
Rehabiliteringstjeneste	5	3	3	1	1	-	-
Legetjeneste	5	-	-	-	-	3	1
PPT	1	-	1	-		-	3
Annet	3	2	5	4	4	-	1
Kultur	1	3	1	-	1	-	1

* Det her er ikke skilt mellom egen enhet, egen tjeneste og mellom slike enheter/tjenester for voksne og barn og unge

** Inkludert fysioterapi og ergoterapitjenester

Kilde: SINTEF/NIBRs spørreundersøkelse i forbindelse med Opptrappingsplan for psykisk helse 2002

Denne tabellen viser at 39 % av kommunene har iverksatt minst ett tiltak for å rekruttere psykiatriske sykepleiere til enhet for psykisk helsearbeid og nesten like mange til pleie- og omsorgstjenesten. Det er også disse to tjenestestedene som har rekruttert bredest med hensyn til personellgrupper.

Deretter følger helsestasjon og skolehelsetjeneste samt sosialtjenesten, som har nesten samme mønster; det er rekruttert flest psykiatrisk

sykepleiere, mellom 10-17 %. En forskjell her er at det i helsestasjon og skolehelsetjenesten er rekruttert flere med høgskoleutdanning, 24 %, og at 8 % har rekruttert psykolog.

Når det gjelder barnevernstjenesten, samt barnehage og skole, har mellom 3-5 % av kommunene iverksatt minst ett rekrutteringstiltak i forhold til psykiatriske sykepleiere, men 5-6 % har rekruttert annet høgskolepersonell.

Lege og rehabiliteringstjenestene utgjør en fjerde gruppe, med rundt 5 % som har rekruttert psykiatrisk sykepleier, men bare mellom 1-3 % har rekruttert annet høgskoleutdannet personell. I pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) har også om lag 3 % rekruttert minst en psykolog.

Dersom vi sammenligner mønsteret i denne tabellen med opplæringstiltak i forhold til tjenestested i forrige tabell, ser vi at det er omlag samme mønster. Det er de samme tjenestestedene som prioriteres med opplæringstiltak, alt fra kurs til videreutdanning som også tilgodesees av flest kommuner og bydeler med rekruttering av personell.

Sett i forhold til psykisk helsearbeid kan en rangere tjenestestedene i fem grupper. Det er flest kommuner som rapporterer rekrutteringstiltak i tilknytning til enhet for psykisk helsearbeid, samt pleie og omsorgstjenester, og det er færrest innenfor kultur og andre tjenesteområder.

Tabell 2.12 *Kommuner/bydeler som oppgir at de har hatt problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid, etter faggruppe. Absolutte tall og prosent (N= 279).*

Fagpersonell	Har hatt rekrutterings-problemer	Prosent
Psykiatrisk sykepleier	79	28
Høyskoleutdannet med videreutdanning	37	13
Personell uten høyskoleutdanning	12	10
Høyskoleutdanning uten videreutdanning	27	10
Lege	18	7
Psykolog	17	6
Annet personell	28	4

Kilde: SINTEF/NIBRs spørreundersøkelse i forbindelse med Opptrappingsplan for psykisk helse 2002

Dette viser at 28 % av kommunene har hatt problemer med å skaffe psykiatrisk sykepleier, mens 13 % har strevd med å få tak i annet høgskoleutdannet personell. Bare mellom 6-7 % av kommunene oppgir at de har hatt vansker med å skaffe psykolog eller lege.

2.4.3 Kompetanseplaner

De fleste kommunene har arbeidet med kompetanseplaner i forbindelse med *Kompetansereformen*, *Handlingsplan for helse og omsorgspersonell* (1998-2001) og *Rekrutteringsplan for helse- og omsorgspersonell* (2003-2006). Det derfor viktig å se den kompetanseutviklingen som har foregått i regi av Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid i sammenheng med de andre reformene innenfor kommunale tjenesteområder. Fra og med 1999 skal det ligge kommunale opplæringsplaner til grunn for fylkesmannens tildeling eller formidling av midler til kompetanseutvikling og rekruttering, og fra 2000 er slike planer et vilkår for å motta statstilskudd.

I rapporten ”Rett person på rett plass” vises det til at hele 84 % av kommunene hadde en opplæringsplan i 2001 mot 40 % i 1998 (Tabell 28: 48). I SINTEF/NIBRs studie er det bare 70 % av kommunene som opplyser at de har en kompetanseplan for psykisk helsearbeid, egen eller integrert med andre planer (Kalseth 2003, Ådnanes og Sitter 2004). I denne undersøkelsen skilles det ikke klart mellom kompetanseplan og plan for psykisk helsearbeid og det kan derfor være noen unøyaktigheter i svarene. I neste tabell sammenstiller vi spørsmålet om planer for kompetanseheving i psykisk helsearbeid med annet planarbeid.

Tabell 2.13 *Andel kommuner som har kompetanseplan i psykisk helsearbeid sett i forhold til annet planarbeid for psykisk helsearbeid. Prosent (N =274)*

Planer	Felles plan i PHA	Egen plan for voksne	Egen plan for barn og unge	Andre separate planer	Integrerte planer	N
Har egen eller integrert kompetanseplan i psykisk helsearbeid	70	68	68	63	56	191
Har ikke kompetanseplan i psykisk helsearbeid	30	32	32	36	44	83
	100	100	100	100	100	
	227	38	40	11	16	274

Kilde: SINTEF/NIBRs spørreundersøkelse i forbindelse med Opptrappingsplan for psykisk helse, 2002

Dette viser at det er de kommunene som har en felles overordnet plan for det psykiske helsearbeidet som i størst grad har kompetanseplaner, andelen synker noe for dem som har egne planer for voksne og barn/unge, mens andelen er lavest for dem som har integrert psykisk helsearbeid i andre planer.

Vi vil nå se på planlegging generelt i forhold til opplærings- og rekrutteringstiltak. Til dette formålet har vi konstruert en indeks for de kommunene som har mellom 1-5 iverksatte tiltak, 6-10 tiltak og mer enn 11 tiltak. Dette gir oss følgende tabell

Tabell 2.14 *Andel kommuner/bydeler som har iversatt minst ett opplæringstiltak og ett rekrutteringstiltak per tjeneste (indeks) etter type planarbeid (N = 279).*

	Felles plan for voksne og barn	Egen plan for voksne	Egen plan for barn	Andre separate planer	Integrerte planer
Opplæring					
1-5 tiltak	35	44	36	27	38
6-10 tiltak	38	28	33	36	38
11-18 tiltak	25	18	24	27	25
Ingen	2	10	7	9	0
	100	100	100	100	100
Sum	228	39	42	11	16
Rekruttering					
1-5 tiltak	67	59	55	73	56
6-10 tiltak	20	23	26	27	25
11-18 tiltak	4	8	10	0	13
Ingen tiltak	10	10	10	0	6
	100	100	100	100	100
Sum	228	39	42	11	16
N=					

Kilde: SINTEF/NIBRs spørreundersøkelse i forbindelse med Opptrappingsplan for psykisk helse, 2002.

Den første delen av tabellen viser at det ikke er stor forskjell mellom kommuner som har valgt ulike typer planer og dere samlede bruk av opplæringstiltak. Mellom 27 og 44 % har 1-5 opplæringstiltak, mens mellom 18 og 27 % av kommunene har mer enn 10 tiltak.

Ser vi på rekruttering er det få eller ingen systematiske forskjeller her, mellom 55 % og 73 % av kommunen har 1-5 rekrutteringstiltak, mens mellom 20 og 27 % har mellom 6-10 tiltak.

2.4.4 Oppsummering

SINTEF/NIBR undersøkelsen spør kun om kommunene har iverksatt ett eller flere tiltak for å heve sin kompetanse i løpet av de første tre årene av planperioden. Den gir et mål på bredde i både opplærings- og rekrutteringstiltak. Det er først og fremst de tradisjonelle tjenestestedene som ivaretas best gjennom opplæringsvirksomhet og styrkes gjennom nye ansettelser. Det å ha egen enhet innen psykisk helsearbeid bryter dette mønsteret, og over 80 % av kommunene har en eller annen form for enhet eller tjeneste i forhold til barn, ungdom eller voksne. Når det gjelder rekruttering er det psykiatriske

sykepleiere og andre høyskoleutdannede fagpersoner med videreutdanning som etterspørres oftest og som det er vanskeligst å få tak i.

Når det gjelder planlegging innenfor psykisk helsearbeid antar vi at de fleste kommunene inkluderer informasjon om kurs og opplæringsvirksomhet så vel som planer om nye årsverk i sine ordinære planer. Det er ikke noe som tyder på at det er noen systematiske sammenhenger mellom type planer og bredde i opplærings- eller rekrutteringstiltakene.

3 Rekruttering i casekommunene

3.1 Innledning

Den faglige kompetansen en kommune har på et felt og hvilken kompetanse den eventuelt ønsker å ha, er avhengig av flere faktorer. For det første er den avhengig av hvilket tilgjengelig personale det er mulig å rekruttere fra. Det er satt i gang en styrking av kapasiteten på aktuelle utdanninger, blant annet med det formålet å unngå at kommunene konkurrerer med hverandre om tilgjengelig utdannet personale (IK – 2740). For det andre kan kommunenes organisatoriske løsninger for det psykiske helsearbeidet ha betydning. Som det ble diskutert i Myrvold og Helgesen (2005) dreier dette seg både om kommunenes overordnede administrative organisering og overgangen til flat struktur, om spørsmålene om kommunene velger å ha egne ledere for psykisk helsearbeid og andre enheter og tjenester, mulighetene for koordinering og samordning. Spørsmålet om kommunene har organisert sitt psykiske helsearbeid i egen enhet, egen tjeneste i større enhet, i stab hos rådmann eller helse- eventuelt sosialsjef, eller om tjenesten er integrert i en eller flere andre tjenester spilte mindre rolle for de praktiske løsningene kommunene valgte for sitt psykiske helsearbeid.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på det kvalitative materialet og det bildet dette gir av arbeidet med rekruttering i kommunene. Hovedtendensen i det kvantitative materialet, som ble presentert i kapittel to, ser ut til å være at psykisk helsearbeid har en pleiefaglig profil i den forstand at det er psykiatriske sykepleiere som i første rekke rekrutteres. Antallet helsefaglige årsverk i kommunene er forholdsvis høyt sammenlignet med antallet samlede årsverk per 1000

innbygger i kommunene. Antallet årsverk i psykisk helsearbeid er også høyt, det samme er antallet psykiatriske sykepleiere. Det kvalitative materiale bygger på disse funnene og viser at det også rekrutteres annet pleiefaglig personale som hjelpepleiere og vernepleiere. De kvantitative analysene sier forholdsvis lite om det, men tendensen i det kvalitative materialet er at det rekrutteres få med ikke-pleiefaglige høgskoleutdanninger. Det dreier seg om sosionomer, barnevernspedagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Årsakene til dette kan dels være at utbudet av psykiatriske sykepleiere er langt større enn utbudet av sosionomer og andre yrkesgrupper med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Her stiller vi spørsmålet om et slikt rekrutteringsmønster også kan være et resultat av at kommunene rekrutterer i forhold til hvilke forventinger de har til yrkesgruppene, det vil si hvordan kommunene kobler de oppgaver de ønsker gjennomført og sektor yrkesgruppene eventuelt skal arbeide innenfor. Vi ser konturene av en forholdsvis tradisjonell arbeidsdeling mellom rekruttert personale. Psykiatriske sykepleiere rekrutteres til å gjennomføre det direkte arbeidet med brukere, det vil i stor grad si samtaler og andre hjemmebaserte oppgaver,[7] sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter rekrutteres til å drive nettverksarbeid og dagsentra, mens vernepleiere og pleiepersonale med lavere pleiefaglig utdanning i stor grad rekrutteres til boligene.

Andre tendenser kapittelet vil vise til er at kommuner som har hatt en forholdsvis stabil organisasjon for sitt psykiske helsearbeid er kommet langt i utbyggingen og har brukt mulighetene opptrappingsplanen gir til å styrke tilgrensende tjenesteområder innenfor kultur, barn og unge, samt helsesøstertjenesten. Det kan også se ut til at kommuner som har hatt rekrutteringsproblemer, har tatt i bruk videreutdanning som tiltak for allerede ansatte sykepleiere i hjemmetjenesten, eventuelt for andre yrkesgrupper som sosionomer, vernepleiere eller annet treårig høgskoleutdannet personell. Videreutdanning behandles i neste kapittel. Det foregår også noe innovasjon i rekrutteringsarbeidet, som for eksempel at kommunene deler på å etablere og finansiere stillinger for kvalifisert personell som så har flere kommuner som arbeidsfelt. Dette finner vi hovedsakelig i tilfeller der kommunene enten ikke kan

[7] Hummelvoll og Granerud (1996) definerer arbeid med grupper som en del av det direkte arbeidet med brukere. Vi finner at psykiatriske sykepleiere arbeider med grupper, men dette ser ut til å skje kun i meget liten grad. Psykiatriske sykepleiere som er intervjuet arbeider enten med samtaler og hjemmebasert arbeid hos enkeltbrukere, eller de er ledere av enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid.

utnytte kapasiteten i en 100 prosent stilling, eller der kommunene ikke anser at de har økonomiske muligheter til å ansette personale i full stilling. Dette behandles ikke videre her.

3.2 Forventninger til rekruttert personell

I sine kompetanseplaner framskriver kommunene sitt behov for aktuell kompetanse i forhold til hvilke behov det oppfattes å være i kommunen, og hvilke oppgaver det skal arbeides med. Planene vil dermed også spesifisere hvilken type personell kommunene har behov for. Forrige kapittels tabell 2.13 viste at 70 % av de kommunene som i 2003 hadde egen plan for psykisk helsearbeid også hadde plan over rekruttering av kompetanse innenfor dette arbeidsområdet. Av de kommunene som hadde integrert planarbeidet for psykisk helse i andre planer var det kun 56 % som hadde plan over hvilken kompetanse de mente å ha behov for innenfor psykisk helsearbeid. Det kan tenkes at kommuner som ikke utarbeider egen plan rekrutterer i tråd med sektorspesifikke forventinger til hvilke oppgaver som skal gjennomføres innenfor det psykiske helsearbeidet og at det dermed i stor grad vil dreie seg om å rekruttere pleiefaglig.

I de fleste casekommunene ser det ut til at det psykiske helsearbeidet organiseres med en arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper. Psykiatriske sykepleiere styrer det direkte pasientarbeidet og arbeidsoppgavene er samtaler med enkeltbrukere eller med brukere i grupper, rådgivning og veiledning, samt tilrettelegging og hjelp for å leve et selvstendig liv, en oppgave som omfatter å gi tjenester i hjemmet. Arbeid med aktivisering og nettverk for brukere kan overlates til andre yrkesgrupper (Helgesen 2004). Denne måten å organisere det psykiske helsearbeidet på kan tilbakeføres til den faglige differensieringen som knyttes til en utvikling der profesjonalisering i stor grad falt sammen med en etatslogikk innenfor hver enkelt sektor av offentlig politikk. Utviklingen på 1950- og 60-tallet var at …. "særlover og institusjonell differensiering gikk sammen med profesjonsstrategier i formingen av særfaglighet" (Erichsen 2002:111).

Særfagligheten eller den profesjonelle differensieringen har lagt føringer for hvilke forventinger det er til ulike yrkesgrupper i den kommunale tjenesteproduksjonen. Forventingene knytter sammen faglig kunnskap og kompetanse med arbeidsoppgavene som skal gjennomføres, og det ser ut til at særfaglige forventinger fortsatt gjenspeiles i mange kommuners organisering av sin

tjenesteproduksjon, samt i det psykiske helsearbeidet. Selv om behovet for samordning lenge har vært kjent, er operative arbeidsoppgaver fortsatt knyttet direkte til de ulike yrkesgruppene på kommunalt nivå. Nedenfor skal vi gå noe nærmere inn på de utdanningsgruppene det er gjort intervjuer med i denne casestudien.

Psykiatrisk sykepleie bygger på en treårig sykepleieutdanning og er en forholdsvis gammel spesialisering som ble etablert på 1950-tallet for å utdanne kompetent personale til de store psykiatriske institusjonene. Psykiatrisk sykepleie har etter hvert utviklet seg til å bli en av mange spesialiseringer for sykepleiere, det er altså en pleiefaglig spesialisering innenfor det medisinske kunnskapsparadigmet. Det var motstand mot etableringen av en tverrfaglig videreutdanning i 1998, og ikke uventet har søkingen etter en profesjonell identitet for psykiatriske sykepleiere vært et tema for debatt og utredning innenfor faget (Narten 1998, Karlsen 2002).

Sosialt arbeid er en utdannelse som er knyttet spesifikt til løsningen av sosiale problemer på lokalt nivå. Utdanningen ble etablert som en profesjonsutdanning i egen høgskole, og også disse skolene hadde røtter i etatene og deres utdanningsbehov. Utdanningene ble utvidet og dels integrert i distriktshøgskolene, dels for en stund drevet videre som profesjonshøgskoler. På 1990-tallet ble det gjennomført fusjoner mellom profesjonsutdanningene og de nye høgskolene (Terum 1982, Erichsen 2002).

Vernepleie ble etablert som en utdannelse spesielt innrettet mot pleie av psykisk utviklingshemmede i institusjon. Ansvarsreformen, som overførte ansvaret for psykisk utviklingshemmede til kommunen, og endringer i utdanningssystemet har medført at det atferdsterapeutiske fokuset i denne utdanningen er skiftet ut med et noe bredere fokus på miljøarbeid, og gjerne det som kalles et målrettet miljøarbeid (Utvær 1994, Erichsen 2002).

Barnevernspedagog er en utdannelse som var knyttet tett til behovet for personell til å håndtere barnevernsproblematikk. Den har sin bakgrunn i sosialpedagogikken og er karakterisert som å være en utdanning i "oppdragelsens verdiproblematikk" (Erichsen 2002:121). Utdanningen har vært samlokalisert med sosialarbeiderutdanningene og hatt samme skjebne. Det vil si at den ble integrert i høgskolesystemet på 1990-tallet. Barnevernspedagogutdanningen har også vært den utdanningen som er spesielt rettet mot det som er kalt miljøterapi; hvordan miljøet (ved institusjoner) kunne tas i bruk for å sette i gang terapeutiske prosesser (ibid:110).

Likhetene mellom disse utdanningene er at de er etablert som svar på behovet for å ha spesialutdannet personell til å ta seg av konkrete oppgaver innenfor velferdsstaten. De har altså vært spesialiserte, selv om noen av dem til dels har hatt et felles faglig utgangspunkt. Det dreier seg om sosialarbeidere og barnevernspedagoger der det sosiale feltet var sentralt. Sykepleie skiller seg fra de andre utdanningene ved å ha en lengre historie, både som grunnutdanning og spesialisering, og ved å ha et medisinsk og pleiefaglig utgangspunkt. Også vernepleie har et pleiefaglig utgangspunkt, men denne utdanningen grenser også over i det sosiale ved sitt nyere fokus på miljøterapi. Inndelingen og tilskrivingen av arbeidsoppgaver til profesjon korresponderte også med den profesjonelle arbeidsdelingen og spesialiseringen.

Fram til etableringen av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i 1998, var det kun sosionomer og fysioterapeuter av de resterende treårige velferdsutdanningene, som kunne ta videreutdanninger relatert til psykiatri. Dette var altså ikke mulig for verken barnevernspedagoger eller vernepleiere. Nå er videreutdanningene rettet inn mot de viktigste treårige utdanningsgruppene innenfor velferdsfeltet og det tilbys flere typer videreutdanninger. Disse gås nærmere inn på i Ludvigsen og Helgesen 2004.[8] Det er sykepleie og sosialt arbeid som er de utdannelsene som er vertikalt integrert i den forstand at de er løftet opp på universitetsnivå og har etablert hovedfag knyttet til en vitenskap. Både barnevernspedagoger og vernepleiere har vært knyttet til sosialpedagogikk, som for så vidt har hatt tilknytning til spesialpedagogikk som ble forsøkt vitenskapeliggjort. Videre er det kun sykepleie som er vertikalt integrert i den forstand at det faglige grunnlaget de bygger på også utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenestens faglige grunnlag, nemlig medisin.

Kravene om samordning av tjenester og et enhetlig tjenesteapparat som brukerne enklere kan forholde seg til i psykisk helsearbeid, har medført horisontal integrering av kompetanse på flere nivåer. For det første i utdanningssystemet, som altså tilbyr en tverrfaglig

[8] Utviklingen i utdanningenes innhold har gått mot at de blir mer generelle. Det gis ikke i særlig grad kompetanse for å arbeide med brukere i spesielle livsfaser eller som har spesielle diagnoser, selv om det er en økning i tilbudene som gis ved R-BUP angående barn- og unge og familier. Ved høgskolenes videreutdanninger er det tilbud om kompetansegivende kurs angående rus og familier som, ved siden av de generelle tilbudene, har øket mest fra 2000 til 2003.

videreutdanning for de treårige velferdsprofesjonene. [9] For det andre er det satt i gang en prosess av horisontal integrering mellom kommunale enheter, en integrering som blant annet resulterer i at den tradisjonelle tilordningen av kommunale velferdsoppgaver til yrkesgrupper begynner å bli overskredet. Samtidig vektlegges den vertikale integreringen mellom kommunenes psykiske helsearbeid og spesialisthelsetjenestene, og kommunikasjonen i denne vertikale relasjonen kan legge føringer for hvilket personale kommunene velger å rekruttere.

De treårige velferdsutdanningene er generelle, men likevel er det mulig for sykepleiere å beholde psykiatrisk sykepleie som en sykepleiefaglig spesialisering. Denne utviklingen tyder ikke på at psykiatriske sykepleiere utvider sitt perspektiv på hva som er innholdet i psykiatrisk sykepleie. På den annen side går det et skille mellom hva psykiatrisk sykepleie er i institusjon og hva det er i det kommunale psykiske helsearbeidet. Rent faglig innebærer dette at psykiatrisk sykepleie oppfattes som å være medisinsk orientert i sykehuset, mens det kommunale psykiske helsearbeidet også drives ut fra andre faglige strategier enn de rent medisinske. (Narten 1998, Skærbæk 2003, Karlsen 2003, Hummelvold og Granerud 1996). Kommunalt psykisk helsearbeid dreier seg om trening og opplæring for å etablere og vedlikeholde et dagligliv. Samtidig er kommunen en arbeidsorganisasjon uten de faste institusjonelle rammer og grenser som sykehuset har, psykiatriske sykepleiere må derfor i større grad selv tilrettelegge sitt eget arbeid og de må spille på flere av sine egne ressurser i den individuelle kontakten de har med brukere i det kommunale psykiske helsearbeidet (Hummelvold og Granerud 1996, Helgesen 2004).

Selv om sykepleiere i stor grad fortsatt har hegemoniet over det kommunale psykiske helsearbeidet kan denne utviklingen sette i gang interessante prosesser der de treårige yrkesgruppene blir mer eller mindre substituerbare, det vil si at de kan utføre hverandres oppgaver innenfor psykisk helsearbeid. Dette er i tråd med videreutdanningenes utvikling mot å gi generell kompetanse til å arbeide med mennesker med psykiske lidelser, og den kan medvirke til å bryte opp sammenhengen mellom profesjonelle arbeidsoppgaver og etat eller sektor. I hvilken grad slike prosesser er satt i gang fanges i liten grad

[9] Som det vil bli vist til i kapittel fem fungerer denne videreutdanningen trolig ikke samordnende i stor nok grad til at de ulike yrkesgruppene tilegner seg en felles terminologi om det arbeidet som skal gjennomføres i kommunene.

opp i det kvantitative materialet vi bygger på, og må derfor analyseres innenfor rammene av det kvalitative materialet.

Sosionomene har arbeidet opp mot gruppen psykisk syke også tidligere, og institusjonene har hatt sosionomer ansatt for å opprette og vedlikeholde pasienters kontakt med utenverden. Den nye vekten som legges på psykisk helsearbeid i kommunene gjør det mulig for sosionomene å ta i bruk sin kompetanse i sosialt arbeid direkte mot denne gruppen brukere, og av de nye gruppene er det flest sosionomer vi finner i operativt eller direkte arbeid med psykisk syke. Også vernepleierne, barnevernspedagogene og ergoterapeutene utvider sitt arbeidsfelt i kommunene ved å komme inn i psykisk helsearbeid, mens det er en nedgang i utdanningen av fysioterapeuter.

3.3 Tilgang til tilstrekkelig og rett kompetanse

At kommunene får tilgang til tilstrekkelig og rett kompetanse kan det legges til rette for på flere nivåer. For det første på statlig nivå med økning av utdanningskapasiteten innenfor velferdsyrkene. Måltallene som settes opp for dekning av ulike grupper av kunnskap og kompetanse viser at det er ønskelig å ansette 940 psykologer og 4360 høgskoleutdannet personell, samt at anslaget over ikke-høgskoleutdannet personell som skal ansettes er om lag 3600 (St.prp.nr. 63 1997-98). I er det i hovedsak de treårige utdanningsgruppene som skal behandles, men også ikke-høgskoleutdannet personell er interessant, fordi 2600 av dem forutsettes rekruttert til det kommunale psykiske helsearbeidet.

For å nå måltallet om høgskoleutdannet personell må kapasiteten i utdanningene øke, og Ådnanes og Sitter (2004) viser til at det foregår kapasitetsøkning i flere typer grunn- og videreutdanninger ved høgskoler. Antallet ferdig utdannede kandidater har økt ved sykepleie-, vernepleie- og sosionomutdanningene med henholdsvis 629, 115 og 228 kandidater, mens antallet fysioterapeuter, ergoterapeuter og barnevernspedagoger har holdt seg forholdsvis stabilt den samme perioden. Også antallet videreutdannede har økt, og i 2002 var det 2038 kandidater som fullførte videreutdanning i helse- og sosialfag i høgskolesystemet. Det er etablert nye videreutdanningstiltak samt at eksisterende tiltak er aktualisert som følge av satsningen på psykisk helsearbeid. Utdanningene retter seg både mot kommune- og spesialisthelsetjenesten, og de er i liten grad innrettet mot å arbeide

med spesielle alders- eller diagnosegrupper. Utdanningene er altså generelle (Ludvigsen og Helgesen 2004).

Ådnanes og Sitter (2004) finner at utdanningskapasiteten i høgskolenes helse- og velferdsyrker har økt årene 2000 til 2002. Kapasiteten i vernepleien har økt mest, med hele 45 prosent. Dernest følger sykepleien med 22 prosent, sosionomer med 19, ergoterapeuter med 5 og barnevernspedagoger med 4 prosent. Kapasiteten i fysioterapiutdanningen har imidlertid sunket med 5 prosent de samme årene. For de fleste av disse utdanningene skjer økningen i tråd med Sosial- og helsedepartementets plantall for økningen i kommunenes og spesialisthelsetjenestenes behov for å rekruttere høgskoleutdannet personell (Handlingsplan for helse- og sosialpersonell). Fysioterapi er et unntak. Der utgjør plantallet en økning på 1,6 prosent, mens utdanningskapasiteten er redusert.

Utbudet av utdannet personell har altså økt, og mulighetene for kommunene til å rekruttere tilstrekkelig og rett kompetanse har med ett unntak blitt bedre. Kalseth (2003) viser at kommunene har styrket de fleste områdene av sitt psykiske helsearbeid ved å rekruttere nytt personale. De har først og fremst styrket oppgavene innenfor området pleie og omsorg, dernest er det eventuelle enheter for psykisk helsearbeid som er styrket ved rekruttering av nytt personale. Også sosialtjenesten, barnevern, barnehager og grunnskoler, samt helsestasjoner og skolehelsetjeneste er styrket uavhengig av kommunestørrelse. Alle kommunene, så nær som de minste har også styrket kulturtjenesten, samt at alle, så nær som de største, har styrket legetjenesten.

Nye KOSTRA-tall, etter 2002, viser at utviklingen er begynt å endres og at kommunene i 2003 rekrutterer færre psykiatriske sykepleiere enn de gjorde i 2002. Tallene viser også at antallet rekrutterte av andre treårige yrkesgrupper har økt noe. Det ser ut til at kommunene i liten grad har hatt problemer med å rekruttere ønsket personell så langt, selv om 30 prosent av kommunene oppgir at de har hatt problemer med å rekruttere psykiatriske sykepleiere. Ikke uventet er det de minste kommunene som har strevd mest.
For det andre kan det legges til rette for at kommunene får tilstrekkelig og rett kompetanse på kommunalt nivå. Blant annet kan kommunenes eget arbeid med kompetanseutvikling og kvalifiseringstiltak ses i en slik sammenheng.

3.3.1 Rekruttert personale i casekommuner

Myrvold og Helgesen 2005 presenterte observasjoner som tyder på at det er en sammenheng mellom kommunal organisering og innholdet i det psykiske helsearbeidet. I denne delen av kapittelet skal vi gå noe nærmere inn på spørsmålet om organisering av psykisk helsearbeid har betydning for rekruttering av personale i kommunene. Det er de fire modellene, enhetsmodell (42), tjenestemodell (173), stabsmodell (11) og integrert modell (24) som fortsatt brukes. Det er 254 kommuner som har svart på spørreskjemaet, dette øker til 279 enheter hvis bydeler skilles ut. Hovedtendensen, som ikke er veldig sterk, i det kvantitative materialet er at kommuner med integrert modell ser ut til i større grad å rekruttere pleiefaglig personale enn kommuner med andre modeller. Kommuner der psykisk helsearbeid er egen tjeneste innenfor en større enhet (tjenestemodellen) ser ut til å rekruttere mer utradisjonelt enn andre kommuner. I slike kommuner, men også i kommuner som har gjort andre organisatoriske endringer, etablert bestiller-utfører-organisasjon, eller egen enhet for koordinering, finner vi også at selve det psykiske helsearbeidet er organisert i team, og at teamet kan ha ansatte med ulike typer kompetanse.

Rekruttering i enhetsmodellen

Enhetsmodellen er kjennetegnet av at kommunens ressurser innenfor psykisk helsearbeid er samlet i en egen enhet som har egen ledelse. Modellen finner vi hovedsakelig i kommuner som har etablert såkalt flat struktur, og ledelsen i enheten skal kommunisere direkte med rådmannsnivået (Myrvold og Helgesen 2005). Alle tre kommunene i materialet, C, J og K, som har valgt denne modellen, er store kommuner. En ligger relativt sentralt til i Nord-Norge, de to andre er sentralt beliggende kommuner på Østlandet. De to siste kommunene er spesielt valgt ut for den kvalitative undersøkelsen med henblikk på at de har valgt bestiller-utfører-modellen for sine tjenestetilbud innenfor helse- og sosialområdet.

I kommune C er enheten for psykisk helsearbeid tredelt og består av det som kalles psykiatrisk hjemmetjeneste, boenhet og dagsenter. Til sammen er det noe i overkant av 28 årsverk i enheten. Rekruttering til psykisk helsearbeid i denne kommunen har i hovedsak foregått ved å ansette personale med treårig høgskoleutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid. Den psykiatriske hjemmetjenesten har ti årsverk, inkludert leder teller den fire psykiatriske sykepleiere, samt en sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid, de resterende ansatte er hjelpepleiere, en av dem har ikke videreutdanning. Rekrutteringen har i stor grad foregått som overgang av kompetente

psykiatriske sykepleiere og hjelpepleiere fra kommunens somatiske hjemmetjeneste. I den grad psykiatrisk hjemmetjeneste har opplevd problemer med rekruttering skyldes det at de ikke har fått klarsignal fra kommunen sentralt til å rekruttere psykiatrisk sykepleier til en vakant stilling (11.11.03).

Trolig var det konsensus om at rekrutteringen skulle foregå som overgang av personale fra somatisk til psykiatrisk hjemmetjeneste, men det skapte likevel domenekonflikter mellom de to enhetene. Oppfatningen var likevel at tjenesten i den nye ordningen i stor grad kunne målrettes mot psykisk syke brukere, noe som hadde vært problematisk i den somatiske hjemmetjenesten. Målgruppen endret seg også, og psykiatrisk hjemmetjeneste betjener brukere med alvorligere lidelser enn hva som var tilfelle da psykisk helsearbeid var integrert i den somatiske hjemmetjenesten. Årsaken var, mener de ansatte, at psykisk helsearbeid ble synlig for fastleger, DPS og sykehus da den ble egen enhet (10.11.03, 11.11.03 leder og psykiatrisk sykepleier, 21.11.03). I den somatiske hjemmetjenesten ble det tatt initiativ til å ansette nytt personale med kompetanse i psykisk helsearbeid.

Kommunen har rekruttert sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid til enheten. Sosionomen har lang fartstid fra arbeid med psykisk syke brukere, og har erfaring fra flere tjenesteområder i kommunen. Sosionomen anser seg selv som saksbehandler, og uttaler at det er ”tradisjonelle” sosionomoppgaver som gjennomføres. Dermed står koordinering (arbeidet med ansvarsgrupper og individuellplan) på sosionomens liste over oppgaver. Det dreier seg også om å holde spesiell kontakt med sosialkontor og a-etat, samt hjelpe en del brukere med bolig. Det er fattet beslutning i enheten om at sosionomen ikke skal knytte sine ressurser til faste brukere, vedkommende inngår dermed ikke i rollen som primærkontakt for noen brukere. Selv om sosionomene arbeider i psykisk helsearbeid er holdningen at det er viktig at de beholder sin egenart og sin faglighet: ”Yrkesgruppene må komplettere, ikke erstatte hverandre. Det er viktig at de ikke blir for like, de har tross alt ulik utdanning” (11.11.03, sosionom).

Arbeidsoppgavene som både psykiatriske sykepleiere og sosionom fikk i psykiatrisk hjemmetjeneste ble dermed det vi kan kalle ”tradisjonelle”. For sykepleiernes del ble de forholdsvis like de oppgavene de hadde hatt da de var ansatt i den somatiske hjemmetjenesten, mens sosionomen har oppgaver som ligger tett opp til sosialt arbeid slik det også utøves på et sosialkontor. Sosionomen

har veiledningskompetanse som til en viss grad tas i bruk i felles veiledning i morgenmøter på enheten.

Enheten har også rekruttert andre typer kompetent personale. En vernepleier er leder av boenheten og en barnevernspedagog leder dagsenteret. Begge har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Boenheten har om lag 14 årsverk knyttet til seg og det er rekruttert psykiatrisk sykepleier, vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, hjelpepleiere med og uten videreutdanning, hjemmehjelpere og omsorgsarbeidere, samt studenter. Studentene rekrutteres som vikarer og i mindre stillingsprosenter for å få kabalen til å gå opp i forhold til helger og ferier (11.11.03).

Ved dagsenteret er barnevernspedagogen den eneste med høyere utdanning og med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er til sammen 3,1 stilling ved senteret og utover lederen som er en 100 prosent stilling, fordeler de seg på to 50 prosent stillinger på arbeidsstuen, en 50 prosent stilling på kjøkkenet og 30 prosent på renhold (18.02.04).

Kommunen opprettholder altså et skille mellom direkte arbeid med brukere, der psykiatriske sykepleiere dominerer, og nettverksarbeid, samt bolig, der andre yrkesgrupper slipper til. Kravene om samordning var trolig spilt ned i kommunen og det ble ikke satt i gang prosesser av horisontal integrering, heller ikke i enheten for psykisk helsearbeid (Myrvold og Helgesen 2005).

I kommune J er rus og psykiatri organisert sammen i en virksomhet som har til sammen nesten 29 årsverk. Enheten er tredelt og det er 13 årsverk knyttet til en omsorgsbolig, 5 årsverk knytet til rus og de resterende nesten 11 årsverkene finner vi i kommunens psykiske helsearbeid. Rusavdelingen har ansatt sosionomer, en psykiatrisk sykepleier og en person med utdannelse som fengselsbetjent. Noen av sosionomene er i ferd med å ta videreutdanning knyttet til rus og fire av de ansatte der har i tillegg kartleggingskompetanse. Avdelingen har organisert arbeidet som en ”sosialkontormodell”, det vil si at det i hovedsak drives rådgivning og veiledning, og at brukere oppsøker kontoret.

Tilknyttet omsorgsboligen arbeider det to eller tre sykepleiere, en vernepleier, samt hjelpepleiere. Blant disse yrkeskategoriene er det noen som har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er også ansatt omsorgsarbeidere og pleiemedhjelpere. I det psykiske helsearbeidet er det i hovedsak ansatt pleiepersonale, det er både sykepleiere, hjelpepleiere samt vernepleiere med videreutdanning. Det er også ansatt mange hjelpepleierne uten videreutdanning i psykisk

helsearbeid. Kommunen har nylig etablert dagtilbud for brukere av psykisk helsearbeid. Det bemannes av enheten for psykisk helsearbeid. Det er satt av ressurser til ledelse av det psykiske helsearebeidet. Det er etablert en bestillerfunksjon bemannet av en vernepleier. Det er etablert et tett samarbeid med kommunenes hjemmetjeneste som skal yte hjemmetjenester brukerne eventuelt har behov for.

Enheten fungerer altså som tre avdelinger; rus, omsorgsbolig og psykisk helsearbeid, samt at det er tilknyttet et dagsenter som bemannes av avdelingen for psykisk helsearbeid. Enheten arbeider i tre fagteam som er satt sammen av de ulike (11.10.04, 26.10.04, 09.03.05).

I kommune K er psykisk helsearbeid egen virksomhet med om lag 60 ansatte. Virksomheten er delt i fire enheter. Den første enheten er det som kalles kompetansesenter. Inntil nylig var det kalt psykiatritjenesten. Den andre enheten er miljøarbeidertjenesten, som er to botilbud med døgndrift. Den tredje enheten består av to dagsentra, et som er lavterskel kafétilbud og et mer spesialisert senter rettet mot aktivisering. Den siste enheten består av tre oppsøkende psykiatriske team. De psykiatriske teamene har syv ansatte og en teamansvarlige med noe delegert myndighet innenfor fag og personal. Staben er i stor grad pleiefaglig utdannet, og teamene består av psykiatriske sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er etablert bestillerfunksjon bemannet med en psykiatrisk sykepleier og det er etablert samarbeid med kommunens hjemmetjeneste som yter hjemmetjenester til de av kommunes brukere av psykisk helsearbeid som eventuelt har behov for det (21.08.04, 24.08.04).

Kommunen har også over en lengre periode rekruttert medarbeidere fra regionens psykiatriske sykehus. De har derfor mye og mangslungen erfaring, samt at de har et stort nettverk av kontakter både med sykehus og DPS. Intervjuede medarbeidere i denne kommunen pekte på at den høye kompetansen kunne være en hemsko i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten på den måten at de ikke fikk mange nok tjenester fra den i form av mulighet til å henvise brukere. Det er også en holdning i denne kommunen at det psykiske helsearbeidet den driver grenser opp mot spesialisthelsetjenesten for det første fordi den i høy grad er skreddersydd for ulike brukere, for det andre fordi det gis tilbud som egentlig burde være spesialisthelsetjenestens ansvar. Her henvises det både til individuelle samtaler og gruppeterapi som kan anta karakter av å være behandling (21.08.04, 24.08.04).

Mønsteret er altså noenlunde likt i disse tre kommunene og arbeidsdelingen i det psykiske helsearbeidet er pleiefaglig orientert. Rekruttering av andre yrkesgrupper enn psykiatriske sykepleiere ser også ut til å være oppgaveorientert; sosionomer tar arbeidsoppgavene knyttet til rus eller til det som kan anses som tradisjonelle sosionomoppgaver og medfører ikke nødvendigvis at fordelingen av arbeidsoppgaver gjennomføres på nye måter. Vi finner at sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger er rekruttert til det psykiske helsearbeidet, men inntrykket er at de gis oppgaver i tråd med sin faglige og sektororienterte spesialisering. Slik psykisk helsearbeid utformes i tråd med enhetsmodellen i disse kommunene, er den altså ikke en modell som fremmer verken horisontal samordning eller at arbeidsoppgaver fordeles mellom yrkesgrupper på nye måter. I kommunene J og K fremmes horisontal samordning i bestillerfunksjonen, dette beskrives i kapittel fem.

Rekruttering i tjenestemodellen

Langt de fleste kommunene i Norge har valgt en tjenestemodell for organisering av sitt psykiske helsearbeid. I dette materialet er det også flest kommuner som har organisert sitt psykiske helsearbeid på denne måten. Den minste kommunen, kommune E, er en mindre sentralt beliggende kommune på Vestlandet med omlag 4000 innbyggere. Dernest er det en mindre sentralt, og en relativt sentralt beliggende kommune på Østlandet med henholdsvis 15000 og 22000 innbyggere. Den siste er en sentralt beliggende kommune på Vestlandet med noe i underkant av 24000 innbyggere. Modellen innebærer at det psykiske helsearbeidet er tilknyttet kommunen som egen tjeneste, men via et større tjenesteområde. Det varierer i hvilken grad kommunene har valgt å la det psykiske helsearbeidet ha egen leder. Lederen har en viktig funksjon som den som omgjør relevante eksterne faktorer, slike kan være krav fra statlige og kommunale myndigheter om hvordan tjenestene skal fordeles til brukere, til interne faktorer og som den som tilrettelegger for at det eksisterer et forum der det kan skapes omforente holdninger til tjenestenes utforming og fordeling (Myrvold og Helgesen 2005). I tillegg til å presentere hvordan rekruttering foregår i denne modellen, skal vi her undersøke om det at psykisk helsearbeid har egen ledelse påvirker hvordan kommunene arbeider med rekruttering.

I alle kommunene med denne modellen har psykisk helsearbeid vært et arbeidsfelt også før opptrappingsplanen ble satt i gang, og alle, så nær som en kommune, har egen leder for tjenesten. I kommunen uten egen ledelse var det egen ledelse fram til like før intervjuene ble gjennomført høsten 2003. I denne kommunen er psykisk helsearbeid

lagt til en større enhet for helse og sosial, og leder for helse- og sosialenheten har delegert myndighet. Det er bare en av kommunene der all myndighet på områdene personal, økonomi og drift faktisk er delegert. Det andre ytterpunktet er den sektororganiserte kommunen der ingen av de tre faktorene ved ledelse er delegert, mens i den siste kommunen er personal og drift delegert (Myrvold og Helgesen 2005). Alle disse kommunene har forholdsvis lange tradisjoner for å drive psykisk helsearbeid, og en av kommunene må betegnes som "pionerkommune" på feltet, samt at rekruttering har vært en prosess over tid slik at de ikke har opplevd problemer med å rekruttere personale.

Den sektororganiserte kommunen, kommune A, har egen tjeneste innenfor rammene av pleie og omsorg, og en leder uten delegert myndighet på verken økonomi, personal eller drift. Tjenesten er inndelt i det som kan kalles tre avdelinger; psykisk helsearbeid, dagsenteret og en boenhet. Det var tjenestens leders oppfatning at samarbeidet med lederen for pleie- og omsorg var godt, men personavhengig (Myrvold og Helgesen 2005). Tjenesten består av leder, seks psykiatriske sykepleiere og fysioterapeut, samt at den altså bemanner en boenhet og et dagsenter. Boenheten har en del hjelpepleiere uten videreutdanning i psykisk helsearbeid, dagsenteret ledes av sosionom med SEPREP, samt har ansatt ergoterapeut og miljøterapeut. Det leies inn "spesialkompetanse" til dagsenteret når det holdes kurs etc.

I kommune B, der tjenesten har egen leder som har delegert myndighet over både personal, økonomi og drift, omfatter det psykiske helsearbeidet et ambulerende team, en boenhet og et dagsenter, det er til sammen 18 stillinger. Det omfatter en stilling som arbeider opp mot eldre og som kun er lønnet av tjenesten for psykisk helsearbeid. Lederen er utdannet psykiatrisk sykepleier. Det ambulerende teamet har fire ansatte, ved intervjutidspunktet var det på tale å utvide teamet med en stilling. De ansatte er en psykiatrisk sykepleier med videreutdanning etter gammel modell, og tre sosionomer. Den psykiatriske sykepleieren har lang fartstid i kommunens psykiske helsearbeid. Da det ble søkt etter personale til nyopprettede stillinger var det kun en sykepleier som søkte, men mange sosionomer. Dette ble ikke oppfattet som et rekrutteringsproblem, heller tvert om, og kommunen valgte å ansette sosionomer i stillingene. Kommunen har en bestillerfunksjon i forvaltningsenheten bemannet med en psykiatrisk sykepleier (08.10.03).

Boenheten er bemannet med to vernepleiere, en gestaltpsykolog, åtte hjelpepleiere og en aktivitør. Noen av hjelpepleierne er hjelpepleiere i vernepleie, nesten alle har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er etablert samarbeid med kommunenes somatiske hjemmetjeneste. Den innebærer at somatisk hjemmetjeneste yter alt av hjemmetjenester også i boenheten, men at det er de ansatte i det psykiske helsearbeidet som gir beboere såkalt boveiledning samt botrening. I tillegg veiledes den somatiske hjemmetjenesten om psykiatriske problemstillinger. Veiledning er knyttet både til enkeltbrukere og gis som generell veiledning.

Dagsenteret er bemannet med en psykiatrisk hjelpepleier i hel stilling og to 40 prosent stillinger. Den ene er kun midlertidig. I tillegg er det en aktivitør i 60 prosent (28.10.03).

I kommune D, med leder i helse- og omsorg, omfatter psykisk helsearbeid et ambulerende team og et dagsenter. I det ambulerende teamet er det ansatt to psykiatriske sykepleiere. En av dem har SEPREP tverrfaglig videreutdanning. Den andre arbeider 70 prosent med bolig og støttekontakter, og 30 prosent som primærkontakt for brukere. Den tredje ansatte i teamet er en sosionom i 80 prosent stilling med videreutdanning i kognitiv terapi og selvmordsforebygging. På tidspunkt for intervjuet var det et bofellesskap under bygging og det var satt i gang en prosess for å få brukere av det psykiske helsearbeidet til å søke om å få tildelt bolig. Bofellesskapet skal ha til sammen 1,5 stilling. I den hele stillingen er det ansatt en hjelpepleier uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. Videre er det planer om å ansette en person som skal gi boveiledning. Dagsenteret har to ansatte, en ergoterapeut og en aktivitør. De arbeider begge i 80 prosent stilling ved dagsenteret, men ergoterapeuten, som har SEPREP tverrfaglig videreutdanning, har til sammen 100 prosent stilling i kommunen, og arbeider en dag i uken som del av det ambulerende teamet. Leder i enheten er sykepleier uten kompetanse i psykisk helsearbeid (27.10.03, 03.11.03).

Det samarbeides godt med kommunens hjemmetjeneste. Denne har også noe psykiatrifaglig kompetanse og mottar ellers veiledning fra det ambulerende teamet. Kommunen har etablert en enhet som skal koordinere tjenester for barn og unge, denne har psykiatrifaglig kompetanse. Den somatiske hjemmetjenesten har også noe psykiatrifaglig kompetanse.

Den siste kommunen i denne gruppen er også den minste av casekommunene som har egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Det er også den kommunen med lengst erfaring med å yte tjenester innenfor

psykisk helsearbeid. Det er ansatt to psykiatriske sykepleiere hvorav den ene fungerer som leder med personalansvar og som koordinator for psykisk helsearbeid. De psykiatriske sykepleierne har en gruppe miljøarbeidere å støtte seg til. Relasjonen mellom sykepleiere og miljøarbeidere er utviklet som et arbeidsdelingssystem der sykepleierne utreder og fatter vedtak om tjenester brukerne får tilgang til, samt har samtaler med brukerne, mens miljøarbeiderne er operative i det direkte arbeidet med brukere på dagsenteret og i brukernes hjem.

Miljøarbeiderne har variert yrkesbakgrunn, som gartner og hjelpepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, anleggsmaskinfører og spesialpedagog. Ved intervjutidspunktet er det på trappene et kurs i psykisk helsearbeid i regi av fylkeslegen, der miljøarbeidergruppen skal delta. Det er bevisst politikk at det er rekruttert miljøarbeidere med praktisk yrkeserfaring, de rekrutteres altså på grunnlag av sin realkompetanse. Det blir sett som en fordel at de har bred erfaring fordi de kan møte brukere på et mellommenneskelig plan uten at helsefaglige aspekter ved kompetansen legger føringer for kontakten mellom ansatte og brukere (30.03.04, 31.03.04). Mellomlederen, mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og rådmannsnivået, er sykepleier uten formell psykiatrifaglig kompetanse (30.03.04 mellomleder).

Opptrappingsplanen har i denne kommunen medført at det er helsesøster som er styrket og det er etablert en helsesøsterstilling i barne- og familieveiledning. Stillingen er foreløpig 50 prosent (31.03.04). Det var konsensus om at dette arbeidet skulle styrkes og forslaget kom fra koordinatoren for det psykiske helsearbeidet (31.03.04 psykiatrisk sykepleier).

Kommunen tilbyr også boliger til mennesker med psykisk sykdom. Boligene er bevisst plassert på ulike steder i kommunen og de er ikke bemannet på andre måter enn at kommunens hjemmetjeneste yter tjenester til brukere som har behov for det. Har brukere behov for opplæring, veiledning eller lignende for å kunne bo hjemme, er det miljøarbeiderne som har det som oppgave. Der psykiatriske sykepleierne gir veiledning både til miljøarbeiderne og de ansatte i hjemmetjenesten. Det dreier seg særlig om å veilede angående enkeltbrukere, men også generelt om psykiatriske problemstillinger (31.03.04 psykiatrisk sykepleier).

Kommuner med tjenestemodell for sitt psykiske helsearbeid har også den tradisjonelle inndelingen av det praktiske psykiske helsearbeidet. Det er delt mellom direkte arbeid med brukere, nettverksarbeid og

bolig, men det direkte arbeidet med brukerne åpnes for andre yrkesgrupper enn de psykiatriske sykepleierne. Vi ser både at sosionomer, ergoterapeuter og personale med realkompetanse inngår i slikt arbeid, samt at pleiefaglig utdannet personale kan ha ansvar for dagsenter og nettverksarbeid.

Rekruttering i stabsmodellen

Den ene kommunen i materialet som har valgt å legge det psykiske helsearbeidet i stab hos rådmannen er en liten kommune med noe i overkant av 3000 innbyggere. Den ligger mindre sentralt til og er den kommunen i materialet som oppgir at det er problematisk å rekruttere kompetent personale. Psykisk helsearbeid innbefatter en psykiatrisk sykepleier i full stilling og en sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid i 50 prosent stilling, samt et bofellesskap med fire enheter. Vedkommende i denne stillingen var forespeilet hel stilling, men kommunen reduserte stillingsbrøken og sykepleieren har selv sørget for å få en 50 prosent stilling som psykiatrisk sykepleier også i en nabokommune. Der er vedkommende den eneste ansatte innenfor tjenesteområdet psykisk helsearbeid. Casekommunen arbeidet på tidspunktet for å rekruttere en ergoterapeut med videreutdanning. Det ble opplevd som særlig vanskelig. Boligen er bemannet i sammenheng med PU-tjenestens bolig for psykisk utviklingshemmede (19.02.04, 1 og 2).

Rekruttering i integrert modell

Tre av kommunene i materialet har valgt å ha en integrert modell for psykisk helsearbeid. Den ene kommunen er en liten, mindre sentralt beliggende kommune på Vestlandet med om lag 2300 innbyggere. Den andre er en stor, sentralt beliggende kommune, også på Vestlandet, med om lag 24 000 innbyggere. Den tredje er en stor, sentralt beliggende kommune på Østlandet med om lag 25 000 innbyggere.

I den lille kommunen er psykisk helsearbeid integrert i pleie- og omsorg og omfatter en psykiatrisk sykepleier, et bokollektiv, samt et dagsenter som er åpent en dag i uken. Rekruttering av psykiatrisk sykepleier er oppfattet som forholdsvis uproblematisk, men kommunen fikk ingen respons på sin stillingsannonse i 1993 og valgte å la en allerede ansatt sykepleier i pleie- og omsorgs hjemmetjeneste videreutdanne seg. Kommunen hadde et tilbud klart i 1995, med en psykiatrisk sykepleier ansatt i en mindre stillingsbrøk. Stillingen ble gradvis utvidet og kommunens midler fra opptrappingsplanen gjorde det mulig å utvide den til en full stilling. Det inkluderer ansvar for dagsenteret, samt veiledning av andre ansatte i kommunen.

Kommunen har rekruttert, eller skaffet seg tilgang til, ulike former for kompetanse ved å stykke opp finansieringen i mange små stillingsbrøker. Slike stillingsbrøker brukes blant annet til å kjøpe tjenester hos andre kommuner eller til å inngå i samarbeid med andre kommuner om tjenester. En slik stillingsbrøk på ti prosent er også tatt i bruk for å skjøte på en allerede etablert deltidsstilling knyttet til et fritidstilbud på ungdomsskolen. Det samarbeides også med to andre kommuner om psykolog tilknyttet PP-tjenesten. Kommunen ønsket også å kunne kjøpe psykologtjenester for å veilede alle som arbeidet med psykiatriske problemstillinger, ansatte i skolen nevnes som eksempel. Det fikk administrasjonen ikke politisk gjennomslag for (05.02.04).

Den første store kommunen er en sektororganisert kommune der psykisk helsearbeid er integrert i pleie og omsorg. På intervjutidspunktet er dette en forholdsvis ny organisasjon i kommunen, og faglig er det ordnet ved at det er ansatt psykiatrifaglig kompetanse i hjemmetjenestens distrikter. Det vil si at det er en psykiatrisk sykepleier i hvert av de fem distriktene. Det er ikke konsensus om denne modellen, og koordinatoren for det psykiske helsearbeidet argumenterer for at kommunen bør velge enten egen enhet eller egen tjeneste for sitt psykiske helsearbeid. Argumentet er at pleie og omsorgs tilnærming til psykisk helsearbeid er for preget av å være eldreomsorg og at arbeidet møter på problemer i denne modellen (26.04.04).

Det er planlagt en rehabiliteringsavdeling der det etableres et team bestående av lege, sykepleier og sosionom som skal arbeide kun med mennesker med psykiske lidelser. Sykepleieren i teamet skal være kommunens koordinator for psykisk helsearbeid og vedkommende har dermed psykiatrifaglig kompetanse. Rehabiliteringsteamet skal arbeide tett opp mot de to eksisterende dagtilbudene i kommunen. Disse har til sammen fem stillinger. På intervjutidspunktet består den psykiatrifaglige kompetansen i kommunen av seks psykiatriske sykepleiere og fem stillinger uten nærmere spesifisert kompetanse (26.04.04, kommunens hjemmeside og psykiatriplan).

I den andre store kommunen er psykisk helsearbeid nylig reorganisert fra å være egen tjeneste, kalt psykiatrisk team, innenfor rammene av hjemmetjenesten og pleie og omsorg til å bli en integrert tjeneste. Integrert vil i kommunen si at stillingene som tidligere lå til tjenesten er fordelt på den administrative enheten tildelingskontoret, og at de operative stillingene er fordelt på oppfølgingstjenesten, helsetjenesten, bofellesskapet og sysselsettingsenheten (04.05.05, 05.05.04). Dagsenteret er for eksempel lagt til sysselsettingsenheten.

Tildelingskontoret er blitt det ene stedet i kommunen alle brukere kan henvende seg. Kontoret har blant annet ansvaret for å fatte vedtak og tildele tjenester til psykisk syke. Kontoret har også ansvaret for å koordinere de ulike utøvende tjenestene som vedtakene omfatter. Tildeling av tjenester omfatter også å gi brukere rådgivning, veiledning og det som kalles mottakssamtale. Dette omfatter blant annet økonomisk rådgivning. På tidspunktet er det ikke psykiatrifaglig kompetanse ved tildelingskontoret, men det foreligger konkrete planer om å ansette slik kompetanse.

Oppfølging omfatter de tidligere sosialtjenestene i kommunen, samt at psykiatriske sykepleiere er ansatt der. Brukergrupper som skal få oppfølging i kommunen er metadonbrukere, unge som trenger tjenester, flyktninger og brukere av sosialkontor. Psykisk syke skilles ikke ut som egen gruppe. Planene er å etablere team knyttet spesifikt til arbeid med de ulike brukergruppene. Generelt er det meningen at teamene skal ha sosionom, økonomisk saksbehandler, personell med psykiatrifaglig kompetanse og miljøarbeider. Alle typene kompetanse behøver likevel ikke være tilstede i alle teamene, eller det kan variere med hensyn på hvilke grupper teamet betjener (05.05.04, leder oppfølgingsenheten).

Oppfølgingsenheten har fått overført fire psykiatriske sykepleiere fra pleie og omsorg, og det gikk fire personer med psykiatrifaglig kompetanse til boenheten. Det er opprettet en ny stilling for en psykiatrifaglig kompetent person i tildelingskontoret. Ingen av enhetslederne har psykiatrifaglig kompetanse, to er sykepleiere. Det var ikke konsensus om denne kompetanseoverføringen da psykiatriske sykepleiere argumenterte for at psykisk helsearbeid burde knyttes til kommunen som egen enhet, samt at hjemmetjenesten argumenterte for at psykisk helsearbeid burde være en del av egen tjeneste (04.05.05 leder oppfølgingsenheten og psykiatrisk sykepleier). Organiseringen kan se ut til å gjøre et forsøk på å bryte med den pleiefaglige orienteringen, men de planlagte teamene, som skal ha flere kategorier av kompetent personell, var ikke kommet på plass ved intervjutidspunktet. Inntrykket som gis er dermed at det psykiske helsearbeidet og dets brukere usynliggjøres, og det er vanskelig å få øye på i hvilken retning det psykiske helsearbeidet vil komme til å gå.

Det store bildet av rekruttering i denne modellen er at den er orientert mot pleiefaglig personell.

3.4 Oppsummering

Casekommunene har altså hatt tilgang til tilstrekkelig og også til rett kompetanse, også de minste kommunene har i stor grad rekruttert det personale de ønsket. Den faglige kompetanse kommunene besitter innenfor det psykiske helsearbeidet ser også ut til å være høy. Langt de fleste av de treårige høyskoleutdannede, samt hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som er rekruttert har videreutdanning. Som regel har de videreutdanning i psykisk helsearbeid, men særlig en kommune har også satset på å ha høy kompetanse på rusfeltet.

Det kvalitative materialet om rekruttering viser at selv om det rekrutteres litt nytt, for eksempel sosionomer til stillinger som psykiatriske sykepleiere hadde monopol på tidligere, så rekrutteres det hovedsakelig langs linjer der arbeidsoppgaver knyttes til sektor og til faglig spesialisering. Det store bildet er at den lenge innarbeidede arbeidsdelingen mellom de høgskoleutdannete velferdsyrkene opprettholdes, og at uansett kommunal modell for organisering av psykisk helsearbeid har store kommuner delt det i tre forholdsvis skarpt atskilte avdelinger. Mellom disse avdelingene er det etablert en arbeidsdeling som er oppgaveorientert; den følger den innarbeidete sektororganiserte spesialiseringen som knyttet sammen fag med oppgaver. I de fleste av casekommunene er det direkte arbeidet med brukere organisert til en egen avdeling eller enhet. Den gis forskjellige navn: psykiatrisk hjemmetjeneste, kompetansesenter og team er eksempler. Det er kun i en av casekommunene at kommunes hjemmetjenester yter tjenester til brukere som er beboere av boenheten som disponeres av det psykiske helsearbeidet, men også i den kommunen er det ansatt personale innenfor det psykiske helsearbeidet som har ansvar for å gi såkalt boveiledning. I de resterende casekommunene er det personell ansatt i det psykiske helsearbeidet som både gir boveiledning, yter hjelp i boligen, pleier dem som bor i den, samt driver miljøterapi. Aktivisering og nettverksarbeid legges til dagsenteret, det inkluderer spesialisering, eller såkalt skreddersøm, av tjenestene. I de store kommunene i materialet, det vil si at de to minste kommunene avviker fra mønsteret, har alle organisert sitt praktiske psykiske helsearbeid på denne måten.

Når det kommer til praktisk psykisk helsearbeid og rekruttering ser det dermed ut til at organisering av psykisk helsearbeid i tråd med modellene enhetsmodell, tjenestemodell, stabsmodell og integrert modell, spiller meget liten rolle og at organisering på dette nivået i liten grad medvirker til å overskride den faglige tilordningen av yrkesgrupper til oppgaver. Det kvantitative materialet peker imidlertid

på en liten tendens til at egen enhet kan synliggjøre det psykiske helsearbeidet i forhold til omgivelsene slik at det får tilført noe flere ressurser i form av nyrekruttert personale og midler til opplæringstiltak.

Til slutt kan det stilles et spørsmål som vil forbli ubesvart i denne studien, og det er om de faglig høyt kompetente medarbeiderne også besitter det vi kan kalle system- eller administrativ kompetanse. Det vil si kompetanse angående administrative aspekter ved yrkesutøvelsen og ved den kommunale driften av det psykiske helsearbeidet. Slik kompetanse vil dreie seg om å fatte vedtak, å forholde seg til vedtak, lage rutiner og prosedyrer for skriftlighet i saksbehandlingen, samt for den faktiske gjennomføringen av arbeidsoppgaver og for å forholde seg til andre yrkesgrupper, samt andre avdelinger, enheter og virksomheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på slike rutiner og prosedyrer er etablering av individuell plan og ansvarsgrupper. Eksistensen av denne typen kompetanse vil dels være avhengig av hvor i den kommunale organisasjonen det psykiske helsearbeidet er plassert, dels av at psykisk helsearbeid er gitt en ledelse som arbeider med utvikling og koordinering, og det er avhengig av den kompetansen som besittes i spesialisthelsetjenesten.

4 Kompetanseutvikling i casekommunene

4.1 Innledning

Rekruttering av ferdig utdannet personale sikrer et visst grunnlagsnivå på den kompetansen kommunene bør ha, og som forrige kapittel viste at de har, på sitt psykiske helsearbeid. Kommunene har iverksatt mange tiltak for å heve kompetansen til de ansatte, og tabell 2.10 viser at det er pleie og omsorg som iverksetter flest tiltak angående både voksenopplæring, videreutdanning, etterutdanning og kurs og seminarer. Det varierer noe med hensyn på hvilke tjenestesteder som kommer på de neste plassene. Tabellen viser at enhet for psykisk helsearbeid driver mye med videreutdanning, men forholdsvis lite med både etterutdanning og kurs og seminarer. Både sosialtjenesten, helsestasjoner og skolehelsetjenesten tilbyr flere kurs og seminarer enn det enheter for psykisk helsearbeid gjør.

Kurs og seminarer kan det tenkes at spesielt kommer de ikke-utdannede, samt personalet med lavere utdanning til gode, opptrappingsplanen har måltall også for ansettelse av disse kategoriene personale. Dette stemmer likevel ikke med hovedobservasjonen som gjøres i kapittelet. Kommunene hever sin kompetanse innenfor psykisk helsearbeid med mange tiltak, men det er bare i to av casekommunene vi observerer at det satses spesielt på å kurse lavere utdannet personell. Ellers tar casekommunene i bruk etter- og videreutdanning for allerede ansatt personell og det er for eksempel flere kategorier av ansatte som har tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid i løpet av den perioden de har vært ansatt i angjeldende kommune. Kommunene tar også i bruk de seminarer og samlinger som arrangeres av rådgivere hos fylkeslegen, det drives veiledning og til en viss grad er det funnet at ordningen med hospitering er tatt i bruk. Vi har også observert at enheter og

tjenesteområder i kommunene avgir kompetent personale til hverandre. Kapittelet skal gå nærmere inn på hvordan det er arbeidet med slike spørsmål i casekommunene.

4.2 Arbeid med kompetanseutvikling

Kapittel to viste til at det kvantitative materialet ikke kan peke på forskjeller mellom kommunenes arbeid med kompetanseutvikling som kan knyttes til modell for psykisk helsearbeid. Slikt arbeid kan likevel påvirkes av overordnet modell for kommunal organisering og Myrvold og Helgesen (2005) viste til at såkalt flat organisasjonsstruktur, der kommunens utøvende enheter er organisert som virksomheter eller resultatenheter, kan være negativ med hensyn på hvor mye enhetene får mulighet til å arbeide med faglig utvikling. Flat struktur og virksomheter vektlegger delegering av myndighet til enhetsledere, slik myndighet delegeres gjerne innenfor områdene drift, økonomi og personal. Enhetslederne får dermed mer ansvar og de får flere administrative oppgaver. Det kan medføre, som rapporten også viste til, at de faglige spørsmålene tones ned til fordel for de økonomiske og administrative oppgavene (ibid, Opedal et al. 2002). En annen årsak til at modellen ikke kan regnes som god med hensyn på faglig utvikling er at den ikke legger til rette for koordinering og samordning mellom ulike utøvende enheter. Koordinering og samordning har betydning for faglig utvikling som skal favne mer enn en enhet. Åtte av 11 casekommuner er organisert med flat struktur (se tabell 5.2). Trolig vil arbeidet med koordinering også påvirkes av den oppgave- og sektororienteringen som det ser ut til at det praktiske psykiske helsearbeidet i kommunene har.

4.2.1 Videre- og etterutdanning i casekommunene

Systematisk arbeid med videre- og etterutdanning finner vi kun i liten grad i casekommunene. Det store bildet er at det søkes etter personale med bestemte typer kompetanse, at det i liten grad arbeides systematisk med videre- og etterutdanning utover de ønsker ansatte selv har, og at casekommunene lar oppstått behov styre bruken av opplæring som virkemiddel.

Enhetsmodellen

I kommune C arbeides det ikke systematisk med etter- og videreutdanning. Det skyldes i hovedsak ikke at det er lite interesse for det i enheten for psykisk helsearbeid, men at enheten har

problemer med å få gjenomslag for sine behov i den kommunale helheten. Lederen ved enheten ser at det er et problem, samtidig påpekes det at det er vanskelig å la ansatte få ta videreutdanning fordi det har store kostnader med hensyn på innleie av vikarer. Det er en målsetting i kommunen at det skal skjæres ned på bruk av vikarer. Det er også press i enheten fordi den har en vakant stilling for psykiatrisk sykepleier. Det er to psykiatriske sykepleiere som har SEPREP. En av dem tok det som en del av et attføringsopplegg, ikke som en planlagt videreutdanning av personale ved enheten. Sosionomen har også videreutdanning i helse- og sosialadministrasjon. Det er få ansatte i enheten som har etter- og videreutdanning ut over psykisk helsearbeid (11.11.03, 11.11.03, sosionom).

I kommune J er det en del ansatte som er under videreutdanning, det vil si at de tar psykisk helsearbeid eller videreutdanning knyttet til arbeid med rusavhengige på den regionale høyskolen. Det uttrykkes også at det er behov for flere med videreutdanning i psykisk helsearbeid fordi enheten er sårbar ved sykdom etc. Det er ingen av de ansatte som har SEPREP, enheten driver ikke selv med kurs, men det gis veiledning til ansatte i andre enheter på forespørsel. Veiledningen ser ut til å være knyttet til konkrete problemer ved behandling av enkeltpersoner (11.10.04, 26.10.04, 09.03.05).

I kommune K ser det heller ikke ut til at det arbeides systematisk med etter- og videreutdanning på tidspunktet. Som det ble vist til i forrige avsnitt har de ansatte i denne kommunen høy kompetanse, og denne tas blant annet i bruk til veiledning av andre enheter i kommunen. Det pekes likevel på at en psykiatrisk sykepleier holder på å ta videreutdanning i rus (21.08.04, 24.08.04).

Tjenestemodellen

I kommune A finner vi at det er en positiv holdning til at ansatte skal ta videre- og etterutdanning. Myrvold og Helgesen (2005) viser at nivået på de ansattes kompetanse i denne kommunen oppfattes som høyt og at ansatte var fornøyde med egne muligheter til videreutdanning. Som vi så i forrige kapittel har det psykiske helsearbeidet seks psykiatriske sykepleiere pluss en leder, også psykiatrisk sykepleier, i tjenesten for psykisk helsearbeid. Av de to psykiatriske sykepleierne som ble intervjuet har en videreutdanning i veiledning, samt at vedkommende har SEPREP tverrfaglig videreutdanning. I alt har til sammen syv av de ansatte i kommunens psykiske helsearbeid tatt SEPREP. Den andre intervjuede psykiatriske sykepleieren i denne kommunen har videreutdanning i klinisk sykepleie. Begge skulle i gang med videreutdanning i kognitiv terapi.

Det kan se ut til at videreutdanningen i kognitiv terapi er et fellesinitiativ som er tatt i kommunen for å høyne kompetansen til alle ansatte som er operative i direkte arbeid med brukere.

Også ergoterapeuten som arbeider i tilknytning til dagsenteret, sosionomen som leder dagsenteret, samt en saksbehandler i kommunene har SEPREP tverrfaglig videreutdanning. Hjelpepleiere som bemanner boenheten har i hovedsak ikke videreutdanning. Det er ingen ansatte i den somatiske hjemmetjenesten som har videreutdanning orientert mot psykiatriske problemstillinger, slike videreutdanninger anses som å være for spesialiserte (19.05.03, 20.10.03, 21.10.03).

I kommune B har de fleste ansatte i det psykiske helsearbeidet videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kommunen tok på et tidlig tidspunkt i opptrappingsplanen tak i spørsmålet og etablerte to klasser av hjelpepleiere som fikk videreutdanning i psykiatri. Det samlet hjelpepleiere fra alle enhetene i kommunen og på dette nivået er kommunen godt dekket (08.10.03, spesialrådgiver). På tidspunktet har kommunen ingen planer for å heve de ansattes kompetanse ytterligere. Den psykiatriske sykepleierne i kommunens bestillerfunksjon er den eneste i det psykiske helsearbeidet som har SEPREP tverrfaglig videreutdanning (08.10.03).

Kommune D er også en kommune som har organisert sitt psykiske helsearbeid i en tjenestemodell. Der så vi at et par ansatte ikke hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid, men i kognitiv terapi og selvmordsforebygging, samt SEPREP. Det er til sammen to ansatte i kommunen som har SEPREP. Kommunen har gitt hjelpepleiere videreutdanning i psykisk helsearbeid, men har ingen planer for videreutdanning av ansatte innenfor psykisk helsearbeid utover det. Ansatte hadde, på eget initiativ, fått mulighet til å ta videreutdanning i psykiatrisk sykepleie med kommunal støtte, det omfatter også helsesøster. Det tyder på at det finnes muligheter, men at ansatte selv tar initiativene (27.10.03. nr. 1, 03.1103).

Kommune E er den siste i denne gruppen. Som en liten kommune har denne kommunen rekruttert bredt i forbindelse med opptrappingsplanen. Som det ble vist i forrige kapittel var det helsesøstertjenesten som var styrket i følge opptrappingsplanen, og de resterende 50 prosent av stillingen i barne- og familieveiledning brukes av vedkommende som er ansatt til videreutdanning om psykososiale vansker hos barn. Videreutdanningen kan tas i distriktet. Denne stillingen er finansiert av midler fra opptrappingsplanen og opprettelsen av den er et samarbeid mellom helsesøstertjenesten og

tjenesten for psykisk helsearbeid, men sistnevnte tok initiativet (31.03.04 helsesøster, rådgiver hos fylkeslegen).

Stabsmodellen

Det er fortsatt kun kommune F, en av de miste kommunene i materialet, som har organisert sitt psykiske helsearbeid på denne måten. Her foreligger det ikke planer for kompetanseheving- eller utvikling. På eget initiativ hadde den ene av de psykiatriske sykepleierne fått mulighet til å ta denne aktuelle videreutdanningen tidlig på 1990-tallet da kommunen startet opp sitt psykiske helsearbeid (19.02.04).

Integrert modell

I den lille kommunen, kommune G, så vi at rekrutteringen av psykiatrisk sykepleier var gjennomført ved at en ansatt sykepleier i den somatiske hjemmetjenesten tok videreutdanning dels på eget, dels på kommunenes initiativ.

I den første store kommunen, kommune H, tenkes det forholdsvis snevert om psykisk helsearbeid og, som vi så er det organisert som en psykiatrisk sykepleier i hvert somatiske hjemmetjenestedistrikt. Det er få andre yrkesgrupper inne i bildet, og organiseringen, med det som karakteriseres som en sterk pleie- og omsorgsavdeling, legger trolig lokk på større videreutdanningsprosjekter (26.04.04).

Den andre store kommunen, kommune I, har konsentrert sin kompetanse om psykiatriske sykepleiere, og det ser ikke ut til at videreutdanning inngår i arbeidet kommunen driver for å heve kompetansen på feltet (04.05.04).

Oppsummering

Det ser altså ut til at kommunene ikke selv driver et systematisk arbeid for å heve kompetansen via etter- og videreutdanning. De to minste, samt en av de mellomstore kommunene, ga i den fasen da det psykiske helsearbeid ble bygget opp, allerede ansatte sykepleiere tilbud om å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kommune E, J og K har på intervjutidspunktet, sykepleiere i videreutdanning. Ut over dette synes etter- og videreutdanning i høgskolesystemet ikke å være et tiltak kommunene tar aktivt i bruk, men overlater det til sine ansatte å etterspørre det. Kommunenes hovedstrategi ser ut til å være å rekruttere medarbeidere som allerede har den ønskede kompetansen. Kommune B, som er en stor kommune, etablerte to klasser for videreutdanning i psykisk helsearbeid for hjelpepleiere. Dette er det ene eksempelet vi har på at kommuner selv organiserer større tiltak.

Det er sju av de intervjuede som enten selv har SEPREP tverrfaglig videreutdanning, eller som peker på at andre i kommunen har det. Også denne tas på ansattes eget initiativ. Det er en videreutdanning som tas etter en del år i praksis, ved siden av fast arbeid, og kommunene må forplikte seg til å støtte dem som tar kurset ved blant annet å gi dem fri til å delta på samlinger. Dette er derfor et tiltak som medfører at ansattes deltagelse må organiseres godt fra kommunens side. Det kan se ut til at det er noen regionale forskjeller med hensyn på hvorvidt ansatte har SEPREP. I intervjuene ble det understreket at det var meget viktig at det eksisterte regionale tilbud om videreutdanning. Tilbudet om videreutdanning i psykososiale problemer hos barn er nytt i akkurat den regionen der vi fant at en ansatt tok slik videreutdanning, og det har trukket til seg mange studenter. Ulike utdanningers beliggenhet legger dermed trolig betingelser for om ansatte i en region har forskjellige videreutdanninger, og kan være grunnlag for regionale forskjeller i de kommunale medarbeidernes kompetanse.

4.2.2 Kurs og seminarer

Kommunene lar sine ansatte delta på kurs og seminarer, men det ser heller ikke ut til at det arbeides systematisk med slike tiltak i kommunene. Blant kommunene med enhetsmodell så vi at kommune C på tidspunktet har en anstrengt økonomi som også legger betingelser for etter- og videreutdanning for de ansatte. Enheten for psykisk helsearbeid har imidlertid en egen pott som kommer via opptrappingsplanen. Den bruker de til å organisere kurs for egne ansatte og ansatte i andre kommunale enheter. Blant annet var det på intervjutidspunktet nylig avholdt et kurs i selvmordsforebygging. Til dette ble det brukt 24 000 kroner som i sin helhet kom fra opptrappingsplanen. Det tilflyter også enheten noen midler fra studentveiledning, på intervjutidspunktet ble de beregnet til å være ca. 13000 i året. Disse midlene brukes i sin helhet til kurs og seminarer for ansatte i enheten for psykisk helsearbeid. Det ble påpekt at det ble forsøkt aktivt å bruke de kurs og seminarer som blir arrangert i tilknytning til DPS og det som ble arrangert av rådgiverne hos fylkeslegen. DPS som arrangør blir det sett svært positivt på fordi det er lokalisert i kommunen. Fylkeslegens arrangementer kunne være noe mer problematisk fordi det innebar kostnader til en lang reise samt opphold (11.11.03).

Verken i kommune J eller K tematiseres kurs og seminarer som tiltak, derimot understrekes det hyppig i intervjuene at kommunene har

anstrengt økonomi og at det ikke er ansatteressurser å avgi, for eksempel ved sykdom (11.10.04, 26.10.04, 09.03.05).

Kommunen med stabsmodell har også anstrengt økonomi og mulighetene til deltagelse på kurs og seminarer blir sett som dårlig. Det poengteres at arrangementer i fylkeslegens regi forsøkes brukt.

I kommuner med tjenestemodell kommer de ansatte i psykisk helsearbeid forholdsvis godt ut av det når det gjelder deltagelse på kurs og seminarer. I kommune A har lederen for psykisk helsearbeid ikke delegert ansvar for noen av ledelsesoppgavene, men likevel ble det oppfattet slik at det er gode muligheter for å delta på kurs og seminarer. De ansatte i psykisk helsearbeid har forholdsvis nylig gått kurs om barn av psykisk syke foreldre, og seminarene som arrangeres av rådgiver hos fylkeslegen benyttes. I tjenesten for psykisk helsearbeid i kommune A blir det oppfattet slik at de ansatte er godt utdannet og videreutdannet, og ressursene settes for tiden inn for å tilby kurs og opplæring til andre enheter i kommunen som arbeider med psykiatriproblematikk, og som yter tjenester som grenser opp mot psykisk helsearbeid, den somatiske hjemmetjenesten var særlig i fokus. Dette dreide seg i stor grad om å tilby en tilpasset versjon av "Støtte og lære", et kursprogram utviklet av Sosial- og helsedirektoratet. Det ble opplevd som problematisk at de fleste av gruppelederne i den distriktsorganiserte hjemmetjenesten ikke så dette som relevant for sine ansatte. Lederen i tjenesten for psykisk helsearbeid brukte en del ressurser på motivere gruppelederne til å legge til rette slik at deres ansatte kunne ta kurset. Det ble oppfattet slik at det i liten grad ble tilrettelagt for dette (19.05.03).

Også i kommune B oppfattes det slik at ansatte har høy kompetanse og at det fleste har relevant videreutdanning. Det legges videre til rette for at de skal delta på kurs- og seminarvirksomhet. Kommunen driver en aktiv personalpolitikk og har egen personalkonsulent som arbeider med kompetanseproblematikk. Det omfatter også psykisk helsearbeid. Lederen i tjenesten for psykisk helsearbeid har delegert ansvar og myndighet både for økonomi, drift og personalspørsmål. Vedkommende oppfatter at det er viktig å vedlikeholde og oppdatere ansattes kompetanse, og behovet de ansatte opplever for ny kunnskap var nylig kartlagt på intervjutidspunktet. Det viste seg at kunnskap om førstehjelp ble prioritert høyest, dernest kunnskap om selvskading. Slike kurs var på tidspunktet under planlegging. Ved dagsenteret ble det opplyst at det skulle deltas på et seminar om brukermedvirkning (08.10.03, spesialrådgiver, 08.10.03).

Kommune D oppfatter også at de ansatte har høy kompetanse i psykisk helsearbeid, og det arbeides aktivt med å skolere andre enheter og tjenester i psykiatriproblematikk. Midler fra opptrappingsplanen er derfor brukt både til heving av kompetanse og kursing av ansatte i helsesøstertjenesten og i barnevernet (03.11.03).

I kommune E har lederen av psykisk helsearbeid ansvaret for drift. Det inkluderer også spørsmålene om kurs og seminarer. Psykiatriske sykepleiere har muligheter til å oppdatere og vedlikeholde sin kunnskap og flere kilder har vært tatt i bruk. For det første benyttes de seminarene som avholdes av rådgiveren hos fylkeslegen og for det andre tas det i bruk et større miljø som arbeider med psykisk helse, forebyggings- og folkehelseproblematikk. Kommunens gruppe av miljøarbeidere, som har realkompetanse, skal i gang med et kurs i psykisk helse som avholdes i regi av rådgiveren hos fylkeslegen (30.03.04, 31.03.04).

Kommunene med integrert modell er også flere og de varierer i størrelse. Den minste kommunen, G, har ikke noen plan for kompetanseutvikling for sine ansatte, og det påpekes at de økonomiske mulighetene for oppdatering via deltagelse på kurs og seminarer ikke er særlig stor. Det legges likevel til rette for at psykiatrisk sykepleier kan delta på arrangementer i regi av rådgiveren hos fylkeslegen.

Den første store kommunen, H, er aktiv med kurs og seminarer og det er satt av om lag 100 000 kroner i en pott de ansatte kan søke midler fra. Det påpekes at det ikke planlegges for nøye, fordi det er ønskelig å ha et rom for å være fleksibel for å fange opp interessante kurs etc. som kommer opp (26.04.04). Arbeidet må derfor karakteriseres som forholdsvis systematisk, selv om det ser ut til at ansatte selv må ta initiativet til å delta på kurs og seminarer.

Den andre store kommunen med denne organisasjonsmodellen, kommune I, driver heller ikke noe systematisk arbeid for å heve og styrke ansattes kompetanse. Det oppfattes som tilfeldig om ansatte får høre om kurs etc. og det oppfattes som tilfeldig om de får økonomisk støtte til å delta (04.05.04). Kommunen setter ikke av midler til kompetanseheving og driver heller ikke noe eget utviklingsarbeid på feltet. Psykiatrisk sykepleier oppfatter det også dit hen at reorganiseringen i forbindelse med de statlige styringssignalene tømte det psykiske helsearbeidet for kompetanse fordi den ble spredd på flere enheter i kommunen. Det ble gitt uttrykk for at kompetente medarbeidere gir signaler om at det ikke lenger er interessant å fortsette i psykisk helsearbeid fordi de verken får mulighet til å ta i

bruk sin spisskompetanse eller utvikle sin allerede oppnådde kompetanse videre. Inntrykket ansatte har er at alle skal være generalister, også i forhold til det psykiske helsearbeidet. Før reorganiseringen ble det arbeidet med å spre kompetanse også til ansatte i andre avdelinger, særlig i den somatiske hjemmetjenesten. Dette arbeidet var nå stoppet opp (ibid).

4.2.3 Overføring av kompetanse mellom enheter og avdelinger i kommunen; veiledning og hospitering

Veiledning og hospitering er kompetansehevingstiltak som er nært til ansattes hverdag. I det kommunale psykiske helsearbeidet er det slik at veiledning både gis og mottas av de ansatte. Når de selv får veiledning er det oftest av ansatte i DPS, BUP eller et sykehus, når de gir veiledning er det som regel til ansatte i andre kommunale enheter og avdelinger som kommer i berøring med brukere som også får tjenester fra psykisk helsearbeid. Veiledningen gis enten generelt om problematikk knyttet til psykisk helsearbeid eller den er spesifikk knyttet til enkelte brukere. Veiledning er også et tiltak som tas i bruk i forbindelse med en del etter- og videreutdanningstiltak. Hospitering er et tiltak som innebærer at ansatte fysisk forflytter seg til andre avdelinger i kommunen eller det kan være mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Hospitering

Hospitering fant vi i bruk som kompetansehevingstiltak kun i en av casekommunene. Det var i kommune C, som har organisert sitt psykiske helsearbeid i en enhetsmodell. Det var en sosionom i DPS som hospiterte i enheten for psykisk helsearbeid for å se nærmere på hvordan de organiserte og gjennomførte det sosiale arbeidet for brukerne i kommunen. I denne kommunen praktiseres hospitering og sosionomen, som i dette tilfellet er ”vert” for hospitanten, har en klar holdning til hvorfor dette er viktig:

> ”…. da kan vi lære å se hverandres begrensinger og muligheter. Det er viktig å ikke gå i skyttergraven for å beskytte seg selv, da mister vi perspektivet for brukerne” (11.11.03).

Hospitanten er med på vårt intervju, men holder seg i bakgrunnen og kommer med i samtalen kun mot slutten etter at det ”formelle” intervjuet er over. Å være til stede og delta i arbeidet i andre enheter for å lære hvordan de arbeider med

brukere er en målsetting med hospitering begge sosionomene er enige om.

Veiledning

Veiledning er i bruk som arbeidsredskap i mange av casekommunene. I kommune C, med enhetsmodell, fikk de ansatte på tidspunktet ikke noen former for veiledning. Kommunen har dårlig økonomi og veiledning er nedprioritert. Det ble gjort noen forsøk der nærmeste leder skulle fungere som veileder, men de ansatte motsatte seg en slik løsning. Rapportmøtet tas dermed i bruk som samtaleforum. Der tok de opp problemer som kunne oppstå i løpet av en arbeidsdag og det ble oppfattet som at ansatte "veiledet hverandre" (10.11.03). Kommune J har heller ikke systematisert noen form for veiledning. Det kommer fram i intervjuene at relasjonene til hjemmesykepleien betraktes som forholdsvis dårlige,[10] men som problemer som kan løses med veiledning eller muligheter for representanter for de to enhetene til å snakke sammen (11.10.04, 26.10.04, 09.03.05). I begge disse kommunene kommer det fram synspunkter om at de kommunalt ansatte i psykisk helsearbeid har høyere eller like høy kompetanse som ansatte ved sykehus og i DPS, og at kommunene har lite å hente, særlig på DPS.

Det ser ut til at kommunene med tjenestemodell kommer godt ut av det i spørsmålet om veiledning. I kommune A er veiledning satt i system på flere måter. For det første får psykiatriske sykepleiere veiledning fra DPS eller sykehus. Veiledningen er satt i system på den måten at det forsøkes å gjennomføre den forholdsvis regelmessig. Den er også generell i den forstand at det gjøres forsøk på å generalisere omkring konkrete problemer ansatte møter i sin arbeidshverdag, og temaene som tas opp i veiledningen bestemmes ut fra ansattes interesser og behov for kunnskap. Dette medfører at den også er orientert mot veiledning omkring enkeltbrukere og de spesielle omstendigheter det kan være rundt sykepleieres og andre ansattes kontakt med dem (19.05.03). Ansatte i psykisk helsearbeid gir også veiledning til ansatte i andre tjenester i kommunen. Det dreier seg først og fremst om ansatte i den somatiske hjemmetjenesten og i utrykningsenheten (AMK). Overfor AMK er veiledningen vellykket og det fungerer bra, overfor den somatiske hjemmetjenesten gikk det på tidspunktet noe trått, og det var kun en hjelpepleier som på eget

[10] Problemene skisseres som uheldig omtale av brukere, slurvete journalføring, for åpne journaler (alle kan gå inn og lese), upålitelighet i frammøte hos brukere, at det unnlates å gi beskjed hvis hjemmesykepleien ikke kommer eller er forsinket, at brukerne ikke kjennes igjen som registrerte bruker når de ringe og presenterer seg.

initiativ fikk veiledning i psykiatriproblematikk. Oppfatningen var at gruppelederne i den somatiske hjemmetjenesten ikke prioriterte det i tilstrekkelig grad (20.10.03).

I kommune B fikk de ansatte i psykisk helsearbeid veiledning fra DPS. Veiledningen er satt i system, og ansatte i det ambulerende teamet får regelmessig veiledning fra en psykolog og en psykiatrisk sykepleier. Teamet opererer også med ukentlige samlinger der det tas opp problematikk fra arbeidshverdagen, men også andre og mer generelle problemstillinger luftes. Ansatte gir også veiledning til andre ansatte i tjenesten for psykisk helsearbeid, det gjelder først og fremst ansatte i boenheten. Også ansatte i den somatiske hjemmetjenesten får veiledning på systematisk basis.

I kommune D, der det på tidspunktet nettopp var gjennomført en reorganisering og tjenesten for psykisk helsearbeid hadde mistet sin nærmeste leder, var det usikkerhet omkring veiledningen og informantene ga motstridende opplysninger. En informant pekte på at de både fikk og ga veiledning i det tidligere systemet, men at de visste lite om hvordan det ville bli i det nye, mens en annen mente at det tidligere systemet ville fortsette. Det hadde vært diskusjoner innad i teamet om hvorvidt veiledningen burde være generell eller knyttet opp mot konkrete problemer de ansatte møter i sin arbeidshverdag (27.10.03, sosionom og sykepleier).

I den siste kommunen, kommune E, fikk psykiatriske sykepleiere ikke veiledning. Kommunen lå på tidspunktet langt fra nærmeste DPS, og det ville være krevende å benytte seg av DPS-ressurser for å få veiledning. Det ble i stedet satset på å gi dem mulighet til å vedlikeholde noen faglige kontakter på utsiden av kommunen. Ansatte ga derimot veiledning. Det dreier seg først og fremst om veiledning til miljøarbeiderne i tjenesten for psykisk helsearbeid, men også ansatte i den somatiske hjemmetjenesten og i et psykiatrisk sykehjem fikk veiledning. Det ble også veiledet utover kommunegrensene (31.03.04).

I kommune F, som har stabsmodell, er boenheten for psykisk syke bemannet i sammenheng med kommunens PU- tjenestes bolig for psykisk utviklingshemmede. De psykiatriske sykepleierne gir veiledning til dem som arbeider spesifikt med brukere som får tilgang til tjenester fra det psykiske helsearbeidet. Veiledningen er ellers ikke satt i system og psykiatriske sykepleiere får ikke veiledning selv (19.02.04 1 og 2).

I kommunene med integrert modell, G, H og I, får de ansatte som har arbeidsoppgaver innenfor psykisk helsearbeid ikke veiledning. I

kommunene G og H er psykisk helsearbeid integrert i den somatiske hjemmetjenesten og psykiatriske sykepleiere gir de ansatte der veiledning. I kommune I er psykisk helsearbeid integrert i ulike tjenesteområder, og det kan se ut til at det er etablert en form for arbeidsdeling innenfor tjenesteområdene som medfører at veiledning i psykiatriproblematikk ikke anses som nødvendig (04.02.04, 26.04.04, 04.05.04).

4.2.4 Oppsummering

Det store bildet her er at organisering av psykisk helsearbeid i kommunen slår ut for om kommunene arbeider systematisk med videre- og etterutdanning, kurs og seminarer, samt veiledning og hospitering. Det er de fire kommunene som har etablert en tjenestemodell for psykisk helsearbeid som ser ut til å arbeide mest systematisk med slike tiltak. Det kan likevel tenkes at det systematiske arbeidet med kompetansehevingstiltak avspeiler at kommunene faktisk har tilbudt tjenester innenfor psykisk helsearbeid en lengre periode, og at organisasjonen har vært forholdsvis stabil. Trolig vil stabilitet ha betydning både for finansiering og kanalisering av midler til psykisk helsearbeid, samt for den kunnskapen den resterende kommuneorganisasjonen har om behovene for kompetanse tjenesten for psykisk helsearbeid har. Generelt kan de se ut til at kommuner som nylig har etablert eller reorganisert sitt psykiske helsearbeid kommer noe dårligere ut enn de andre kommunene angående kompetansehevende tiltak. Med ett unntak ser det ut til at kommuner med integrert modell kommer dårligst ut i form av at arbeidet med kompetansetiltak er minst systematisert og mest tilfeldig i de kommunene.

4.3 Bredde versus spesialisering i tiltak

Kommunene har ansvaret for at brukerne kan få tilgang til helhetlige tjenester eller at de kan få et bredt tjenestetilbud. Helhet, eller bredde, innebærer tilgang til allmennlegetjenester, bolig, bistand i bolig, støttekontakt, fritidsaktiviteter, dagsenter, opplæring og arbeid (St.meld. nr. 25 1996-97, s. 40-43). Skal et helhetlig tilbud være mulig, må kommunen bygge ut tiltak. Helhet i tjenesten innebærer likevel ikke bare at tjenestene bygges ut i henhold til måltallene, men også at det koordineres mellom de ulike kommunale tjenestene, samt mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Dette

betyr at kommunene har behov både for den faglige kompetansen, men også for system- eller administrativ kompetanse.

Problemstillingen som er stilt for dette avsnittet er at tverrfaglighet i rekrutteringen er en forutsetning for å klare å etablere en meny av spesialiserte og skreddersydde tiltak. Konsekvensen for kompetansen antas å være at når det arbeider ulike typer personale med treårig høgskoleutdanning i psykisk helsearbeid, vil det resultere i at det skapes møtepunkter mellom ulike typer kunnskap som kan medføre at praktisk psykisk helsearbeid fornyer seg. Brukere kan få vedtak på at de skal ha enkelttiltak, men også på at de skal ha rett til flere tiltak sett i sammenheng. Det kan innebære at brukere får tilbud om bolig fra sosialkontoret, samtaler og boveiledning fra psykisk helsearbeid, samt at kommunens hjemmetjeneste administrer 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.

Kommunens dekningsgrad for ulike typer tiltak er forholdsvis god. Individuelle samtaler ser ut til å være det mest brukte tiltaket i kommunene. I det kvantitative materialet kommer det fram at 88,3 prosent av kommunene tar dette i bruk i stor grad. Samtaler i grupper har en langt lavere utbredelse. Små kommuner bruker nesten ikke samtaler i grupper, mellomstore og store kommuner bruker det i noen grad. En viss andel av de største kommunene, til sammen ni av 42 kommuner, rapporterer at de i stor grad bruker samtaler i grupper som tiltak. Det innebærer dermed at ganske mange brukere likevel kan få tilbud om slike samtaler (Kalseth 2003). Casematerialet viser at det er psykiatriske sykepleiere og ansatte i det direkte arbeidet med brukere som gjennomfører individuelle samtaler, mens annet personale kan involveres i tiltak rettet mot grupper. I en av casekommunene ble det påpekt at det aktivt ble arbeidet med å gjøre samtale i grupper til et viktigere tiltak enn individuelle samtaler, og at dette var et kostnadsspørsmål fordi gruppesamtaler når flere med færre ressurser (11.10.04, 26.10.04, 09.03.05).

Dekningsgraden for boliger er også relativt god, det varierer noe med kommunestørrelse (Kalseth 2003). I materialet fra casekommunene kommer det fram at kommunene i stor grad underestimerer behovet for bolig for mennesker med psykiske lidelser, og at boligene kan sies å være fylt allerede før de er bygget (27.10.03, 11.11.03, 19.02.04).

Som vi så tidligere i kapittelet rekrutteres det et variert sett av pleiefaglig kompetanse til å arbeide i boligene, men det er personalet som arbeider i det direkte arbeidet med brukerne som veileder personalet i boligene med hensyn på problemstillinger som kan oppstå.

I spørsmålet om dekningsgrad for dagsentertjenester er det ikke uventet de små kommunene som har lavest dekningsgrad og som eventuelt ikke har åpent i helger, høytider og ferier. Av 220 kommuner som har svart at de har dagsenter er det kun to som har åpent seks dager i uken, mens 80 har åpent fem dager. I 24 kommuner er dagsenteret åpent bare en dag i uken. I de resterende kommunene er dagsenteret åpent mellom to og fire dager i uken. Materialet fra casekommunene understøtter denne tendensen, og det er de små kommunene som ikke har dagsenter. Arbeid med øvrig nettverk er et tiltak kommunene kun tar i bruk i noen grad. Det er kommunene som har fra 5000 til 20 000 innbyggere som til en viss grad rapporterer at dette er et mye brukt tiltak (Kalseth 2003). En kommunes mulighet til å tilby sine brukere av psykisk helsearbeid spesialiserte tiltak, er avhengig av at kommunen har et dagsenter som kan være base for forskjellige typer aktiviteter. I casekommunene er dagsenter et tiltak det fattes vedtak om at brukere skal ha tilgang til. Det fattes også vedtak om hvilke gruppeaktiviteter brukere kan benytte. Dagsentra er med andre ord ikke et lavterskeltilbud i den forstand at alle som ønsker det kan henvende seg dit og delta i sentrenes aktiviteter. De er et lavterskeltilbud i den forstand at det drives nettverksarbeid ved sentrene. Nettverksarbeid i denne forstand er for eksempel at det arrangeres kafé og at brukere kan komme og spise forholdsvis rimelige måltider, samt at dagsenteret fungerer generelt som et møtepunkt. Fellestiltakene som drives ved alle besøkte dagsentra er både rettet inn mot fysisk aktivitet, mot generell fritidsaktivitet eller det drives gruppevise tiltak.

Dagsentrene tas i bruk for å drive spesialiserte tiltak for avgrensede grupper av brukere. Eksempelet er aktivitetsgrupper for schizofrene kvinner over 50 år, eller bowlinggruppe for yngre mannlige brukere. Tiltakene organiseres av miljøterapeuter. Dette er en gruppebetegnelse på de ikke-pleiefaglig høgskoleutdannete velferdsyrkene. Det er dermed disse yrkesgruppene; sosionom, ergoterapeut, barnevernspedagog og til en viss grad fysioterapeuter, som besitter kunnskapen som tas i bruk i de spesialiserte tiltakene. Tabell 2.1 viser at det er en økning i årsverk for sosionomer og barnevernspedagoger, men nedgang for fysioterapeuter. Ergoterapeuter er ikke inkludert i oversikten. Det ser ikke ut, i dette materialet, som om vernepleierne på samme måten er en del av dette personalet. Den sektor- eller

etatsorienterte tilordningen av fag til oppgaver plasserer vernepleiere i boligene, sammen med i hovedsak lavere utdannet pleiefaglig personale som hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere.

Det er likevel unntak fra dette bildet. Det første er kommune E, der psykiatriske sykepleiere involverte miljøarbeiderne både i breddetiltak og i de spesialiserte tiltakene. Miljøarbeiderne, som er ansatte med realkompetanse, deltar både i det direkte arbeidet med brukere i den forstand at de arbeider hjemme hos brukere, og de deltar i gjennomføringen av mer spesialiserte tiltak i regi av dagsenteret. Det andre unntaket er kommune B der dagsenteret ble ledet av pleiefaglig personale som organiserte grupper og drev nettverksarbeid for brukerne, mens det var ansatt sosionomer i det ambulerende teamet. Det tredje er kommune D, som også har organisert sitt direkte arbeid med brukere i team, og der det er ansatt sosionom og ergoterapeut. Det påpekes i intervjumaterialet at de spesialiserte tiltakene er meget følsomme for endringer i de økonomiske betingelsene og ved nedskjæringer er det slike tiltak som skjæres bort først. Det ble kalt å være fleksibel (11.04.04).

Dekningsgraden for støttekontakter både for voksne og barn og unge er forholdsvis god (Kalseth 2003). Materialet fra casekommunene støtter ikke denne observasjonen. I de besøkte kommunene arbeides det forholdsvis lite med støttekontakter. Noen av de intervjuede psykiatriske sykepleierne uttrykker tydelig at de ikke er tilhengere av støttekontakter, delvis fordi de opplever at voksne brukere ikke etterspør tiltaket, delvis fordi kommunene ikke har kulturtiltak å tilby og delvis fordi de er av den mening at støttekontakter har for dårlige arbeidsbetingelser (27.10.03, 30.04.04). I casekommunene er det sosialkontoret som administrerer ordningen, men i den grad støttekontakter tas i bruk er det de psykiatriske sykepleierne i det direkte arbeidet med brukerne som har ansvaret for veiledning og kursing av dem.

Det kan dermed se ut til at mange kommuner har mulighet til å tilby sine brukere brede eller helhetlige tiltak, men at muligheten til å tilby spesialiserte tiltak er langt dårligere. I tråd med det er individuelle samtaler det tiltaket flest brukere får tilgang til, og de gjennomføres i stor grad av brukernes primærkontakter. Det er som oftest en psykiatrisk sykepleier.

At en kommune har helhet og bredde i tilbudet sitt, behøver ikke bety verken at den kan tilby spesialiserte tiltak eller at de har bredde i sin rekrutterte kompetanse. Kapitlene to og tre viste at den pleiefaglige orienteringen er sterk i kommunene, og i de tilfellene tjenestene fra

psykisk helsearbeid må kompletteres med tjenester fra den somatiske hjemmetjenesten så styrkes denne trenden. Det gjør den også med hensyn på den typen kompetanse som ansettes for å gi boveiledning. Det vil si at kompetansen i mange kommuner er smal. I en del kommuner, spesielt i små, er det ikke et dagsenter som kan bryte opp denne forholdsvis smale pleiefaglige orienteringen. Samtidig er det rekruttert i tråd med etablerte forventinger til hvilke oppgaver ulike yrkesgrupper skal arbeide med, slik at det i hovedsak er psykiatriske sykepleiere som er operative i psykisk helsearbeid i små kommuner.

Det blir også påpekt at det kan være problematisk å drive nettverksarbeid i små kommuner fordi det stilles spørsmål ved psykiatrisk sykepleiers arbeidsoppgaver når det drives såkalt sosial trening eller aktivisering. Dette kan tolkes dit hen at psykiatriske sykepleiere kontrolleres i sin yrkesutøvelse på en slik måte at de ikke kan gå ut over de rent pleiefaglige oppgavene. Nettverksarbeid kan det også være vanskelig å drive fordi mange brukere har problemer med å vedkjenne seg at de faktisk er brukere av tjenester i psykisk helsearbeid. Det blir dermed vanskelig å få dem til å benytte seg av tiltak, og det blir vanskelig for brukere av psykisk helsearbeid å drive organisasjonsarbeid (Helgesen 2004).

På dette stadiet i evalueringen, og med de data som er tilgjengelige angående rekruttering, er det ikke grunnlag for å trekke en konklusjon om at det rekrutteres bredt i alle kommuner. Kapittel to viste at rekrutteringen i stor grad fortsatt retter seg mot den pleiefaglige kompetansen, det er begynt å snu, men trolig uten at det enda utgjør store utslag angående den kompetansen kommunene har på området psykisk helsearbeid. Analysene her, og i kapittel tre, viser heller ikke til at casekommunene tenker nytt i forhold til rekruttering og kompetanseheving. Det er etablert et mønster definert av koblingen av arbeidsoppgaver og fag på de kommunale helse- og sosialfeltene, som også nedfeller seg i det psykiske helsearbeidet. Dette medfører at høgskoleutdannet personell rekrutteres til på forhånd definerte arbeidsoppgaver, og det ser ut til at arbeidsdelingen mellom dem er ordnet på en slik måte at det ikke egentlig finner sted noe ”møte” mellom ulike typer kunnskap.

4.4 Avslutning

Gjennomgangen av casekommunenes arbeid med kompetanseheving tyder på at utviklingen har to hovedtrekk. For det første tenkes det

tradisjonelt i kommunene. Vi viste i forrige kapittel at arbeidet med rekruttering i hovedsak var styrt av at bestemte arbeidsoppgaver ble tilordnet bestemte yrkesgrupper. Dette ser ut til å videreføres når kommunene skal arbeide med kompetanseutvikling og kompetanseheving i den forstand at det er yrkesgruppene som er i direkte arbeid med brukerne som i størst grad får tilbud om videreutdanning. Det er hovedsakelig psykiatriske sykepleiere, mens miljøterapeuter, altså de andre treårige høgskoleutdannete velferdsyrkene, som i hovedsak driver nettverksarbeid, i mindre grad får det. Likevel er det to informanter med ikke-pleiefaglig utdanning som har tatt SEPREP- tverrfaglig videreutdanning.

Trolig skal det en del til før dette mønsteret endres. Blant annet ser det ut til at endringer i det psykiske helsearbeidet må forankres i prosesser kommunene selv setter i gang. Som vist både i dette og tidligere rapporter (Helgesen 2004 og Myrvold og Helgesen 2005) har noen kommuner brutt opp den sektorspesifikke rekrutteringen. Kjennetegn ved dem er at de har opphevet den administrative sektororganiseringen ved at psykisk helsearbeid ikke er lagt til hjemmesykepleien, de har en person som fungerer som leder av en enhet eller en tjeneste for psykisk helsearbeid, de har dagsenter og de har organisert det direkte arbeidet med brukerne i team. Teamorganiseringen av det direkte arbeidet med brukerne ser ut til å ha betydning for at det skal kunne etableres møtepunkter mellom ulike typer kunnskap i det psykiske helsearbeidet.

For det andre ser det ut til at den kommunale økonomien legger føringer på hvordan det er mulig å arbeide med kompetanseheving selv om det er mulig å sette av midler til dette innenfor rammen av opptrappingsplanen. Det er kun i en av casekommunene at det settes av et betydelig beløp som skal finansiere kurs og lignende. I store kommuner for øvrig ser det likevel ut til at det gjøres forsøk både på å systematisere arbeidet med kompetanseheving og gi tilbud om det. I de fleste kommunene av en viss størrelse opplevde de ansatte det slik at det var noen muligheter, selv om de kunne være meget små. Jamfør kommune C og potten på 13 000 kroner i året.

5 Kommunal organisering; bestiller-utfører-modeller som løsning?

5.1 Innledning

Kommunene i Norge er i sterk endring i spørsmålet om organisatoriske løsninger. Kommuneloven fra 1992 har gitt kommunene mulighet til å selv velge hvordan de vil organisere både sin politiske og administrative virksomhet. Dette har gitt et mangfold av organisasjonsløsninger i kommunene, men innenfor rammene av i hovedsak en modell som kalles flat struktur og resultatenheter. Hvordan denne organisasjonsløsningen fungerer for psykisk helsearbeid har Myrvold og Helgesen 2005 analysert. I dette kapittelet skal vi gå noe videre med slike spørsmål, og se på hvordan implementeringen av bestiller-utfører-modell påvirker relasjonen mellom administrasjon og utførelse innenfor det psykiske helsearbeidet i kommunene. Det vil gås noe generelt inn på denne problemstillingen, men også hvordan kompetansen i det psykiske helsearbeidet påvirkes skal det sies litt om.

5.2 Organisasjonsløsninger i kommunene

Den tradisjonelle politiske hovedutvalgsmodellen med fire utvalg – skole/utdanning, helse- og sosial, kultur og teknisk – og der utvalgene ofte hadde beslutningsmyndighet på sine felter, er i flere og flere kommuner skiftet ut med en modell med komiteer. Komiteene kan være organisert i en formålsmodell eller i en funksjonsmodell, og forskjellen mellom dem er at formålsmodellen fordeler oppgavene

mellom komiteene etter tjenestetype, mens i funksjonsmodellen fordeles oppgavene etter oppgavetype. Funksjonsmodellen er forholdsvis lik den tradisjonelle sektorinndelte kommunen, men tjenestene kan grupperes sammen i komiteer på nye måter. For eksempel etableres det oppvekstkomiteer. Fra 1992 til 2004 kan det se ut til at hovedutvalgsmodellen er så godt som utradert. Mens det i 1992 var 84, 1 prosent av norske kommuner som hadde hovedutvalgsmodell, er det i 2004 3.5 prosent som oppgir det samme. Hele 15,3 prosent av kommunene har ingen faste utvalg, mens 11,8 prosent av kommunene har valgt å organisere seg med komiteer, men uten å gi dem beslutningsmyndighet (Hovik og Stigen 2004:28-31).

Kommunenes administrative organisering er i sterk endring. Først og fremst kommer dette til syne ved at den administrative organiseringen løsrives fra den politiske organiseringen. De politiske hovedutvalgene forutsatte korresponderende administrative sektorer, det vil si at politisk og administrativ organisasjon hadde tilsvarende oppgaver, for eksempel innenfor skole eller helse- og sosial. Administrative sektorer var organisert hierarkisk og det var gjerne etablert flere nivåer av ledelse. I komitémodellen er det ikke nødvendigvis korrespondanse mellom politiske komiteer og administrative sektorer. Det vi også ser er at den kommunale administrative organisasjonen blir flatere, det vil si at antallet ledernivåer i kommunene reduseres.

Tabell 5.1 viser antall nivåer i den kommunale administrative organiseringen per 2004.

Tabell 5.1 *Antallet faktiske ledernivåer mellom administrasjonssjef og ledere for utøvende tjenester. Prosent, absolutte tall i parentes*

Nivåer	Antall kommuner
Ingen	40, 7 (134)
Ett	38,6 (127)
To	13,1 (43)
Flere	4,9 (16)
Varierer	2,7 (9)
N=100 %	329

Kilde: Hovik og Stigen (2004:60)

Som tabellen viser er det fortsatt mer enn 50 prosent av kommunene, som har svart på spørsmålet, som har ett eller flere nivåer mellom resultatenhetsleder og rådmannsnivå, mens det er 134 kommuner som har en flat struktur bestående av resultatenhetsleder og rådmannsnivå. Av de 11 casekommunene i denne undersøkelsen er det ni som har reorganisert til flat struktur.

Flat struktur innebærer at ledere ved kommunale resultatenheter eller tjenestesteder står direkte i kontakt med rådmannsnivået og at eventuelle mellomledere som helse- og sosialsjef er borte. Slike modeller, med denne formen for organisering av samhandling mellom administrasjon og utførelse av kommunale oppgaver, antas å legge spesielt godt til rette for innføring av bestiller-utfører-modeller for kommunal oppgaveløsning (Ramsdal og Hansen 2005). I bestiller-utfører-modeller etableres det en forvaltningsenhet, ofte på rådmannsnivå, som har kompetanse til å utferdige bestillinger hos utøvende enheter, og denne får dermed en koordinerende funksjon.

Det er pekt på at den flateste strukturen på kommunal administrasjon langt fra er ideell for implementering av psykiske helsearbeid (Myrvold og Helgesen 2005). Dette skyldes at modellen ikke legger til rette for koordinering og for at det etableres arenaer der profesjonelle medarbeidere kan komme fram til omforente løsninger når tjenesten skal tilpasses nye eksterne krav. På den annen side synes det som om psykisk helsearbeid kan gjennomføres på gode måter i kommuner der arbeidet er organisert som egen tjeneste innefor et større tjenesteområde, samt der det er etablert forvaltningsenheter på rådmannsnivå som fungerer som buffere mot eksterne krav og som har som oppgave å legge til rette for koordinering (ibid:57). Dette rapporten skal derfor gå noe nærmere inn på andre organisasjonsløsninger som velges i kommunene, først og fremst bestiller-utfører-modeller.

Tabell 5.2 presenterer en oversikt over casekommunene og organisasjonsløsninger de har valgt.

Tabell 5.2 *Oversikt over organisasjonsløsninger i casekommunene*

Kommune	**Beliggen-het**	**Antall innb.**	**Politisk organisering**	**Administrativ organisering**	**Organisering av psykisk helsearbeid**
A[11]	Vestlandet, sentralt	235450	Parlamentarisme med komiteer	Områdemodell	Tjeneste i pleie og omsorg
B	Østlandet, relativt sentralt	21884	Hovedutvalg	Virksomheter (bestiller-utfører-modell)	Tjeneste i pleie og omsorg
C	Nord-Norge, sentralt	22967	Komitémodell	Resultatenheter	Egen enhet
D	Østlandet, mindre sentralt	14918	Fagkomiteer	Virksomheter	Tjeneste i helse- og sosial
E	Vestlandet, mindre sentralt	3923	Hovedutvalg	Resultatenheter	Tjeneste i rehabiliterings-avdeling
F	Nord-Norge, mindre sentralt	3136	Utvalg	Virksomheter	I stab hos rådmann
G	Vestlandet, mindre sentralt	2318	Utvalg	Sektor	Integrert i pleie og omsorg
H	Vestlandet, relativt sentralt	23955	Utvalg	Sektor	Integrert i helse og sosial
I	Østlandet, relativt sentralt	24946	Komitémodell	Virksomheter (bestiller-utfører-modell)	Integrert i flere kommunale tjenester
J	Østlandet, sentralt	27534	Utvalg	Virksomheter (bestiller-utfører-modell)	Egen enhet
K	Østlandet, sentralt	49044	Hovedutvalg	Virksomheter (bestiller-utfører-modell)	Egen enhet

Kilder: Kommunenøkkelen, intervjuer i kommunene

[11] Kommune A er en bydel i en større kommune, her er det kommunens innbyggertall som oppgis.

5.3 Bestiller-utfører-modeller

Bestiller-utfører-modeller (best-ut) er i ferd med å bli en vanlig måte å organisere forholdet mellom administrasjon og utførelse av kommunale oppgaver. Modellens hovedprinsipper er:

- Et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestilleroppgave) på den ene siden, og tjenesteproduksjon (utføreroppgaver) på den annen side
- Tydeliggjøring av omfang, innhold og kvalitet på tjenestene
- Bestilleren bestemmer omfang, innhold og kvalitet på tjenestene, utføreren leverer tjenester i samsvar med kontrakt. I sin rene form forutsettes et system for prissetting av tjenestene med tilpassede regnskapssystemer, hvor "pengene følger brukeren" (Ramsdal og Hansen 2005).

Modellen hevdes videre å synliggjøre graden av samsvar mellom ressurser og behov, gi bedre kontroll med kostnader og bedre muligheter for kostnadseffektivisering, samt å legge bedre til rette for å ivareta brukeres rettssikkerhet og likebehandling. Dette kan skje fordi saksbehandlingen profesjonaliseres (ibid).

Organisatorisk innebærer modellen at det etableres en egen bestillerenhet i den kommunale administrasjonen, som ofte er fysisk atskilt fra utførerorganisasjonene. En slik enhet er etablert fordi det innføres elementer fra privat organisering i kommunen. Den kan tas i bruk i kommuner der det er fattet beslutning om at kommunale tjenester skal konkurranseutsettes, og enheten kan da, i prinsippet, gjøre bestillinger til både kommunale og private tjenesteprodusenter. Modellen er også innført i kommuner som ikke har konkurranseutsatt sin tjenesteproduksjon og da gjøres det bestillinger kun til kommunale tjenesteprodusenter. I følge Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase var det kun 2,7 prosent av norske kommuner som hadde innført bestiller-utfører-modell på alle sine tjenesteområder i 2004, mens det var 17,8 prosent som hadde innført det på noen av sine tjenesteområder. Det vil innebære at det er om lag 20 prosent av norske kommuner som arbeider på denne måten. Det var 337 kommuner som svarte på dette spørsmålet, det betyr at opplysningene ikke er fullstendige, og Kommunenes Sentralforbund opererer med et tall på om lag 30 prosent av norske kommuner som har innført

bestiller-utfører-modeller. Ramsdal og Hansen (2005) peker på at det er de største kommunene som innfører slike modeller og at nesten 50 prosent av befolkningen derfor bor i kommuner som har innført slike modeller.

Tabell 5.4 viser til i hvilken grad kommunene har konkurranseeksponert et utvalg kommunale tjenester.

Tabell 5.3 *Kommunenes ivaretakelse av utvalgte oppgaver (Aritmetisk gjennomsnitt). N [149, 298]*

Oppgave	**Egen driftsorg.**	**Kommunale foretak**	**Interkommunalt samarbeid**	**Aksjeselskap**	**Kjøp fra private/ frivillige**
Vannforsyning	79,8	0,6	11,5	2,1	5,9
Renovasjon (innsamling/ transport)	7,6	0,0	63,3	15,9	13,2
Veivedlikehold/ snørydding	48,4	0,2	0,5	0,4	50,5
Kino	58,5	1,7	0,7	5,4	33,7
Kulturhus	74,9	3,1	0,0	8,7	13,0
SFO	99,5	0,0	0,1	0,0	0,4
Barnehager	85,6	0,0	0,2	0,1	13,9
Hjemmebaserte omsorgstjenester	99,8	0,0	0,0	0,0	0,2
Institusjonsbasert omsorgstjenester	98,6	0,0	0,5	0,0	0,9
Trygghetsalarm	79,6	0,0	8,0	0,4	12,0
Aktivitetstilbud for funksjonsh.	91,4	0,1	2,3	3,3	3,0
IT	96,7	0,0	2,8	0,1	0,0
Renhold	94,9	1,2	0,0	0,5	3,0
Vaskeritjeneste	63,6	0,8	1,9	10,9	22,8

Kilde: Hovik og Stigen 2004:81 og 85

Som det kommer fram her er psykisk helsearbeid ikke skilt ut som egen tjeneste i denne tabellen, men de tjenestene som er aktuelle for vårt formål, hjemmebaserte og institusjonsbaserte omsorgstjenester, ivaretas stort sett i sin helhet innenfor kommunenes egne driftsorganisasjoner. Den hjemmebaserte omsorgen er i langt de fleste tilfellene også vertskap for psykisk helsearbeid, og ut fra det vi ser i tabellen kan vi da slutte at de tjenestene innenfor psykisk helsearbeid som brukerne får tilgang til i meget liten grad produseres utenfor den kommunale organisasjonen. Når det er snakk om bestiller-utfører-modeller er det altså den varianten der det er etablert et bestillerkontor som bestiller tjenester fra kommunale tjenesteprodusenter som omtales. Bestiller-utfører-modeller vil kunne være etablert uavhengig av hvordan kommunene har organisert sitt psykiske helsearbeid, vi

finner det i kommuner som har psykisk helsearbeid både som egen enhet (J og K), tjenestemodell (B) og integrert modell (I).

Ramsdal og Hansen (2005) viser at innenfor psykisk helsearbeid kan modellen utformes på to måter: som ”hard” og ”myk”. Det innebærer at modellen tilpasses til forhold i den enkelte kommune, og at den ”harde” varianten er mer ideologisk enn den ”myke”. Modellen vil altså ha ulikt innhold avhengig av hvilken kommune som iverksetter den. Tabell 5.5 viser de to utformingene av bestiller-utfører-modellen.

Tabell 5.4 *Utforming av bestiller-utfører-organisering*

Relasjoner	**”Hard”**	**”Myk”**
Organisering av relasjoner	Formelle/eksterne	Mindre formelle/interne
Kontraktsformer	Detaljerte/kvantifiserte bestillinger	Rammestyring – generelle bestillinger knyttet til ikke-kvantifiserte resultater
Kontaktformer	Ikke løpende kontakt mellom bestiller og utfører - sosial avstand	Løpende kontakt, uformelle møtepunkter for justeringer av bestillinger
Kompetanse	Ulik kompetanse hos bestiller/utfører	Felles kompetanse hos bestiller/utfører
Økonomistyringssystem	Innsatsstyrt finansiering (ISF)	Rammefinansiering

Kilde: Ramsdal og Hansen (2005:6)

Hard og myk beskriver relasjonene mellom bestillere og utførere. Den harde forutsettes å være i samsvar med en lineær koordineringsmodell der en administrativ eller økonomisk logikk får legge betingelser for hvordan yrkesgruppene og brukerne møter systemet. Den myke ses som en sirkulær modell, eller som bestående av sirkulære arbeidsprosesser, der brukeres behov får stå i sentrum for det samme møtet (Ramsdal og Hansen 2005, Helgesen 1997). Dette utgjør de kriteriene vi vil diskutere bestiller-utfører-modellen langs.

5.4 Empirisk analyse

I de kommunene vi har studert har til sammen fire tatt i bruk bestiller-utfører-organisering. Vi har her valgt å ta utgangspunkt i to kommuner som viser hvordan "hard" (kommune K) [12] og "myk" (kommune J) [13] modell fungerer. Også en tredje kommune, B, skal bringes noe inn i analysen. De to kommunene er begge relativt store bykommuner, med henholdsvis vel 50.000 og 30.000 innbyggere. De to kommunene har mange ansatte i sitt psykiske helsearbeid – henholdsvis ca. 60 og ca. 30 ansatte. De ansatte i den største kommunen er knyttet til et omfattende tilbud til brukergruppen, med blant annet dagsenter, døgnbaserte tjenester, ambulerende team og boligtilbud. Den andre kommunen har ennå ikke etablert dagsenter/dagtilbud, og har gjennomgående et mindre utbygd tilbud til brukergruppen. I denne kommunen er rusforebyggende arbeid og psykisk helsearbeid slått sammen i en virksomhet for rus og psykiatri. Ca. 10 mennesker arbeider i det en kan betegne som psykisk helsearbeid. I begge kommunene er det etablert teamorganisering med teamledere/-koordinatorer. Tilbudet til mennesker med psykiske lidelser har vært og er i ekspansjon, og har opplevd sterk vekst etter at opptrappingsplanen ble påbegynt.

Bestiller-utfører-organisering i omsorgstjenestene dreier seg dels om bestillinger om oppgaver som skal utføres innenfor økonomiske rammer for den enkelte resultatenhet eller virksomhet. Det kalles den "store" bestillingen. Dels dreier det seg om vedtaksbestillinger knyttet til enkeltbrukere. Det er den "lille" bestillingen. I de to kommunene vi tar for oss her er det valgt ulike måter å organisere bestillingene på. I den kommunen preget av det vi betegner som "hard" modell er det skilt mellom ulike bestillerenheter, mens den andre kommunen har valgt å la samme bestillerenhet stå for både den "store" og "lille" bestillingen.

5.4.1 "Hard" modell – formell best-ut og psykisk helsearbeid.

Bestiller-utfører-organisering ble etablert i 2002 i den største kommunen. Modellen regulerer i første omgang relasjoner mellom et overordnet bestillernivå og et utførernivå. Bestillingene har form av

[12] Intervjuer i denne kommunen er gjennomført 30.06.04, 21.08.04, 23.08.04, 25.08.04, 30.08.04 og 31.08.04.
[13] Intervjuene i denne kommunen er gjennomført 21.09.04, 11.10.04, 26.10.04, samt med teamansvarlige også 26.10.04, 03.02.05 og 09.03.05.

kontrakter som pålegger utførerenheter å gjennomføre bestemte oppgaver. I forhold til de tiltak og tjenester vi er opptatt av, dreier relasjonen seg om to forhold:

Den ”store” bestillingen ligger i kontrakten mellom overordnet nivå, mer spesifikt Kommuneområde Drift, og de 57 virksomhetene, hvorav psykisk helsearbeid er en. Her er det avtalt om mål og resultat for tjenestenes kvalitet og omfang, iverksetting av kommunens arbeidsgiverpolitikk, og ressursrammer, det vil si personal og økonomi. Disse kontraktene er knyttet til de såkalte 2.0-forhandlingene, der virksomhetsleder og Kommuneområde Drift forhandler frem de konkrete mål og rammer virksomheten skal arbeide innenfor. Det er viktig å understreke at denne bestillingen har form av en kontrakt med virksomhetsleder personlig, og legges til grunn for gjennomføringen av prinsippet om totalansvarsledelse innenfor selvstendige virksomheter (men opprettelse/ nedleggelse av stillinger, tilsetting og lønnsfastsetting er ikke delegert til virksomhetslederne).

Den andre bestiller-utfører-relasjonen dreier seg om de ”små” bestillinger som foretas fra Brukersenteret til utførerenheter. Disse bestillingene har i vår sammenheng form av vedtak, som er knyttet til helse- og sosiallovgivningen, og til kommunens prinsipper for tiltak og tjenester til brukergruppen. Disse vedtakene vil kunne innbefatte tiltak og tjenester fra en eller flere utførerenheter.

Til sammen vil 2.0-avtalene og vedtakene danne utgangspunkt for mål, rammer og aktiviteter virksomhetene til enhver tid har.

Saksgangen i ”hard” modell.

Det er den teoretiske best-ut-modellen som danner utgangspunkt for hvordan rutinene legges opp. En sak skal starte opp med at brukersenteret får en søknad om hjelp fra tjenesten for psykisk helsearbeid. Slike søknader eller henvendelser kan komme fra spesialisthelsetjenesten, privatpraktiserende leger og/eller psykologer, eller brukeren selv. På bakgrunn av disse henvendelsene tar så brukersenteret kontakt med brukeren og finner ut hvilket behov vedkommende har. I tråd med dette behovet utformes det så et vedtak. Det er hvordan brukersenteret oppfatter brukerens behov som er avgjørende for innholdet i vedtaket. Hvorvidt tjenestene har ressurser til å effektuere vedtaket tas ikke med i vurderingen, men kommunens økonomiske situasjon er kjent slik at det ikke vedtas tjenester utover det som anses påkrevd. Brukersenteret legger også stor vekt på å utforme tjenester som utfyller hverandre og vedtar gjerne at det skal

opprettes en individuell plan og ansvarsgruppe dersom dette anses nødvendig for å skape et helhetlig og samordnet tilbud.

Denne måten å gjennomføre saksbehandlingen forutsettes å ivareta mange viktige målsettinger:

Først og fremst skal modellen ivareta et klart brukerfokus ved at det er brukerens behov som styrer innholdet i vedtakene, ikke kommunens økonomi eller tjenestenes kapasitet.

Dernest anses det som en fordel for brukeren at vedkommende gjennom en henvendelse til kommunen får de tjenestene vedkommende har behov for, uten å måtte sende en søknad til hver av de ulike kommunale tjenestene. Best-ut-modellen fungerer altså som en én-inngangsløsning, og bidrar på denne måten til at brukeres kontakt med kommunen forenkles. Brukersenteret har også fra første stund oversikt over hvilke tjenester som er aktuelle og sørger derfor for at kommunen gir et helhetlig tilbud og at de ansatte samarbeider der dette er hensiktsmessig.

Det er oppfatningen i kommunen at en slik samordning av saksbehandlingen bidrar til å redusere ressurser i forhold til hva som ville skjedd dersom hver enkelt tjeneste skulle saksbehandle sin del av tjenestetilbudet hver for seg.

Utgangspunktet for modellen er også et ønske om å ta i bruk innsatsstyrt finansiering (ISF) ved at det til hvert vedtak følger med penger til å iverksette tiltakene som er tildelt. Alle vedtak skal være tidsavgrensete og tilskuddene skal dermed bare overføres til virksomheten for den tid vedtaket gjelder. Denne ordningen er ennå ikke tatt i bruk.

Forholdet mellom formell modell og praksis.

Vi har foran beskrevet hvordan en har gitt best-ut-modellen en lokal tilpasning gjennom utforming av formelle rutiner for saksbehandling. Problemet er at denne modellen bare i begrenset grad fungerer i praksis. De tilbakemeldinger vi har fått tyder på at det heller er unntaket enn regelen at modellen følges. I praksis synes saksgangen i hovedsak å følge følgende beskrivelse:

Henvendelsen kommer til brukersenteret. Kommer denne skriftlig fra en henvisende instans synes det å være greit. Problemer ser ut til å oppstå dersom noen ønsker å ta direkte kontakt. Brukersenteret betjener publikum fra kl. 12.00 til 14.00 hver dag. Dette er en nokså avgrenset tidsramme, og både våre egne erfaringer og tilbakemeldinger fra informantene tyder på at selv i åpningstiden er

brukersenteret vanskelig tilgjengelig. Dette må ses i sammenheng med at det kun er en person ved Brukersenteret som har ansvar for å foreta bestillinger på tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Dette gjør Brukersenteret sårbart, både med hensyn til at vedkommendes tilgjengelighet er avgjørende for å foreta bestillinger, og ved at vedkommende fungerer som en enslig kompetanseinstans i forhold til de faglige vurderingene som foretas for brukergruppen.

Saksbehandlingen ved brukersenteret er slik vi oppfatter det, likevel rask. Det går kort tid fra en henvendelse er mottatt til det foreligger et vedtak. Disse vedtakene formidles så skriftlig til de ulike virksomhetene og teamansvarlige.

Teamene har i utgangspunktet ikke ledige ressurser. Det tar derfor en viss tid før vedtakene blir iverksatt fullt ut. Det betyr sjelden at brukeren ikke får hjelp i det hele tatt, det er mer vanlig at en person som har fått vedtak om hjelp i for eksempel 4 timer i uken, den første tiden må klare seg med en time, og at det så økes gradvis opp mot vedtakets ramme.

I den første tiden best-ut-modellen var gjeldende var vedtakene svært presise, men erfaringen viser at behovet for tjenester for denne gruppen kan variere over tid. Vedtakene blir derfor nå i stadig større grad utformet mer fleksibelt ved bruk av formuleringer som at tjenesten skal ytes ”etter behov”.

Et annet problem som synes å være vanlig i forhold til denne brukergruppen, er at det gjerne må opprettes en mer langvarig kontakt før det foreligger et tillitsforhold som er godt nok til at brukeren klarer å beskrive alle sine behov. Det er derfor slett ikke uvanlig at tjenesteyterne etter en tid ser at det er behov for et annet sett av tjenester enn det som er tildelt. Normalt er det da ikke de ansatte som skal ta kontakt med brukersenteret for å få et nytt vedtak, men brukeren selv. Mange av disse brukerne er imidlertid ikke selv i stand til å sende ny søknad til brukersenteret og det blir derfor gjerne en av de ansatte som må ta oppgaven med å lage en slik søknad.

Det samme gjelder når tidsrammen for vedtaket løper ut. Forutsetningen synes å være at det er brukerens oppgave å vite når et vedtak løper ut, noe som ikke alltid er tilfellet. Det er derfor uklare rutiner på hva som skal gjøres dersom brukeren selv ikke er i stand til å formulere en søknad om videreføring av tilbudene. I praksis blir det gjerne en av de ansatte som tar på seg oppgaven med å lage en slik søknad. For en del av de åpenbart kroniske brukerne er det nå blitt mer vanlig å legge til rette for at vedtakene ikke blir tidsavgrensete.

5.4.2 ”Myk” modell – modifisert best-ut og psykisk helsearbeid

Bestiller-utfører-organisering ble her etablert allerede i 1997 for pleie- og omsorgssektoren. Da var konkurranseutsetting en del av prosjektet, og sykehjem ble privatisert. I 2001 ble det vedtatt ny organisasjonsmodell der kommunen i sin helhet ble organisert etter bestiller-utfører-prinsippene. I 2003 ble det imidlertid endring i kommunens politiske regime, det innebar at løsningene med hensyn til konkurranseutsetting og eksterne utøvere er revurdert. Per i dag dreier bestiller-utfører-organisasjon seg om kun *interne* best-ut-relasjoner, det vil si at det ikke lenger kjøpes tjenester fra private tilbydere. Samtidig revurderes organiseringen av hele pleie- og omsorgssektoren, og spørsmålet om hvorvidt en skal videreføre best-ut-organiseringen blir vurdert.

Historien til best-ut i denne kommunen preges av at det har vært benyttet som organisasjonsmodell for deler eller hele kommunen i 8-10 år. Da modellen ble etablert som overordnet styringsmodell ble det pekt på tre hovedbegrunnelser: For det første mente en at *utgiftene* til drift kunne reduseres, noe som var nødvendig ut fra kommunens vanskelige økonomiske situasjon. For det andre ble det pekt på at brukerne ville få *bedre rettsikkerhet* gjennom enkeltvedtak. For det tredje ble det argumentert med at *de ansatte ville få fordeler* av modellen, i og med at prisfastsettingssystemet ville medføre at flere oppgaver gir mer penger til virksomheten. I den gamle modellen hadde virksomhetene alle funksjoner, også vedtak – hvis man i det hele tatt hadde vedtak. Hovedproblemet her var at vedtak og tjenester ikke var i samsvar på grunn av personalmangel og for stramme rammer. Dette, ble det hevdet, hang ikke sammen.

I intervjuene peker mange på at det etter hvert er etablert et erfaringsgrunnlag som har modifisert og tilpasset prinsippene fra bestiller-utfører-organisasjon til den lokale situasjonen. Dette dreier seg dels om den overordnete ledelsen. Tidligere var rådmannsteamet splittet med tre kommunalsjefer, i samsvar med strukturen gitt av bestiller-utførerprinsippet. En av kommunalsjefene hadde da ansvar for bestillinger (forvaltningsenheten), mens en annen hadde ansvar for bestillerenhetene. Dette viste seg å bli en kunstig oppdeling i forhold til tanken om teamorganisering i overordnet ledelse. Nå er skillet mellom bestillere og utførere etablert på de lavere nivåene i organisasjonen. Også i denne kommunen er det foretatt betydelige modifikasjoner i forhold til den teoretiske modellen.

Saksgangen i "myk" modell.

I denne kommunen er det den samme enheten; forvaltningskontoret (noen ganger kalt forvaltningsenheten), som har ansvar for både den "store" og "lille" bestillingen. Dette skiller seg noe fra mange andre kommuner som har valgt bestiller-utfører-organisering der ulike enheter ivaretar henholdsvis de "store" og "små" bestillingene. Rammene for de "store" bestillingene kan forstås som en konkretisering av økonomiplanen. Her avklares hvilke tjenester som skal leveres av virksomhetene, samt omfang og oppgavefordeling. Det viktigste aspektet ved dette er at forvaltningskontoret har ansvar for å se til at utførerenhetene følger opp i forhold til de tildelte økonomiske rammene. Dermed fremstår den "store" bestillingen som en variant av mål- og rammestyringsmodellen.

Også enkeltvedtak (dvs. "små" bestillinger) er forvaltningsenhetens ansvar. Dette dreier seg om bestillinger av tjenester fra en eller flere virksomheter til enkeltbrukere, knyttet til formelle vedtak. Ansatte ved Forvaltningskontoret har fordelt – på bakgrunn av utdanning og yrkeserfaring – ulike deler av kommunale tjenester til enkeltbrukere mellom seg. I forhold til mennesker med psykiske lidelser er det en ansatt (i disse dager supplert med ekstraressurs gjennom nytilsetting) som har ansvaret for bestillingene. Denne ansatte har naturlig nok en nøkkelrolle i forhold til hvordan bestillerfunksjonen konkret utformes. Samtidig er det en annen ansatt ved Forvaltningskontoret som har ansvar for bestillinger knyttet til rustjenester. Dette har betydning for det arbeidsfeltet ved at utførerenheten vi har studert har ansvar både for rus og psykiatri, mens som nevnt bestillerfunksjonen i forhold til brukergruppen(e) som betjenes av virksomheten er splittet. Forvaltningssjefen har uansett et totalansvar – det vil si både for "små" og "store" bestillinger, og for at bestillingene fremstår som samordnet og helhetlige overfor brukerne.

I pleie og omsorg er det et system med prising av tjenestene etter pleietyngde. Dette er likevel ikke ISF-prising etter modellen fra Kristiansand/Ernst & Young, men er en modell som ble etablert allerede i 1997 – det vil si før Kristiansand-modellen ble utviklet. Det oppgis at det er et relativt enkelt system, idet en priser tjenestene etter en skala fra 1 – 6. Dette innebærer for eksempel at hjemmebesøk med vurdering av behov pluss en beregning av hvor mye personalressurser som trengs i det enkelte tilfellet legges til grunn, og at utførerne får ressurser i tråd med en vurdering av pleietyngde.

Dette prissystemet er imidlertid ikke gjort gjeldende for tiltak for psykisk utviklingshemmede (PU) og mennesker med psykiske

lidelser. Her har en ment at ISF-prising er for lite fleksibel i forhold til behovsvurderinger hos disse brukerne. I stedet er det valgt å beregne pris etter det som betegnes som ”skreddersøm”, det vil si tilpasset den enkelte brukers tjenestebehov uten på forhånd definerte standarder. Bestillerenhetens ansvarlige for tjenester til mennesker med PU eller psykiske lidelser avklarer ressursbehovet i det enkelte tilfellet, etter samtaler med bruker og utførerne. Det vedtas hvilke tjenester brukeren har behov for, og deretter hvor mye (personal-)ressurser en trenger fra sak til sak.

”Skreddersøm” innebærer imidlertid ikke at ”penger - følger - brukeren”- prinsippet gjøres gjeldende. Vedtak forutsettes å ses i sammenheng med ressursrammen til virksomheten. Dette avpasses dels gjennom den enkelte bestilling, dels gjennom driftsmøter mellom forvaltningskontoret og utførerenheten. På driftsmøtene ser en fremover mot mulige nye ”bestillinger” som kan komme (for eksempel der en kjenner til at en bruker kommer tilbake til kommunen fra sykehus), og ved at en informerer om ressurssituasjonen slik at denne kan tas hensyn til i de kommende bestillingene. Virksomheten har kun opplevd noen få tilfeller der budsjettrammen er økt, da hovedsakelig gjennom statlige bevilgninger.

Generelt gjelder derved at forvaltningsenheten/bestillerenheten både har ansvar for den ”store” og ”lille” bestillingen. Og det blir da også Forvaltningskontoret som har ansvaret for de beslutninger som genererer de samlede utgiftene. Dette innebærer at konflikter mellom tildelte rammer til den enkelte virksomhet og totalutgiftene knyttet til summen av enkeltvedtak, i første omgang blir forvaltningsenhetens ansvar. Forholdet mellom rammene i de ”store” bestillingene og utgiftspresset som sum av alle de ”små” bestillingene er derved ikke uten videre utførerenhetenes problem, men blir også forvaltningsenhetens.

Prisfastsettingssystemet, med sine ”objektive” mål for pleietyngde, legger opp til at det er relativt avklarte relasjoner mellom bestillerenhet og utførerenheter. Skreddersøm-bestillingene representerer utfordringer i denne relasjonen fordi slike bestillinger legger opp til kontinuerlig dialog og diskusjoner mellom bestillere og utførere om brukernes behov. Informantene påpeker at det som oftest oppnås enighet uten problemer. For forvaltningsenheten blir da spørsmålet om den prisen det er oppnådd enighet om er den ”riktige”. Spørsmålet denne enheten stiller er: Driver virksomheten effektivt nok – eller har utførerenhetene slack? Overordnet ledelse forutsetter til dels at bestilleren ”trøkker” mer på ved for eksempel å sikre at utførerenhetene organiserer arbeidet slik at personalet kan

effektivisere hjemmebesøk og lignende. Utførerne ønsker ofte mer ressurser, i form av tid eller personale, mens bestilleren må gå inn i måten arbeidet organiseres på for å kunne stille kritiske spørsmål om det.

Spenningsforholdet som ligger i modellen, og som gjelder spesielt for de delene av virksomheten der pris fastsettes gjennom skreddersøm, kommer her tydelig fram. I følge modellen skal forvaltningen ikke intervenere i driften ved de utøvende virksomhetene, og det er virksomhetslederne som har totalansvar for å nå resultater. Intervenering krever at bestillerenheten har kvalifiserte og informerte synspunkter om hvordan effektiviteten kan bedres, noe som igjen krever detaljkunnskaper om hvordan virksomhetene er ledet og organisert. I praksis dreier forhandlingene seg om pris på tjenestene, som har vist seg problematisk å komme fram til, og forhandlingene gjør det mulig for forvaltningsenheten å overprøve virksomhetene for å gi mer "trøkk" på effektiv organisering. Dette gjelder både i virksomhetene generelt, og overfor den enkelte ansatte for å sikre at de er mer effektive.

Forholdet mellom modell og praksis.

Utgangspunktet er en henvendelse til forvaltningskontoret. Også i denne kommunen tyder dataene på at det oppleves som vanskelig å få kontakt med bestillerenheten.

Forvaltningskontoret tar så kontakt med brukeren for å få en nærmere avklaring av hva behovet faktisk er. I noen tilfeller konkluderes det med at det ikke er grunnlag for tjenester fra psykisk helsearbeid, men at indikasjonene er av en slik art at de kan løses ved hjelp av andre tjenester. For eksempel kan det tenkes at en eldre person som beskrives som deprimert, kan få god hjelp gjennom Røde Kors sin besøkstjeneste.

Dersom forvaltningskontoret finner ut at det er reelt behov for kommunale tjenester, kartlegger det videre hva slags behov brukeren har. Dersom slik kartlegging er grei, så utformer kontoret et forslag til tjenester. Dette forslaget diskuteres så med utførerenheten. Forvaltningskontoret har faste møter med utførerenheten hver annen uke og tar også direkte kontakt mellom disse møtene dersom det er behov for det. Innholdet i tjenestene blir så tilpasset de synspunktene som utførerenheten har. Det betyr at innholdet kan tilpasses både på grunnlag av faglige vurderinger og på grunnlag av ressursvurderinger. Disse diskusjonene er åpne og preget av at begge parter synes at de er viktige. Dette betyr ikke alltid at de kommer frem til enighet og forvaltningskontoret kan velge å se bort fra innvendinger fra

utførerenheten, dersom det mener det er en riktig løsning for brukeren. Vi har likevel ikke noen indikasjoner på at dette skjedde ofte.

Ressurssituasjonen er vanskelig, og enkelte vedtak blir derfor ikke satt ut i livet fra første stund, men det foregår gjerne en viss opptrapping.

I noen tilfeller er det vanskelig å ha helt klart for seg hva brukeren trenger av hjelp. Da kan det være at forvaltningskontoret samarbeider med utførerenheten om å kartlegge brukerens behov. Det kan også være aktuelt å utforme midlertidige vedtak, inntil man har fått bedre oversikt over hva den konkrete brukeren trenger av hjelp.

Vedtakene er tidsavgrensete. I god tid før vedtaket løper ut, får både forvaltningsenheten og utfører melding om at vedtaket nå er i ferd med å løpe ut. Både utfører og forvaltningsenheten har derfor grunnlag for å gjøre det som er nødvendig, dersom de mener at det fortsatt er behov for tjenester. Normale rutiner skal sikre at ikke vedtak løper ut uten at dette er tilsiktet.

Betydningen av den praktiske utformingen av modellen.

De data vi har viser at det er av stor betydning hvorvidt en velger en ”hard” eller ”myk” modell, samtidig som det også er viktige felles erfaringer med bestiller-utfører-organisering uavhengig av dette skillet. Først og fremst viser skillet seg å være av betydning ved at det strukturerer konflikter mellom økonomiske rammer, brukernes behov og faglige vurderinger på ulike måter. I den ”harde” modellen går konflikten først og fremst mellom bestillerenhet og utførerenhet, og mer generelt mellom overordnet og underordnet nivå. I den ”myke” modellen er de dilemmaer en finner mellom ressursrammer og behov i første omgang et problem i bestillerenheten – som jo har ansvaret både for den ”store” og ”lille” bestillingen, og deretter blir utfordringene ”fordelt” mellom alle relevante aktører i kommuneorganisasjonen. Dette innebærer også at det er særlig i ”harde” bestiller-utfører-organisasjoner at implikasjonene av modellen for det faglige arbeid blir mest synlig, mens en ”myk” modell fremstår som en variant av de utfordringer for styring og ledelse en finner generelt i kommunene.

Samtidig er det likheter i måten psykisk helsearbeid er organisert og utøvd i de to kommunene: For det første er det en klar sykepleiefaglig profil begge steder, selv om en rekrutterer noen vernepleie og (noen få) sosionomer. I begge kommunene oppgis det at det har foregått en styrking av psykisk helsearbeid det siste tiåret. Det er også en oppfatning at det er høy kompetanse ved at det etter hvert er ansatt mange med videreutdanning i psykisk helsearbeid, psykiatrisk

sykepleie og SEPREP. Kommunene har heller ikke opplevd rekrutteringsproblemer. En interessant observasjon er at det i begge kommunene er mange som mener at kompetansen er *for* høy – og at kommunenes psykiske helsearbeid påtar seg oppgaver som burde vært spesialisttjenestens ansvar. Det er samtidig et inntrykk at det er lite fokus på "ny" psykiatri – det er en klar helseprofil, noe som også innebærer at når en taler om "for høy" kompetanse er det også en refleks av at den kommunale kompetansen blir lik det en finner i deler av spesialisttjenesten, særlig DPS (som informanter mener har for lav kompetanse).

Skillet mellom spesialisttjenester og kommunale tjenester er dermed kompetansemessig preget av overlapp og gråsoner. For eksempel er samtaler det viktigste arbeidsmetoden i kommunenes psykiatriteam. Samtalene oppfattes stort sett å ha samme innhold som terapisamtalene i spesialisttjenesten, men kan ikke kalles "terapi" i kommunen. Et annet fellestrekk i de to kommunene er at det ikke eksisterer fellesarenaer for ansatte i virksomhetene til å diskutere psykisk helsearbeid. Det er heller ingen felles kompetansestrategi – i praksis har hver virksomhet sin egen strategi for dette. I begge kommunene er samordning av rusarbeid og psykiatri en utfordring. Heller ikke i kommunen med felles virksomhet for rus/psykiatri har det hittil vært mulig å samordne rusforebygging og psykisk helsearbeid.

I begge kommunene oppfatter de ansatte i det psykiske helsearbeidet at kompetansen på psykiske lidelser i hjemmetjenestene er mangelfull – og det gis eksempler på kvalitetssvikt som skyldes manglende kunnskap og stigmatiserende holdninger. Samtidig innebærer organisasjonsmodellen at arbeidet med kvalitetsstyring møter noen særlige utfordringer: Virksomhetene for psykisk helsearbeid har ikke formell mulighet til å intervenere i forhold til andre virksomheters arbeid med å utføre bestillingene overfor brukerne – kvalitetssvikt forutsetter kommunikasjon via rådmann som da fungerer som megler og dommer. Mange mener at denne styringsformen legger for lite press på å forbedre kvaliteten på tjenestene gjennom kompetanseutvikling av personalet der slik kvalitetssvikt observeres.

5.5 Faglig-profesjonelt arbeid i bestiller-utfører-organisasjoner.

Hvilke konsekvenser har så bestiller-utfører-organisering for det faglige arbeid i kommunen?

I utgangspunktet er bestiller-utfører-organisering basert på prinsippet om sentralisering av de krav som bestillingene innebærer, og desentralisering av ansvar for gjennomføring av oppgavene til de som arbeider i utførerenhetene. Derved er modellen tvetydig i forhold til spørsmål om profesjonell autonomi. Det viktigste skillet er at de fagansatte som arbeider i utførerenhetene nå "slipper" arbeidet med å saksbehandle søknader og utforme vedtak (i den grad dette ble gjort tidligere). Dette innebærer at prosessen som særpreger profesjonelt arbeid brytes opp. Denne prosessen forutsetter at den profesjonelle utøveren har hånd om de ulike stegene; datainnsamling, analyse, tiltak og evaluering av effekter av tiltak (Abbott 1989). I bestiller-utfører-modellen er det imidlertid bestilleren som foretar datainnsamling og analyse, og deretter spesifiserer de tiltak fagansatte i utførerenhetene skal gjennomføre. Og i neste omgang er også evalueringen overlatt til bestillerenhetene ved etablering av ulike systemer for kvalitetssikring og revisjon. Teoretisk sett vil dette alt i alt innebære at profesjonsutøveres posisjon svekkes.

Analysen av de kommunene vi har studert viser likevel at to forhold modifiserer dette inntrykket noe: for det første er det i begge kommunene en "myk" variant med hensyn til kompetanse, idet det er sammenfall mellom ansattes profesjonsbakgrunn. Det er med andre ord ansatte med relativt likeartet profesjonsbakgrunn som splitter opp arbeidsprosessen for de ansatte i utførende virksomheter. En felles kunnskapsbasis synes å være en forutsetning for å skape den grad av legitimitet som bestillingene i utgangspunktet hadde blant fagansatte i begge kommunene.

Det andre aspektet er at modellens brukerfokus, og i særlig grad rettsikkerhetsaspektet, synes å styrke fagprofesjonenes rolle. Grunnlaget for det er at "rettsikkerhet" dreier seg om to forhold: en prosessuell og en materiell side (Bernt 1994). Fokus på den prosessuelle siden kan lett svekke helse- og sosialarbeiderprofesjonenes rolle, og i stedet skape grunnlag for en "juristifisering" av relasjonene mellom brukerne og myndighetene. Økende krav om lovgrunnlag for tiltak i psykiatrien, som "puster helseprofesjonene i nakken" med tidsfrister og uhildet behandling, er et eksempel på det. Men på den annen side vil de materielle rettsikkerhetskrav kunne styrke profesjonenes rolle, idet innholdet i tiltak og tjenester som er lovpålagte forutsetter at sakene behandles av kompetente ansatte. Her vil rettslige standarder, for eksempel kravet til "faglig forsvarlighet", innebære at profesjonene selv tar stilling til når slike standarder er oppfylt.

En utfordring ved bruk av best-ut modellen er å utforme presise bestillinger. I begge de kommunene som vi har samlet inn data fra har bestiller og utfører samme kompetanse. Det er i hovedsak sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Slik Mintzberg (1979) beskriver profesjonsbyråkratiet, skulle vi forvente at kompetansen i bestiller- og utførerenhetene, var så sammenfallende at det var klar forståelse mellom enhetene om hva innholdet i de ulike bestillingene var. Våre resultater viser imidlertid at selv i homogene yrkesgrupper som dette, så finnes det ikke presise beskrivelser på hva som utføres. I den kommunen som benytter en "hard" best-ut modell, er det derfor brukt mye ressurser på å bli enige om hva som ligger i de ulike begrepene man benytter for å beskrive tilbudet til brukerne. Dette synes å ha bidratt til en standardisering av tjenestetilbudet.

I den andre kommunen synes det samarbeidet som man har mellom utøver og bestiller, å ha bidratt til at det er felles forståelse av hva man mener med de ulike beskrivelsene i vedtakene. Vi har i vår undersøkelse bare sett på det tjenestetilbudet som ytes av de kommunale teamene for psykisk helsearbeid. Brukere med psykiske lidelser mottar ofte også tjenester fra andre kommunale instanser. En del av de tilbakemeldingene vi har fått, tyder på at problemer med å tolke innholdet i bestillingene i den kommunen med "myk" best-ut modell, oppstår i forhold til de andre tjenestene. Dette beskrives som et kvalitetssikringsproblem i denne kommunen, fordi bestiller ikke har noen myndighet til å gå inn og kontrollere at utøver har forstått bestillingen på den måten som bestiller har ment.

Helgesen (2004) har gjort en undersøkelse av hvordan sykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid oppfatter sine arbeidsoppgaver. Hennes resultater viser at denne yrkesgruppen legger stor vekt på at tilbudet til brukerne skal tilpasses brukerens utvikling og ønsker. Dette er et sentralt element i yrkesgruppens kompetanse. Her fremstår behovet for standardiserte vedtaksbeskrivelser som en motsetning. En "hard" best-ut modell vil, slik vi ser det, bidra til at det er behov for å standardisere tjenestetilbudet mest mulig. Dette bidrar til å svekke utøvernes muligheter til selv å tilpasse innholdet i tjenestene i dialog med brukeren. I den "myke" best-ut modellen er standardiseringen ikke like klar. Dette gir utøverne større mulighet til å utforme innholdet i tjenestene i samarbeid med brukerne og nyttiggjøre seg det som Helgesen (2004) beskriver som en sentral del av deres kompetanse.

Virkningen av dette er at utformingen av tjenestetilbudet i en "hard" best-ut modell, blir mer avhengig av bestillerens kompetanse, mens det i en "myk" modell blir mer avhengig av den kompetansen

tjenesteyter har. Dersom tjenesteyters kompetanse ikke er god nok, så kan en ”myk” modell bidra til at brukeren ikke får det tilbudet vedkommende trenger, mens en ”hard” modell kan bidra til at man får et standardisert tilbud som ikke er tilpasset den utviklingen som skjer hos brukeren.

5.6 Hvilke konsekvenser har best-ut modellen for kompetanse?

Den klassiske arbeidssituasjon i psykiatrien er, som Helgesen (2004) viser, preget av relasjonen mellom bruker og tjenesteyter. Disse tjenesteyterne hadde hånd om hele den profesjonelle prosessen (Abbott 1988). Best-ut modellen endrer dette forholdet og deler de ulike elementene i den profesjonelle prosessen opp i avgrensete delprosesser som i tillegg utsettes for standardisering.

Konsekvensen av dette skillet mellom bestiller- og utførerkompetanse, er at man får behov for å skape en presis kommunikasjon mellom bestiller og utfører. Ramsdal (1996) viser hvordan uenighet om behandlingsideologier blir skjult ved at man benytter så upresis terminologi at hver enkelt tolker sin ideologi og praksis inn i den konkrete terminologien. Når man skiller mellom datasamling og analyse på den ene siden, og tiltak og evaluering på den andre, så skaper det problemer hvis ikke bestiller og utfører er enige om hva som ligger i den gitte tiltaksbeskrivelsen. På samme måte er det dersom utfører skal gi tilbakemeldinger om hvordan tilbudet faktisk virker.

Best-ut modellen setter på denne måten et helt nytt krav til tjenesteyterne, både bestiller og utfører, om å kunne gi presise beskrivelser av tjenestetilbudet. Dette innebærer også at modellen øker systemets åpenhet. Det skjer fordi det er flere enn kun den enkelte tjenesteyter som skal kunne forstå og handle ut fra de vedtak som fattes.

5.7 Konsekvenser for brukerne – økt brukerfokus og rettsikkerhet?

Et mål med modellen er styrking av brukerfokuset og bedre rettsikkerhet for brukerne. Som vi har vært inne på foran, ser vi mulighetene for at modellen kan bidra til økt brukerfokus og

rettsikkerhet. Flere andre studier har også vist at dette er den viktigste begrunnelse for innføring av modellen, og det er her modellen har sin klare styrke (RO 2004, Busch og Vanebo 2001). Dette kan være en konsekvens av at fokuset i utgangspunktet forutsettes å bare være brukerens behov, og ikke kommunens økonomi og tjenestenes kapasitet. Vi ser også at én inngang til alle kommunale tjenester er en fordel for brukerne. Klare vedtak, som spesifiserer tydelig hva slags tjenester brukeren har krav på, kan være en styrking av brukernes rettsikkerhet. Den økte åpenheten medfører at det ikke er tjenesteyterens individuelle vurdering av hva vedkommende skal yte av tjenester som styrer innholdet i tjenestene, men derimot spesifikasjonene i vedtaket. Dersom bruker ikke får den hjelpen vedkommende har behov for, og som er spesifisert i vedtaket, kan vedkommende bruker klage. Brukerfokuset er derfor i teorien styrket.

Praksis viser likevel at dette utsagnet må modifiseres. Et poeng er at brukersenteret/ bestillerenheten er svært sårbar både med hensyn til tilgjengelighet, og ved at det kun er en person som foretar de faglige vurderingene som legges til grunn for bestillingene eller vedtakene. Tilgjengeligheten til brukersenteret er avgrenset. Det betyr at brukere som har vansker med å ta kontakt, vil kunne få problemer. Rask oppfølging og saksbehandling er også positivt for brukeren. Problemet er bare at for mange med psykiske lidelser tar det noe tid før vedkommende klarer å presentere alle sine behov. Mange ganger tar det også tid før en tjenesteyter klarer å etablere en slik relasjon med brukeren at brukeren åpner seg om sine problemer og behov. Til tross for at ingen stiller spørsmål ved Brukersenterets kompetanse, er det en stor skepsis til at Brukersenteret gjennom sin raske saksbehandling faktisk klarer å få frem hvilke behov brukeren har.

For oss innebærer et brukerfokus at man har rutiner som medfører at brukeren gis muligheter til å formulere sine behov. Vi er ikke i tvil om at det finnes ressurssterke brukere som har slik kompetanse, altså konsumentkunnskap, at de kan konkretisere klare krav og ønsker overfor brukersenteret. Våre tilbakemeldinger tyder likevel på at disse er i et klart mindretall innenfor det psykiske helsearbeidet. I realiteten innebærer den saksgangen som nå benyttes at for flertallet av brukerne utformes ikke tilbudet til dem på grunnlag av en dialog over tid. Brukerfokuset handler også om medvirkning. I denne sammenhengen snakker vi om medvirkning i utforming av tjenestetilbudet. Ved en ”hard” praksis har brukeren bare innflytelse på innholdet i tjenesten hver gang vedtakene formelt endres. Ved en ”myk” praksis kan man i større grad forhandle om utformingen av tjenestene underveis. Med en ”hard” praksis forhandler man med en annen enn den som utøver tjenesten og som man ellers gjerne føler seg avhengig av. Hvorvidt det

er en fordel å forhandle med den som yter tjenesten vil nok være avhengig av individuelle kjennetegn både hos bruker og tjenesteyter. Våre data gir ikke grunnlag for å trekke noen konklusjoner på dette spørsmålet.

5.8 Oppsummering

Bestiller-utfører-modeller vi har studert i denne rapporten er av to typer; ”myke” og ”harde”. Innføring av slike modeller synes ikke i seg selv å føre til økonomiske innsparinger. Tvert imot vil kommuner med ”harde” varianter måtte forvente et utgiftspress nedenfra – når summen av enkeltvedtakene ikke settes i sammenheng med ressursrammene for virksomhetene (forholdet mellom den ”lille” og ”store” bestillingen). Innføring av ISF vil øke utgiftspresset – slik det er påvist at denne finansieringsformen fungerer i helseforetakene. Slik vi ser det skyldes det at bestillerkontorets praksis med å la brukernes behov definere innholdet i vedtaket, avdekker et reelt underforbruk i det kommunale psykiske helsearbeidet. I kommunen med den ”myke” praksisen avdekkes ikke slikt underforbruk i samme grad fordi vedtakene utformes i forhold til de ressursene som finnes. For det psykiske helsearbeidet kan det derfor se ut som om en ”hard” best-ut-modell er en fordel fordi denne kan avdekke eventuelle manglende ressurser i sektoren. Spørsmålet blir likevel om ikke slik dokumentasjon av en eventuell ressursmangel kan oppnås på andre måter.

Vi ser også at modellen bygger på en logikk som vanskelig lar seg tilpasse psykisk helsearbeid. De grunnleggende forutsetningene i modellen er den rasjonelle aktør, det vil si at brukere har konsumentkunnskap, og at behov er kjente og stabile. Dette er en forutsetning som, i følge våre data, er klart problematisk. Det er åpenbart vanskelig å få frem en klar og entydig bestilling fra brukeren, og uansett så kan behovene for tjenester variere sterkt over tid. Løsningen på dette problemet synes å være at vedtakene blir mer upresise og begreper som ”etter behov” blir brukt for å beskrive omfanget av en tjeneste. Velges formuleringen av typen ”etter behov”, er det grunn å tro at det fortsatt er tjenesteyteren som sitter med retten til å definere når det foreligger slikt behov, slik det også forutsettes å være i andre, mer profesjonsbaserte styringsmodeller. Dermed ivaretar slike modifiserte vedtak verken målsettingen om å få frem entydige og styrende vedtak eller styrker brukermedvirkningen.

Eksistensen av en bestiller-utfører-modell i kommunene medfører ikke at det pleiefaglige fokuset i psykisk helsearbeid brytes opp. For det første fordi kompetansen på de ulike nivåene i bestiller-utfører-organsieringen bør være forholdsvis lik for å skape legitimitet for og åpenhet omkring vedtakene som fattes. Dernest fordi den profesjonelle kompetansen utfordres med henblikk på standardisering av fagterminologien. Som vi skal se senere i rapporten rekrutteres det personale til psykisk helsearbeid ut fra en tradisjonell tankegang. Den tilsier at kompetansen til psykiatriske sykepleiere får være utgangspunktet for en arbeidsdeling der sosionomer arbeider med nettverkstiltak og vernepleiere har arbeidsoppgaver i boligene, mens de psykiatriske sykepleierne tar ansvaret for det direkte arbeidet med brukerne. For det tredje fremmer ikke bestiller-utfører-modellen kompetanseheving om psykisk helsearbeid i andre virksomheter enn hjemmetjenestene.

6 Avslutning

6.1 Konklusjoner

I denne rapporten har vi studert betydningen av organisering for kommunenes arbeid med rekruttering og kompetanseheving. Det har vært arbeidet med følgende problemstillinger:

- Hva betyr den kommunale organisasjonen for rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet?
- Hvordan arbeides det med rekruttering og kompetanseutvikling i kommuner og ved 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 det psykiske helsearbeidet?
- Tiltak og kompetanse; bredde versus spesialisering?
- Foregår det overføringer 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 i tiltak innenfor psykisk helsearbeidet?

I dette avsnittet oppsummeres analysene med henblikk på disse problemstillingene.

Hva betyr den kommunale organisasjonen for rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet?

Den kvantitative analysen tyder ikke på at den kommunale organisasjonen legger sterke føringer på rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet. Likevel tyder det kvalitative materialet på at det er noen forskjeller mellom kommuner. Disse forskjellene knyttes imidlertid ikke til valg av modell for psykisk helsearbeid, men til hvordan det psykiske helsearbeidet er organisert internt i de modellene som er valgt.

Vi ser av den empiriske analysen at psykisk helsearbeid i stor grad er organisert i tre avdelinger: direkte arbeid med brukere, i noen kommuner kalt psykiatrisk hjemmetjeneste, bolig og dagsenter. Innenfor denne rammen rekrutterer kommunene forholdsvis tradisjonelt ut fra innarbeidede forventinger til hvilke arbeidsoppgaver de enkelte yrkesgruppene kan løse. Det vil si at det er psykiatriske sykepleiere som rekrutteres til det direkte arbeidet med brukerne, vernepleiere og annet pleiepersonell rekrutteres til bolig, mens det rekrutteres sosionomer, fysioterapeuter og yrkesgrupper som går inn i sekkebetegnelsen miljøterapeuter til nettverksarbeidet. Betegnelsen omfatter i dette materialet ergoterapeuter og barnevernspedagoger. I alle kommunene i materialet som er over en viss størrelse, så nær som kommune J, er dette mønsteret.

Samtidig ser vi at det er noen avvik. Avviket knytter seg i hovedsak til de fire kommunene som har organisert det direkte arbeidet med brukere i team. Der blir det gjort forsøk med å rekruttere inn ikke-pleiefaglig personale i det direkte arbeidet med brukere. Det oppfattes som vellykket. Også kommunen som har satset på å rekruttere miljøarbeidere representerer et avvik fra mønsteret.

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

Det kvantitative materialet viste at det er ca. en tredjedel av kommunene som har utarbeidet en plan for hvordan de skal arbeide med rekruttering og kompetanseheving i psykisk helsearbeid, mens enda en tredjedel inkluderer dette i en plan for arbeid med rekruttering og kompetanse innenfor helse- og sosial. Materialet viser videre at eksistensen av slike planer ikke ser ut til å legge betingelser for hvordan kommunene arbeider med rekruttering. Samtidig har vi sett hos Kalseth 2003 at psykisk helsearbeid i kommunene har en forholdsvis klar helse- og sosialfaglig profil i den forstand at det i all overveiende grad er psykiatriske sykepleiere som rekrutteres. Dette har dels sammenheng med at utbudet av psykiatriske sykepleiere

fortsatt er større enn utbudet av andre yrkesgrupper med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det skyldes også dels at hjemmetjenestene i kommunene, som representant for helse- og sosialområdet, i stor grad får legge betingelser for hvordan det tenkes omkring psykisk helsearbeid i kommunene, det vil inkludere rekruttering. I det kvalitative materiale kan det se ut til at kommuner med tjenestemodell for psykisk helsearbeid har rom for å rekruttere noe mer utradisjonelt enn de andre kommunene. Det er i slike kommuner vi ser at sosionom og ergoterapeut er rekruttert for å drive direkte arbeid med brukere. Det dreier seg likevel om at det også rekrutteres sykepleiere, men at disse har andre typer videreutdanning innenfor psykiatriproblematikk. I slike kommuner opplever de ansatte trolig at organisasjonen gir stabilitet og kontinuitet for psykisk helsearbeid.

Det kvantitative materialet viser at mange kommuner tilbyr sine ansatte kurs og opplæringstiltak. Arbeidet med kompetanseutvikling varierer mye i kommunene, men det følger i hovedsak ikke av hvilken modell for organisering av psykisk helsearbeid kommunene har valgt. Det ser heller ikke ut til å være avhengig av at det er laget en egen kompetanseplan for det psykiske helsearbeidet. Det kvalitative materialet viser at arbeidet med kompetanseheving til en viss grad er avhengig av at det eksisterer en arena for koordinering og samordning. Det dreier seg både om koordinering og samordning i det psykiske helsearbeidet, men også på kommunalt nivå. Hovedinntrykket er at kompetanseheving- og utvikling er arbeid som i liten grad er systematisert. Det er ikke systematikk i etter- og videreutdanning, det er det heller ikke i kurs- og seminarvirksomhet ut over at ansatte i psykisk helsearbeid benytter seg av tilbudene som rådgiveren hos fylkeslegen gir. Det observeres heller ikke systematikk i hospiterings- og veiledningsaktivitet.

I materialet er det bare intervjuet fem ansatte med SEPREP tverrfaglig videreutdanning, dette er likevel et tiltak så mange som til sammen 2000 ansatte i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern har benyttet seg av, de fleste i kommunene. Kommunen og det kommunale psykiske helsearbeidet må forplikte seg til å støtte ansattes deltakelse i SEPREP, deltakelsen er likevel et resultat av at ansattes eget initiativ. Det ser ut til at dette er mønsteret hvis ansatte i psykisk helsearbeid skal delta i kompetansehevende virksomhet.

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

Det kvalitative materialet viser at et par kommuner har gjennomført reorganiseringer som flyttet på det psykiske helsearbeidets personale mellom avdelinger. Det dreide seg både om at det var etablert egen enhet for psykisk helsearbeid i en kommune der psykisk helsearbeid hadde ligget hos hjemmetjenesten, og om at det var reorganisert fra å være egen enhet til å være integrert i hjemmetjeneste og andre tjenester. Reorganisering fra egen enhet til integrert modell er registrert i to kommuner. Det er kun i en kommune det er registrert aktivt arbeid med kursing av personale, i andre kommuner påpekes det at det er tilfeldig om ansatte får vite om kurs og om de får mulighet til å finansiere deltakelse. I tre kommuner er det registrert at ansatte i psykisk helsearbeid får veiledning. Tjenestemodellen ser ut til å komme best ut. I andre kommuner var veiledning vanskeligere å organisere. To forklaringer ser ut til å peke seg ut. Den første er at kommunene er lokalisert for langt fra nærmeste DPS eller BUP der det finnes personale som kan gi veiledning. Den andre at kommunene ikke oppfatter at de har tilstrekkelig god økonomi til å bruke penger på veiledning av ansatte i psykisk helsearbeid.

Ansatte i psykisk helsearbeid driver på den annen side et forholdsvis aktivt arbeid med å veilede ansatte i tilgrensende tjenester. I de fleste tilfellene er veiledningen knyttet direkte til enkeltbrukere. De arbeider også med å avholde kur for ansatte i andre avdelinger i kommunen.

Har bestiller-utfører-modeller konsekvenser for rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet?

Begge modellene, både den ”myke og den ”harde”, kan i teorien medføre at den profesjonelle kompetansen åpnes fordi fagterminologien standardiseres gjennom kravene til vedtak og dermed gjøres tilgjengelig for flere enn de aktuelle yrkesgruppene. Kompetansen i casekommunenes bestillerenheter er pleiefaglig og det kan se ut til at den vil favorisere slik kompetanse. I to kommuner er det psykiatriske sykepleiere, i de to andre er det sykepleier og vernepleier som besitter myndigheten til å bestille tjenester i systemet. Det observeres at terminologien yrkesgruppene har er ulik og at det er vanskelig å komme til enighet om hva som faktisk bestilles. Modellen kan likevel medføre at både beslutningsgrunnlaget, men også vedtakene eller bestillingene åpnes, hvilket det tidligere systemet der vedtak fattes av yrkesutøvere i utøvende enheter ikke legger til rette for. Åpning kan styrke brukeres rettsikkerhet.

Bestiller-utfører-modeller medfører ikke at det startes arbeid med kompetanseheving i andre virksomheter enn psykisk helsearbeid, heller ikke når det etableres dialog mellom bestiller og utfører, og modellen medfører ikke i seg selv at kvaliteten på tjenestene som ytes øker. Den "myke" varianten kan bidra til at brukeres behov får stå i sentrum fordi det etableres dialog, men generelt bidrar modellen ikke til at det etableres arenaer som fungere som møteplasser for yrkesgrupper og kompetanse.

Tiltak og kompetanse; bredde versus spesialisering?

Kommunene har i stor grad en pleiefaglig profil på sin kompetanse. Helhet og bredde i tiltak betyr derfor ofte at kommunene har pleiefaglig spisskompetanse, ikke nødvendigvis at de har en bred kompetanse i betydningen at den er mangfoldig. Mange kommuner kan derfor få problemer med å tilby spesialiserte og skreddersydde tiltak.

Kompetansen som tas i bruk i spesialiserte tiltak ser ut til å være representert ved de miljøterapeutiske yrkesgruppene, samt sosionomer og fysioterapeuter. Det er disse yrkesgruppene som knyttes til dagsentra og som deltar aktivt i utvikling og iverksetting av spesialiserte tiltak for brukere med spesielle behov. Slike tiltak knyttes til kommunenes nettverksarbeid. Kommunenes organisering av sitt praktiske psykiske helsearbeid legger ikke til rette for at ulike yrkesgrupper kan møtes på felles arenaer.

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

Da dette spørsmålet ble stilt antok vi at tiltakene som ble ytt for å nå mange var tiltak som støttekontakt og tilgang til kulturopplevelser. Det har det til dels vist seg å ikke være. Mange av casekommunene tilbyr sine brukere støttekontakter, men mange velger også å la det være. Tilgang til kulturopplevelser organiseres i mange kommuner som en del av de spesialiserte tiltakene via dagsentra. Personalet som har ansvaret for tiltakene som ytes for å nå mange ser ut til å være de psykiatriske sykepleierne. De tilhører også gruppen av utdannede profesjonelle yrkesutøvere og det kan se ut til at det utvikler seg en arbeidsdeling i casekommunene som er knyttet til det psykiske helsearbeidets organisering i tre avdelinger; det direkte arbeidet med brukere, bolig og dagsenter. Psykiatriske sykepleiere er i det direkte arbeidet med brukere, sosionomer, ergoterapeuter og i ett tilfelle en barnevernspedagog, samt fysioterapeut er å finne i dagsentra, mens boliger ofte bemannes med vernepleiere og hjelpepleiere.

Møtet mellom yrkesgruppene er derfor ordnet i form av en arbeidsdeling. Det er gjort to hovedtyper av observasjoner der den ene er at psykiatriske sykepleiere kommer i posisjon til å legge føringer for hvordan spesialiserte tiltak kan utformes. Dette skjer i stor grad gjennom veiledningspraksiser som er etablert. Den andre observasjonen er at det gås i dialog mellom yrkesgruppene på feltet. I den grad utvikling av spesialiserte tiltak foregår, er det dagsentrene som fungerer som det "lokomotivet" vi var på utkikk etter.

6.2 Utfordringer og anbefalinger

På bakgrunn av analysene som er gjort i denne rapporten er det mulig å peke på noen utfordringer som er knyttet til rekruttering og kompetanseheving av personell i kommunene.

Rekruttering

Den første utfordringen retter seg mot at rekrutteringen fortsatt ser ut til å følge et etablert, pleiefaglig dominert mønster. Psykiatrisk sykepleie har en sterk dominans på fagfeltet i kommunene og rekrutteringen kommunene driver sikter ikke aktivt på å bryte med denne dominansen. Tvert om skapes det en form for arbeidsdeling mellom yrkesgruppene som rekrutteres og arbeidsdelingen er knyttet til arbeidsoppgaver.

- Den interne arbeidsdelingen i kommunenes psykiske helsearbeid synes ikke å være hensiktsmessig for tverrfaglighet i arbeidet, og kommunene kan anbefales å organisere det direkte arbeidet med brukerne i team der det også rekrutteres flere typer kompetanse.

Kompetanseheving og opplæring

Kommunene synes i varierende grad å være i stand til å tilby sine ansatte i psykisk helsearbeid kompetanseheving og opplæring. Dette dreier seg om alle typer fra rådgivernes arrangementer til videreutdanning i høgskolesystemet, og det ser ut til at små kommuner i størst grad har problemer med dette, men at den kommunale økonomien faktisk får spille inn også for de større kommunene.

- Det kan derfor være grunn til å anbefale at kompetanseheving og opplæring som en del av opprappingsplanen understrekes i enda større grad overfor kommunene.

- De fleste kommunene har en plan over sitt kompetansebehov, men det ser likevel ut til at en del ikke arbeider systematisk med hvordan de skal øke kompetansen til allerede ansatt personale. Det bør derfor også anbefales overfor kommunene at det arbeides mer systematisk med planene og at opplærings- og videreutdanningstiltak inkluderes.

Fagterminologi

Et tredje sett av utfordringer dreier seg om vilkårene for kommunikasjon mellom yrkesgrupper og enheter i kommunene som er involvert i psykisk helsearbeid. Muligens dreier dette seg også om vilkårene for den vertikale kommunikasjonen, altså mellom kommuner og enheter i spesialisthelsetjenesten, men det er det ikke gått inn på i materialet som er analysert i denne rapporten. Fokuset på bestiller-utfører-organisering har avdekket at yrkesgrupper opererer med fagterminologi som ikke umiddelbart er gjenkjennelig for andre lignende yrkesgrupper, det dreier seg her om vernepleie, sykepleie og psykiatrisk sykepleie. I kommuner som har innført bestiller-utfører-organisasjon har det dermed vist seg vanskelig å komme til enighet om hva som faktisk bestilles, det vil si hva som er vedtakene i det psykiske helsearbeidet.

I kommuner som har en organisasjonsmodell som forutsetter at innsamling av informasjon, vedtak, gjennomføring av tiltak og evaluering gjennomføres av en og samme yrkesutøver, kan det ikke på samme måte avdekkes at fagterminologien er uensartet. Det oppleves ikke som problem fordi vedtak og lignende ikke skal åpnes og gjøres tilgjengelige for andre. De kan dermed heller ikke utsettes for kritikk, det vil si at det ikke vil være mulig for brukere å klage.

- Ut fra dette kan det anbefales kommunene å integrere et fokus på fagterminologi i sin opplærings- og kursvirksomhet. Utdanningsinstitusjonene bør anbefales å samkjøre terminologien i sine utdanningstilbud.

Litteraturliste

Abbott, A.: The System of Professions. An essay on the Division of Expert labour. Chicago og London. University of Chicago Press 1988.

Allardt, Erik (1990): ”Challenges for Comparative Social Research”. *Acta Sociologica*

Bernt, Jan F.: Statlig kontroll med kommunen – en trussel eller forutsetning for det kommunale folkestyrets legitimitet? I Baldersheim, H. et al.: *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo, Tano 1997.

Erichsen, Vibeke (2002): ”Nye fagligheter. Det sosiale i forandring”. I: Svein Michelsen og Tor Halvorsen (red.): *Faglige forbindelser. Profesjonsutdanning og kunnskapspolitikk etter høgskolereformen*. Fagbokforlaget, Bergen

Ernst og Young: Hva koster tjenesten? Utvikling av en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering av kommunale tjenester. Kommunenes sentralforbund og Kristiansand kommune, Oslo 2003.

Hansen, Gunnar V: *Kommunikasjon og samarbeid på like vilkår mellom funksjonshemmede og hjelpere*. Funksjonshemmedes studieforbund, Oslo 2001

Hanssen, Gro Sandkjær, Marit Kristine Helgesen og Signy Irene Vabo (2005): *Politikk og demokrati. En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Helgesen, Marit (2002): *Kompetanseutvikling og kompetanseheving – Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsevernet*. Prosjektskisse

Helgesen, Marit (2004): *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR, RAPPORT 2004:136

Hovik, Sissel og Inger Marie Stigen (2004): *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR, RAPPORT 2004:124

Hummelvoll, J. K. og A. Granerud (1996): *Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten – en evaluering av tilfredshet*. Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 3

Johansen, Knut Ivar (1999): Fylke og kommune hånd i hånd? En nasjonal kartlegging av samarbeid innen psykisk helsevern for voksne. SINTEF Unimed, Trondheim

Johnsen, Åge, Ingunn Sletnes og Signy Irene Vabo (red.) (2004): *Konkurranseutsetting i kommunene*. Abstrakt forlag, Oslo

Kalseth, Jorid (2003): *Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester.* Rapport SINTEF, Unimed Helsetjenesteforskning

Karlsen, Rune (2003): ”Psykiatriske sykepleieres yrkesidentitet i et tverrfaglig avdelingsmiljø” og ”Psykiatriske sykepleieres spesialkompetanse”. *Sykepleien* Nettutgave 25.06.03 og 20.08.03

Ludvigsen, Kari og Marit Helgesen (2004): *Kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Videreutdanning i høgskoler og SEPREP tverrfaglig videreutdanning*. NIBR, RAPPORT 2004:135

Myrvold, Trine Monica (2001): *Smått og godt? Om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikatordiskusjon*. NIBR, Rapport 2001:1

Myrvold, Trine Monica (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. NIBR-rapport 2004:12

Myrvold, Trine Monica og Marit Helgesen (2005): *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. NIBR, RAPPORT 2005:108

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen (2002): *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse*. NIBR, Rapport 2002:21

Marshall, Catherine, & Gretchen B. Rossman (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

Mintzberg, Henry (1979): *The structuring of organizations: a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall

Narten, Synnøve (1998): *Psykiatrisk sykepleies egenart: en deskriptiv studie av erfarne psykiatriske sykepleieres opplevelse av sitt yrkesparadigme og hvordan dette kommer til uttrykk i den kliniske hverdag*. Institutt for sykepleievitenskap; 2/1998

Ramsdal, Helge: Kan psykiatrien reformeres innefra? HiØ-rapport 1996:3, Høgskolen i Østfold.

Ramsdal, Helge (2002): "Om formingen av det kommunale psykiatrifeltet". I Norvoll, R. (red.): Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykiatrien, Aschehoug 2002

Ramsdal, Helge og Gunnar Voll Hansen (2005): "Om sirkelens kvadratur: Psykisk helsearbeid møter Bestiller-utfører-organisasjonen". Artikkel til Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid

Terum, Lars Inge (1982): *Profesjonell ekspansjon under statleg vern. Ei porofesjons-sosiologisk gransking av tilhøvet mellom sosionomeane og stillingsmarknaden innan kommunal sosialomsorg*. Hovudoppgåve, Insitiutt for samfunnsvitskap – Universitetet i Tromsø

Thagaard, T. (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen

Utvær, Kari Tepstad (1994): *Yrkesutvikling og omsorgsutvikling. En profesjonsteoretisk analyse av vernepleieryrkets framvekst 1949-1990*. Hovedoppgave Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen

Yin, R.K. (1984): *Case Study Research. Design and Methods*. Sage Publications, London

Østerud, Øivind, Kjell Goldmann og Mogens N. Pedersen (1997): *Statsvitenskapelig leksikon*. Universitetsforlaget, Oslo

Ådnanes, Marian og Marit Sitter (2004): "Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid - status i spesialisthelsetjenesten og kommunene i 2002." Rapport, SINTEF Helsetjenesteforskning 2004

Offentlige dokumenter

Lov av 25 september 1992 nr. 107 *Om kommuner og fylkeskommuner*

Kommunenøkkelen 2004/2005. Kommuneforlaget, Oslo

Kristiansand kommune (1998): *Plan for bedring av levekår og livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser i Kristiansand kommune*. Revidert psykiatriplan.

Mål og rammedokument for *Forskningsbasert evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse*. Revidert 01.03.2001

NOU 2004:18 "Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

Sosial- og helsedepartementet (2000): "Rett person på rett plass. Handlinsplan for helse- og sosialpersonell. Resultater 1998-2000 og planer 2001-2004". Rapport nr. 2

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene*

Statens helsetilsyn (2001): "Kompetansebehov i psykisk helsevern". *Utredningsserie* 4-2001 (IK-2740)

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

St.prp. nr. 63 (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.*

Vedlegg 1

Tabell 6.1 *Noen kjennetegn ved de 11 case kommunene, resultatdata fra 2003.*

	Innbyggere 2003 i case kommuner/ bydeler	Psykiatrisk Sykepleier per 1000 innbyggere	Personell med videre utdanning i PHA per 1000 innbyggere	Totalt helsefaglig årsverk per 1000 innbyggere	Samlet Årsverk Psykisk helse arbeid per 1000 innbyggere	Årsverk psykisk helse arbeid voksne per 1000 innbyggere	Årsverk psykisk helsearbeid barn unge per 1000 innbyggere	Statlige midler til psykisk helsearbeid Kr per 1000 innbygger - andel barn unge
A	28368[14]			0,24		0,25	0,80	-
B	21884	0,12	0,19	0,27	0,52	0,51	0,57	0,24
C	22967	0,72	0,35	0,26	0,53	0,64	0,18	0,06
D	14918	0,29	0,40	0,26	0,61	0,63	0,56	0,24
E	3923	0,74	0,20	0,39	0,64	0,84	0,00	0,01
F	3136	0,26	0,36	0,33	0,95	1,08	0,48	0,07
G	2318	0,45	0,43	0,35	1,07	1,39	0,00	-
H	23955	0,61	0,13	0,28	0.73	0,73	0,75	0,26
I	24946	0,20		0,26				
J	27534	0,21	0,3	0,24	0,53	0,54	0,47	0,28
K	49044	0,30	0,22	0,24	0,62	0,78	0,06	0.18
N	4577457	0,24	0,26	0,28	0,63	0,68	0,46	0.20

Kilde: Hjulet, Sosial og helsedirektoratet

N er gjennomsnittstall for hele landet for 2003
A er en bydel, og en del opplysninger mangler for 2003
I er såkalt frikommune og fikk midler til psykisk helse via rammefinansieringen. En del opplysninger mangler for 2003 for denne kommunen.

[14] Kommune A er en bydel i en større kommune, her er det bydelens innbyggertall som oppgis.