



Marit Helgesen

# Organisering for samarbeid og samordning

NOTAT  
2006:129

**Tittel:** **Organisering for samarbeid og samordning**

**Forfatter:** Marit Helgesen

**NIBR-notat:** 2006:129

**ISSN:** 0809-6929  
**ISBN:** 82-7071-630-8

**Prosjektnummre:** O-2044 og O-1886  
**Prosjektnavn:** Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i psykisk helsevern og Brukerdeltakelse og brukermedvirkning

**Oppdragsgiver:** Norges forskningsråd

**Prosjektleder:** Marit Helgesen

**Referat:** Notatet beskriver og analyserer noen problemer vedrørende horisontal og vertikal samordning i psykisk helsearbeid. Med utgangspunkt i både kommuner og sykehus analyseres samordningens utforming med hensyn på arbeidsoppgaver de ulike nivåene har.

**Sammendrag:** Norsk

**Dato:** Juli 2006

**Antall sider:** 51

**Utgiver:** Norsk institutt for by- og regionforskning  
Sinsenvn. 47 B, Postboks 44 Blindern  
0313 OSLO

**Vår hjemmeside:** Telefon: 22 95 88 00  
Telefaks: 22 22 37 02  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)  
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2006

---

# Forord

Dette notatet belyser noen sider ved hvordan systemnivået i kommunene, men også i spesialisthelsetjenesten, legger til rette for samordning og samarbeid mellom yrkesgrupper horisontalt i kommunene og vertikalt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det gjennomføres sammenligninger av kommunene som inngår i datamaterialet på to tidspunkter, 2003/2004 og 2005/2006. Målsettingen er å peke på noen trender i utviklingen av samhandlingen.

Notatet inngår som en del av rapporteringen fra NIBRs prosjekter innenfor evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid. Evalueringen er forskningsbasert og gjennomføres i regi av Norges forskningsråd. Opptappingsplanen løper fra 1998-2008. Notatet bygger på arbeidet med to prosjekter. Det første er "Kompetanseutvikling og kompetanseheving – Opptappingsplanenes bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsevernet". Det andre er "Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptappingsplanens fokus på brukere". Begge prosjektene skal avsluttes i 2006.

Notatet bygger på tidligere notater og rapporter: "Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene". NIBR - Notat 2003:17, "Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene". NIBR - Notat 2004:136, "Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner". NIBR – Notat 2005:108, og "Kompetanseutvikling i kommunene. Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid". NIBR – Rapport 2005:10.

Oslo, juli 2006

Hilde Lorentzen  
Forskningssjef

# Sammendrag

*Marit Helgesen*

## **Organisering for samarbeid og samordning**

NIBR-notat 2006:129

### **Formålet med notatet**

Dette notatet belyser en del spørsmål angående horisontal samordning og samarbeid på kommunalt nivå, samt vertikal samordning og samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Notatet baserer seg på en kvalitativ studie. Den er gjennomført i to omganger. I første runde av datainnsamlingen foregikk i 2003/2004, da inngikk 7 kommuner. Andre runde foregår i 2005/2006, så langt i andre runde er det fem kommuner som inngår. I første runde ble det gjort intervjuer ved ett helseforetak. Diskusjonene som gjennomføres er basert i begreper som fokuserer kommunal organisering og profesjonelle arbeidsoppgaver. Disse oppgavene er datainnsamling, analyse, vurdering og gjennomføring av tiltak, samt evaluering av tiltak (Abbott 1988). Diskusjonene belyser horisontal og vertikal samordning med hensyn på disse oppgavene. Følgende spørsmål er stilt:

- Hvordan tilrettelegger kommunene for samarbeid og samordning mellom egne enheter?
- Er den kommunale organiseringen hensiktsmessig for at samarbeid og samordning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kan foregå på en god måte?
- Hvordan arbeides det med avtaler mellom nivåene?
- Hvordan arbeides det med andre former for samordning og samarbeid?
- Hvordan arbeides det med individuelle planer?

### **Horisontal samordning og koordinering i kommunene**

I dette avsnittet belyses spørsmålet om hvordan den kommunale organiseringen legger til rette for den horisontale samordningen og koordineringen i kommunene i materialet. Tendensen over tid er at kommunene fortsetter å reorganisere og at flat struktur og resultatenheter er en organisasjonsform som det fortsatt reorganiseres til. Kommunene organiserer seg også dels fra flat struktur og resultatenheter. Flat struktur og resultatenheter er en organisasjonsform der resultatenhetene har ansvaret for spørsmål innenfor budsjett, personal og fag. Materialet viser til at det i slike kommuner får vokse fram domenekonflikter. Domenekonfliktene består i at resultatenhetene lukker seg om sine budsjetter og sine brukere. Enheten for psykisk helsearbeid både får arbeidsoppgaver knyttet til brukere andre enheter ikke vil ha, og de kaster av seg arbeidsoppgaver de mener andre enheter bør ta. Kommuner som nylig har gjennomført reorganisering, eller som er i gjennomføringsfasen, er mest utsatt for slike konflikter, men materialet viser at

også kommuner der organisasjonsformen flat struktur og resultatenheter har fått virke en stund er utsatt for dem. Slike prosesser oppstår fordi fora for samordning forsvinner i reorganiseringsprosessene. Prosessene skaper dårlige forutsetninger for samarbeid og samordning, og kommunenes sentralnivå oppfatter ikke nødvendigvis at konfliktene oppstår.

### **Psykisk helsearbeid og kommunenes forvaltningsenhet**

Også under denne headingen belyses spørsmålet om hvordan den kommunale organiseringen legger til rette for horisontal samordning og koordinering. Kommuner som innfører flat struktur og resultatenheter legger til rette for at det også etableres forvaltningsenhet. Over tid har en ny kommune innført slik enhet, det er dermed vanskelig å peke på at dette er en trend. Det kan imidlertid se ut til at standardisering av tjenestene er en trend. Etablering av forvaltningsenhet er en organisasjonsendring som har utgangspunkt i kommunenes behov for administrativ og økonomisk kontroll over kommunal tjenestefordeling gjennom en bestiller- utførermodell. Den splitter opp rekkefølgen av arbeidsoppgavene det ble vist til over, som ellers er et ansvar for en og samme profesjonsutøver. Datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak som skal settes i verk blir forvaltningsenhetens ansvarsområde, og gjennomføring av tiltakene, samt vurdering av effekter, blir ansvaret for de utførende enhetene. Forvaltningsenhet kan også ses på som en formalisering av såkalt inntaksteam, fordi de har ansvaret for å gjennomføre kartlegginger av brukeres behov og ut fra kartleggingen fordele brukere på de enhetene som anses å ha den rette kompetansen.

I materialet er det to kommuner som har innført forvaltningsenhet. En av dem har hatt slik enhet hele perioden evalueringen har vart, dvs. fra 2003 til 2006. Den andre har etablert forvaltningsenhet etter første runde av datainnsamlingen. I denne siste kommunen er planen at det også skal innføres innsatsstyrt finansiering, planer for dette foreligger ikke i den andre. I tillegg til å splitte arbeidsoppgavene vil forvaltningsenheten bidra til at arbeidsoppgavene som gjennomføres standardiseres. Dette dreier seg om datainnsamling, analyse og vurdering av hvilke tiltak som skal iverksettes for brukere. Målsettingen er å skape likhet i tjenestefordelingen. Materialet viser at den siste kommunen fikk konflikter relatert til forvaltningsenheten fordi den ble oppfattet som ikke å være i stand til å ivareta enhet for psykisk helsearbeids brukere. Det vil si at den ble oppfattet som å favorisere hjemmesykepleien. Den hadde heller ikke kompetanse på psykisk helse. Det medførte at den ikke kunne fungere som en avlastning for enhet for psykisk helsearbeid, som likevel måtte gjennomføre datainnsamling og analyse, samt vurdere hvilke tiltak som skulle settes i verk for sine brukere. Deretter ble det overlatt til forvaltningsenheten å fatte beslutningen som eventuelt ledet fram til vedtak. Forvaltningsenheten hadde også medvirket til at det ble skapt klarheter om hvorvidt alle brukere i enhet for psykisk helsearbeid hadde rett på vedtak.

I den grad forvaltningsenheten skaper konflikter om vedtak er den ikke hensiktsmessig for horisontal samordning og samarbeid i den kommunale organisasjonen. Etablering av forvaltningsenhet bidrar trolig også til at to trender kommer til å stå mot hverandre i kommunene. Det er på den ene siden standardisering av vurdering og beslutninger om tiltak og på den andre kravene om at brukere har rett på tilpassete tiltak. Tilpassete tiltak er blant annet nedfelt i retningslinjene om individuell plan.

### **Kommunal organisasjon og vertikal samordning**

I dette avsnittet belyses kommunenes tilrettelegging for vertikal samordning med DPS og sykehus. Samtidig med at mange kommuner er i ferd med å etablere organisasjonsløsninger som bidrar til standardisering av kommunal tjenestefordeling, ses

det prosesser i den vertikale relasjonen mellom enheter som er involvert i psykisk helsearbeid som også vil bidra til standardisering, jfr. også de neste avsnittene. Innføring av forvaltningsenhet har konsekvenser for samordning og tjenestefordeling horisontalt i kommunen, men ser ikke ut til å ha betydning for hvordan kommunene arbeider i relasjon til spesialisthelsetjenesten. Dette skjer fordi enheten ikke får ansvaret for å kommunisere med spesialisthelsetjenesten. Ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid etterlyser en buffer, blant annet spesialisthelsetjenesten, fordi de opplever at den kommunale organisasjonen er grenseløs og ikke selv kan styre pågangen av brukere.

Trenden ser ikke ut til å være, som for eksempel antatt i Myrvold og Helgesen 2005, at forvaltningsenheten får rollen som en slik buffer. Ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid opplever det også slik at enheten ikke bidrar til å skape en økonomisk eller organisatorisk buffer som gjør den i stand til å takle kriser. Kriser oppfattes å oppstå hvis det for eksempel er press fra spesialisthelsetjenesten for å ta i mot utskrivningsklare pasienter.

### **Spesialisthelsetjenesten og vertikal samordning**

Vertikalt samarbeid som gjennomføres med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten ser ut til å være dels uformell i karakter. Det er samarbeid som er spesifikt for enkelte yrkesgrupper i den forstand at det foregår mellom yrkesutøvere innenfor samme profesjon. Samarbeidet har dermed utgangspunkt i enkelte pasienter. Det er dermed et syklisk samarbeid, men det er ikke nedfelt på systemnivå. Med hensyn på andre redskaper for samordning, som oversendelse av epikrise eventuelt andre former for utskrivningsdokumenter, er det påvist i NOU 2005:3 at det er variasjoner mellom foretak. Noen av kommunene som inngår i dette materialet er i opptaksområdet til lokale foretak med dårlige rutiner på denne formen for samhandling, og det beklages av lokale myndigheter. Andre kommuner er i opptaksområdet til foretak som er relativt gode på dette. I foretaket som informantene kommer fra oppleves det at DPS har muligheten til å spesialisere seg, og at dette skaper propper i systemet og hindrer samordningen, det vil si i pasientflyten.

### **Avtaler; utforming og innhold**

Det er lagt inn i styringsdokumentene for opptrappingsplanen at det skal inngås avtaler om samarbeid om inn- og utskriving av pasienter i alle gruppene; voksne, ungdom og barn. I undersøkelsen inngår kommuner som tilhører tre lokale og to regionale foretak. Av disse er det kun for ett lokalt foretak at kommuner i opptaksområdet har deltatt i utarbeidelsen av slike avtaler ved tidspunktet den andre datainnsamlingen gjennomføres. For det andre regionale, men også for et lokalt foretak, er det en av to kommuner i opptaksområdet som har inngått intensjonsavtale med foretaket om å lage avtale. I det tredje lokale foretaket, som altså tilhører det samme regionale foretaket som det første, har den ene kommunen i materialet som er i opptaksområdet, ikke fått informasjon om avtaler. Selv om det er tidlig å konkludere kan det se ut til at det er kulturelle variasjoner mellom lokale foretak angående etablering av slike avtaler.

En av kommunene i opptaksområdet til det lokale foretaket der avtaler var inngått hadde selv, for en del år tilbake, tatt initiativet til et prosjekt som lå til grunn for den avtalen som nå var inngått. Kommunen hadde altså mye erfaring fra samordning med foretaket, og denne erfaringen ble tatt i bruk da avtalene med DPS ble inngått. Avtalen ble utformet som DPS-råd. Rådene har medlemmer med ledelsesansvar fra både foretak og kommuner. Både avtaler og råd vil bidra til den pågående standardiseringen av tjenestene, men de vil også bidra sterkt til predikerbarhet for kommunene i opptaksområdet. Fordi de har

medlemmer i rådene vil de kunne legge betingelser for hvordan DPS arbeider med inn- og utskriving av pasienter.

Kommunen hadde også et prosjekt i gang der kommunikasjon mellom kommunen og BUP om barn og unge var formålet. Dette prosjektet ble ikke vurdert som like vellykket som de andre prosjektene. Hovedårsakene til dette var at det var uklart hva enhetene for psykisk helsearbeid kunne bidra med. Det var også uklart hvordan samarbeid med andre enheter som har ansvar for barn og unge, barnevern, PPT, helsestasjon, skole og barnehage, skulle gjennomføres, samt hvor brukerne skulle komme fra. Det ble etter hvert bestemt at brukere burde komme fra BUP. Dette ble i ulik grad nedfelt i de forskjellige BUP prosjektet omfattet, og BUP ble til dels oppfattet som vanskelig å samarbeide med. Blant annet ga noen BUP uttrykk for at de ikke ønsket kommunal drahjelp i arbeidet med de familiene det var snakk om.

Avtaler kan være en syklisk koordinering rundt den enkelte bruker, der brukerens behov for tjenester både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten får stå i sentrum. De kan imidlertid også medvirke til at prosessene som nedfelles i beslutninger om hvilke tiltak som skal settes i verk for brukere standardiseres ut fra administrative behov for kontroll av hvilke tjenester brukerne får tilgang til. Her vil det være en viktig balanse som avtalene må ta hensyn til.

### **Individuelle planer**

Individuelle planer vurderes som et viktig redskap i både horisontal og vertikal koordinering om brukere som mottar tjenester fra psykisk helsearbeid. Planene er et redskap som muliggjør en syklisk koordinering der brukernes behov får stå i sentrum. Som et slikt redskap fordrer de at det legges til rette for at brukere kan få tilpassete tjenester. Som det vises til i avsnittet om horisontal koordinering i kommunene, kan individuell plan være et redskap som står i motsetning til de standardiseringstrendene som kan observeres i kommunene.

Trenden er likevel at kommuner fortsatt kan ha vanskeligheter med å arbeide med individuelle planer og de er fortsatt ikke kommet i alle kommuner som inngår i materialet. Det er fortsatt diskusjoner mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om hvem som har ansvaret for å initiere planer for brukere som kommer inn i spesialisthelsetjenesten. Denne forsøker å kaste av seg arbeidsoppgavene knyttet til utarbeidelse av individuelle planer til kommunene, og det ble vist til at en kommune har erfaring med å få "bestillinger" på individuell plan fra spesialisthelsetjenesten. I kommunene oppfattes individuell plan som kompleks, og både i kommune- og spesialisthelsetjenestene oppleves det at det må drives mye motivasjonsarbeid med brukere for å få dem til å ta i mot tilbudet om individuell plan. Det snakkes om å flytte brukeres grenser.

Trenden ser heller ikke ut til å være at individuell plan forankres på systemnivå i kommunene. Denne er observerbar, selv om kommunene har arbeidet med maler for planer. Det ser ut til at planer er en oppgave som delegeres til yrkesutøvere på de kommunale feltene som spesielt har ansvaret for å utarbeide slike planer. Ved sammenligninger mellom kommuner kan det også observeres at reorganisering og etablering av forvaltningsenhet trolig ikke fungerer positivt for utarbeidelsen av individuell plan som krever utstrakt koordinering og samordning.

### **Horisontal arbeidsdeling**

Observasjonene som gjøres i kommunene peker på at den horisontale arbeidsdelingen med hensyn på psykisk helsearbeid blir skadelidende når kommunene reorganiserer.

Etablerte fora for koordinering og samordning forsvinner og kan ikke lenger holde domenekonfliktene i sjakk. Slike konflikter tillates å vokse fram, eller de revitaliseres fordi det ikke etableres nye fora for samordning. Dermed blir også samarbeidet om enhetene for psykisk helsearbeids brukere problematisk. Det observeres ikke at etablering av forvaltningsenhet bedrer situasjonen med hensyn på samordning.

### **Vertikal arbeidsdeling**

Det er mange redskaper som inngår i den vertikale arbeidsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kommunikasjon som går mellom yrkesutøvere innenfor samme profesjon er vanlig. Den er forholdsvis uformell i karakter. Formelle redskaper er oversendelse av epikrise, utskrivningsdokumenter og utarbeidelse av individuelle planer. Angående bruk av slike redskaper ser det ut til at det er kulturelle forskjeller mellom lokale helseforetak. Det gjør det også med hensyn på inngåelse og utvikling av avtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. I noen av kommunene er slike avtaler etablert, mens en kommune på intervju tidspunktet fortsatt ikke hadde fått informasjon om at det er mulig å inngå avtaler. Avtaler kan medvirke til standardisering av prosessene med inn- og utskrivning av pasienter, så vel som at de kan medvirke til å synliggjøre at nivået på kommunale tjenester innenfor et og samme lokale foretaks opptaksområde kan være forskjellig. I begge tilfellene vil de gjøre situasjonen for kommunene mer predikerbar, men de kan også stå i motsetning til kravet om tilpassede tjenester som individuell plan legger opp til.

### **Anbefalinger**

Det observeres altså at kommunale trender går i ulike retninger. På den ene siden foregår det prosesser av standardisering av tjenestene, på den andre stilles det krav om at tjenester skal tilpasses individuelt til hver bruker. Kommunene i materialet har reorganisert til flat struktur og resultatenheter, to har også etablert forvaltningsenhet. Flat struktur og resultatenheter er en organisasjonsform som innføres ut fra administrative og økonomiske hensyn. Det er også forvaltningsenheten som skal sørge for likhet i tjenestetilbudet. Den skal, etter datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak for enkelte brukere, bestille tjenester hos utøvende enheter. Dette er tiltak som resulterer i samordning til fordel for systemet. Det bør derfor presiseres overfor kommunene at de har et lovpålagt ansvar for å organisere seg på en måte som ikke hindrer samarbeid.

Anbefalingen som gis i NOU 2005:3 om at utarbeidelsen av individuelle planer bør nedfelles på systemnivå i kommunene understrekes her, samtidig må ikke ansvaret som er knyttet til enkelte yrkesutøvere tones ned.

Avtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste er et forholdsvis nytt arbeidsredskap innenfor psykisk helse. Det kan observeres kulturelle forskjeller mellom lokale foretak, men det er ikke mulig å si noe mer om at dette faktisk er en trend. Likevel anbefales det å påpeke overfor helseforetakene at de har dette ansvaret. Det gjelder for alle gruppene; voksne, ungdom og barn.



# Innhold

Forord .....	1
Sammendrag .....	2
1 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten .....	8
1.1 Innledning .....	8
1.2 Målsettinger i Opptappingsplanen .....	9
1.3 Noen kommentarer til metoden .....	9
1.4 Noen kommentarer til analytiske begreper .....	12
1.5 Gangen i notatet .....	14
2 Horisontal samordning og koordinering i kommunene.....	15
2.1 Innledning .....	15
2.2 Kommunal organisasjon og horisontal samordning.....	16
2.3 Psykisk helsearbeid og kommunenes forvaltningsenhet .....	22
2.4 Kommunal organisasjon og vertikal samordning.....	26
2.5 Oppsummering .....	28
3 Vertikal samordning med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten .....	30
3.1 Innledning .....	30
3.2 Spesialisthelsetjenesten og vertikal samordning .....	30
3.3 Avtaler; utforming og innhold.....	34
3.4 Individuelle planer.....	39
3.5 Oppsummering .....	42
4 Avslutning og anbefalinger .....	44
4.1 Innledning .....	44
4.2 Horisontal arbeidsdeling .....	44
4.3 Vertikal arbeidsdeling .....	46
4.4 Anbefalinger.....	48
Litteraturliste.....	50

# 1 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

## 1.1 Innledning

I dette notatet er det samarbeidet og kommunikasjonen mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene i det psykiske helsearbeidet som er tema. Ansvaret for det psykiske helsearbeidet er delt mellom nivåer og mellom sektorer og institusjoner på de ulike nivåene, og arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten går langs ulike linjer. For det første deler de ansvaret for å tilby de tjenestene individet trenger når det oppstår et helseproblem på en slik måte at kommunene står for breddetilbudet og helseforetakene tilbyr de spesialiserte behandlingene. For det andre deler de det juridiske ansvaret og det er flytende. Det bestemmes i stor grad av hvordan fagmiljøene finner det hensiktsmessig ut fra tradisjon, kompetansekrav, krav til utstyr og økonomiske styringsmidler (NOU 2005:3:49). Ansvaret er den siste tiden forskjøvet mot at kommunene tar mer ansvar enn tidligere. Fastlegene har overtatt pasientoppgaver som tidligere ble utført på spesialistnivå, samt at pleie- og omsorgstjenesten i kommunene har overtatt flere oppgaver, blant annet for psykisk syke. Grenselinjene er også avhengig av samarbeidet mellom kommuner og sykehus (ibid:50), og de avtaler som eventuelt må eksistere som regulerer dette samarbeidet.

Samarbeidet og kommunikasjonen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten foregår rundt den enkelte bruker. Det er brukere med sammensatte og langvarige behov for tjenester samhandlingen først og fremst dreier seg rundt, og slike brukere utløser krav om at det lages individuelle planer og at det arrangeres samarbeidsmøter, ofte kalt ansvarsgrupper, for brukerne. Samhandling på systemnivå vokser imidlertid fram, først og fremst i kommunene, men også mellom kommuner og helseforetak/distriktspsykiatriske sentre.

Hovedproblemstillingene notatet vil ta opp er hvordan det kommunale psykiske helsearbeidet forholder seg til spesialisthelsetjenesten. Under denne problemstillingen vil notatet drøfte flere spørsmål:

- Hvordan tilrettelegger kommunene for samarbeid og samordning mellom egne enheter?
- Er den kommunale organiseringen hensiktsmessig for at samarbeid og samordning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kan foregå på en god måte?
- Hvordan arbeides det med avtaler mellom nivåene?
- Hvordan arbeides det med andre former for samordning og samarbeid?
- Hvordan arbeides det med individuelle planer?

## 1.2 Målsettinger i Opptrappingsplanen

Målsettingen i Opptrappingsplanen er at tjenestene skal framstå som helhetlige for brukerne. Helhetlighet omfatter både tjenesteytere og ledelse og er blant annet operasjonalisert til at ledelsen på alle nivåer forutsettes å legge forholdene til rette for samarbeid og for at hindringer for samarbeid fjernes. De ulike profesjonene forutsettes å se seg selv som et ledd i en samlet helhet der sammenhengende tilbud til personer med psykiske lidelser skal være det vesentlige og det er tjenesteyterne som skal sørge for at tiltakene framstår som en enhet (St. meld. nr. 25, 1996-97:94-95). Helsepersonelloven slår i kapittel 2, § 4 fast at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Lov nr. 64, 02-07-1999). Dette krever at det arbeides først og fremst med horisontal, men også med vertikal koordinering av behandlingstilbudet.

Den horisontale samhandlingen foregår i sykehus eller i kommuner, mens den vertikale foregår i relasjonen mellom disse institusjonene, samt mellom dem og distriktpsykiatriske sentre. NOU 2005:3 mener at det for brukere av helsetjenester blant annet innenfor rus og psykiatri, og som kan ha behov for omfattende og langvarige tjenester, er ”viktigere at de ulike tjenesteenhetene i kommunen har god kommunikasjon med hverandre og en felles forståelse av behov og mål, enn om samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten fungerer godt” (NOU 2005:3:81). Den viser likevel til at utviklingen i helsetjenesten har ”..... dels tvunget fram, et mer aktivt og utvidet samarbeid mellom sykehusene og kommunene i sykehusets dekningsområde” (ibid:87). Samhandlingen anses som fortsatt å være utilstrekkelig og som å variere mellom helseforetak. Som virkemidler for å endre det utilstrekkelige i samhandlingen peker utredningen på arbeidet med individuell plan, etablering av ansvarsgrupper, oversendelse av epikriser, samt etableringen av formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner. Utviklingen av disse virkemidlene som arbeidsredskaper for både horisontal og vertikal koordinering i det psykiske helsearbeidet vil derfor også inngå som målsettinger i Opptrappingsplanen, og etablering av avtaler er lagt inn i styringsdokumentene for 2005 (IS 20/2004).

## 1.3 Noen kommentarer til metoden

Seks av kommunene som inngår i denne studien er valgt ut på bakgrunn av at de har svart på spørreskjema sendt ut i regi av SINTEF/NIBR i 2003. Kommunene er valgt ut med hensyn på avstand til helseforetakenes behandlingstiltak som distriktpsykiatriske 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. 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).

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 valgte organisasjonsløsninger, samt deres evne og mulighet til å utvikle og implementere velferdspolitiske og andre tiltak.

Oversikt over organisasjonsløsninger i casekommunene

<b>Kommune</b>	<b>Beliggenhet</b>	<b>Antall innbyggere</b>	<b>Politisk organisering</b>	<b>Administrativ organisering</b>	<b>Organisering av psykisk helsearbeid</b>
<b>A</b>	Vestlandet, sentralt	235450	Parlamentarisme med komiteer	Resultatenheter (bestiller-utførermodell)	Egen resultatenhet
<b>B</b>	Østlandet, relativt sentralt	21884	Hovedutvalg	Virksomheter (bestiller-utførermodell)	Virksomhet i pleie og omsorg
<b>C</b>	Nord-Norge, sentralt	22967	Komitémodell	Resultatenheter	Egen resultatenhet
<b>D</b>	Østlandet, mindre sentralt	14918	Fagkomiteer	Virksomheter	Egen tjeneste i helse- og sosial
<b>E</b>	Vestlandet, mindre sentralt	3923	Hovedutvalg	Resultatenheter	Egen tjeneste i rehabiliteringsavdeling
<b>F</b>	Nord-Norge, mindre sentralt	3136	Utvalg	Virksomheter	Bo- og rehabiliteringsavdeling
<b>G</b>	Vestlandet, mindre sentralt	2318	Utvalg	Virksomheter	Virksomhet i pleie og omsorg

Kilde: Kommunenøkkelen, intervjuer i kommunene

Materialet dette notatet baserer seg på er et kvalitativt materiale. Det er hentet inn ved hjelp av informantintervjuer i syv kommuner og ett sykehus. Intervjuene er gjennomført som ekspertintervjuer der det er informantenes kunnskap om eget arbeid og arbeidssituasjon i relasjon til brukeres medvirkning som har vært det viktigste tema. De har vært basert på en intervjuguide med faste spørsmål, men som samtidig har hatt rom for å gå videre med interessant informasjon som kommer fram. Intervjuene er altså gjennomført for å kartlegge hvordan ansatte i psykisk helsearbeid og kommunene legger til rette for at brukere kan medvirke i gjennomføringen av tjenestene de mottar. Informantene har påpekt kommunale organisasjonsløsninger, samt den vertikale relasjonen med spesialisthelsetjenestens betydning for brukeres muligheter til å medvirke. Dette notatet rapporterer derfor om hvordan organisering og organisasjonsendringer legger betingelser for det psykiske helsearbeidet. Notatet er utformet som et selvstendig notat, men skal ses i sammenheng med rapport om brukermedvirkning som er under utarbeidelse.

Intervjuundersøkelsen er gjennomført på to tidspunkter. Den første i årsskiftet 2003/2004, den andre i 2006. I begge runder er det gjennomført intervjuer med ansatte i kommunal administrasjon og med ansatte i operativ virksomhet med psykisk helsearbeid. I de fleste tilfellene innebærer det ansatte i avdeling eller enhet for psykisk helsearbeid, men også ansatte på administrativt nivå i kommunene, samt i andre avdelinger der disse er mye involvert i psykisk helsearbeid, er intervjuet. I første runde ble det gjennomført intervjuer med 25 sykepleiere. I overveiende grad hadde disse videreutdanning som psykiatriske sykepleiere, en hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid og fem hadde videreutdanning som helsesøster. Disse 25 sykepleierne inkluderer også administrativt ansatte. Administrativt ansatte har også andre typer utdanninger og er derfor ikke med i oversikten som ble gitt i Helgesen 2004:136. I andre runde er antallet informanter med grunnutdanning som sykepleiere noe redusert, blant annet er det ikke intervjuet helsesøstere, mens det er intervjuet noen flere vernepleiere og sosionomer. Det er også færre med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller psykisk helsearbeid. Dette beror seg på at det har vært noen utskiftninger, spesielt i ledelsesposisjonene i enhetene for psykisk helsearbeid. I nyrekrutteringen har det ikke vært fokusert på at ledere burde ha videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid, og det er valgt å ansette personer med andre typer videreutdanninger, som ledelse eller veiledningsfag. Det har også vært vekst i enhetene, delvis på grunn av at de skal gi tjenester også til brukere med rusproblemer, og av den grunn er det sett som nødvendig at ansatte har en noe bredere erfaringsbakgrunn enn bare sykepleie (23.01.06, leder, 27.01.06, ansatt i kulturavdelingen, 23.03.06, helse- og sosialsjef, 06.04.06, leder, 24.05.06, administrasjonssjef, 01.06.06, konsulent).

I første runde ble det også gjennomført intervjuer med ansatte ved tre avdelinger ved ett helseforetak. Det er altså gjennomført færre informantintervjuer i helseforetak enn det er for kommuner. Det er ikke inkludert informanter fra DPS.

Begrepene reliabilitet og validitet gis bestemte innhold i kvalitative studier. At undersøkelsen er reliabel innebærer at den er pålitelig, konsistent og treffsikker. Det er blant annet knyttet til at samme typen måling gjøres på flere tidspunkter med tilsvarende måleinstrumenter. Intervjuundersøkelsen i kommunene som de presenterte observasjonene er hentet fra, er gjennomført to ganger. Dette er gjort for, med noenlunde sikkerhet, å kunne peke på hvilke trender det er mulig å spore i utviklingen av psykisk helsearbeid i casekommunene. Her rapporteres det fra begge rundene av intervjuer, men på et begrenset felt som er horisontal og vertikal samordning og samhandling. Diskusjoner av eventuelle avvik og sammenfall av observasjoner mellom denne runden av datainnsamlingen og den forrige styrker observasjonenes reliabilitet. Tilsvarende diskusjoner med hensyn på offentlige dokumenter vil kunne sette observasjonene i denne undersøkelsen i perspektiv og medvirke til å styrke oppfatningen av utviklingstendenser.

Validitet er knyttet til gyldigheten av det som måles og kan sikres på flere måter i en kvalitativ studie av denne typen. For det første er begrepsvaliditeten viktig fordi den sier noe om dataene som brukes gjenspeiler fenomenet som undersøkes. For å sikre begrepsvaliditeten er det brukt tid med informantene for å komme fram til felles forståelser av innholdet i viktige begreper. Kjennetegnene ved kommunene som vi har oppfattet som distinkte, og de begreper som har vært generiske i beskrivelsen av den kommunale organisasjonen, endres når den kommunale organisasjonen endres (Thagaard 2003). Eksempler er at begrepene byråkrati, styring, hierarki og etat erstattes med flat struktur, delegering, resultatenheter, virksomhet og ledelse.

Den ytre validiteten, altså muligheten for å generalisere, er et viktig tema i slike studier. I et materiale som ikke er representativt kan det kun gjøres observasjoner, det gjøres ingen funn. Det kan likevel gjøres bestrebelser på å generalisere ved å knytte variablene som

benyttes til teoretiske begreper. Det kalles analytisk generalisering. Kontrasteringen til annen litteratur som behandler samme tema og spørsmål kan bringes inn i analysen med et slikt siktemål (Yin 1984).

## 1.4 Noen kommentarer til analytiske begreper

Profesjonelt arbeid utføres i organisatoriske systemer, for eksempel et sykehus eller en kommune. Systemene ses som avgrenset, de er rasjonelle og ofte hierarkisk bygget opp. Innenfor det rasjonelle perspektivet på organisasjoner ses de som redskaper som kan tas i bruk for å endre organisasjonens output, for eksempel produsere tjenester mer effektivt (Scott 1992). Perspektivet på profesjoner viser til at samhandling og samarbeid, det som kalles arbeidsdeling, foregår mellom profesjonelle som selvstyrte prosesser innenfor en og samme yrkesgruppe, eller mellom ulike yrkesgrupper som er operative i det samme systemet. Arbeidsdeling foregår da enten ved at profesjonelle avgir arbeidsoppgaver til andre profesjonelle grupper som anses som underordnet eller som å være i en hjelpeposisjon. Den kan eventuelt foregå ved at gruppene krever arbeidsoppgaver fra andre grupper. Endringer i fordelingen av arbeidsoppgaver kan foregå i relasjoner mellom grupper på samme utdanningsnivå, som grenspesialiseringer, eller fra et utdanningsmessig over- underordnet nivå, eventuelt fra andre administrative nivåer. Endringer i arbeidsdelingen foregår fordi profesjonene ønsker å styrke egen posisjon på et fagfelt. Arbeidsoppgavene de profesjonelle har kan deles inn i flere typer oppgaver: datainnsamling, analyse, tiltak og evaluering av effekter (Abbott 1988). Disse kan omsettes til norsk som utredning/diagnose, medisinsk behandling, pleie/omsorg, medisinsk oppfølging og rehabilitering (Kalseth m. flere 2004). I dette notatet brukes Abbotts begreper.

Ut fra dette perspektivet gjennomføres arbeidsoppgavene ut fra at de utgjør et hele og henger sammen på en slik måte at en yrkesutøver kan ha oversikt over hele prosessen; det vil si samle inn data og kartlegge brukeres situasjon, analysere data og stille diagnose, fatte beslutning om hvilken behandling, eventuelt pleie eller rehabilitering, som er adekvat og evaluere effektene av behandlingstiltakene (Abbott 1988). Den arbeidsdelingen profesjonelle grupper kommer fram til legger dermed betingelsene for samhandling og samarbeid. Hvordan samhandling og samarbeid gjennomføres på profesjonelt nivå er dermed utsatt for endringer som kan foregå uavhengig av organisasjon, det vil si uavhengig av hvordan det legges til rette for samordning og koordinering på systemnivå.<sup>1</sup>

Ut fra det rasjonelle perspektivet på organisasjoner ses organisasjon som et redskap. Kravene til styring av organisasjonene i offentlig sektor har økt mye de siste årene, og det er en forestilling om at det eksisterer ressurser det vil være mulig å hente ut av organisasjonen ved å effektivisere den (Vike m. flere 2002). Organisasjonsdatabasen viser at norske kommuner reorganiserer i stor grad. Mens alle norske kommuner måtte organisere sin administrasjon i en sektor- eller etatsmodell, altså som en hierarkisk organisasjon fram til 1993, er det nå opp til kommunene å selv finne fram til de organisasjonsformene de anser som de beste for å løse både lovpålagte og andre oppgaver de har. Det er dermed mulig å finne mange ulike modeller for administrativ organisering i det kommunale landskapet. Den modellen for administrativ organisering som ser ut til å vokse mest er den som kalles flat struktur med tilhørende resultatenheter. I 2004 var det

<sup>1</sup> Begrepene samhandling og samarbeid betegner her prosesser som foregår i og mellom yrkesgrupper. Om dette kan også samlebegrepet arbeidsdeling brukes. Begrepene samordning og koordinering brukes om prosesser på systemnivå.

134 eller 40,7 % av kommunene som hadde helt flat struktur uten ledernivå mellom administrasjonssjefen og ledere for utøvende tjenester, mens ytterligere 127 eller 38,6 % hadde ett ledernivå mellom disse (Hovik og Stigen 2004). Her er det tre trekk ved modellen flat struktur og resultatenheter som er viktige. Det første er at enhetene har fått delegert myndighet over budsjett, personal og fag. Det andre er at enhetene kommuniserer direkte med rådmannsnivået og det tredje er at fora for koordinering som var knyttet til sektormodellen forsvinner (Opedal og Stigen 2002). De organisatoriske betingelsene for profesjonelt arbeid i kommunene er altså stadig i endring.

Grensene mellom systemene, som er spesialist- og kommunehelsetjenestene, er i større grad flytende nå enn tidligere, og det overføres flere oppgaver til den kommunale organisasjonen. Det psykiske helsearbeidet utsettes dermed for krav som er eksterne for de involverte profesjonelle gruppene. På den ene siden settes kommunene i stand til å ta en større andel av det psykiske helsearbeidet enn de har gjort tidligere, og i regi av Opptappingsplanen er de i ferd med å bygge ut tjenester for mennesker med psykiske lidelser. På den annen side utsettes og omfattes det psykiske helsearbeidet for de samme organisatoriske prosessene som andre deler av den kommunale organisasjonen. Det impliserer at også det psykiske helsearbeidet omfattes av slike endringer på kommunalt nivå. I materialet i denne undersøkelsen er det per 2006 fem av syv kommuner som har valgt å ha bare ett nivå under rådmannsnivået, det er utøvende nivå. De to siste har ett ledernivå mellom utøvende enhet og rådmannsnivået.

Reorganisering i kommunene og endring av grensene mellom nivåene i helsetjenesten impliserer at arbeidsoppgavene ikke lenger i sin helhet kan knyttes til kun en profesjon på ett nivå. Det pågår horisontale organisatoriske prosesser i kommunene som påvirker muligheter for samordning, og det pågår vertikale prosesser mellom yrkesgruppene på de to nivåene som endrer betingelsene for samarbeid. For å gi tilfredsstillende behandling til pasienter kreves det at yrkesgruppene samarbeider og at det legges til rette for samordning, både horisontalt og vertikalt. Det arbeides derfor med å lage rutiner for kontinuerlig samordning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det kan da tenkes at arbeidsoppgavene deles etter et fast mønster: For eksempel kan det gjøres slik at datainnsamling og analyse gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, mens vurdering av effekter gjennomføres i kommunene. De kan også deles slik at hver enkelt arbeidsoppgave gjennomføres på begge nivåer, men at de gis ulikt innhold. Denne siste samordningen kan se ut til å være mønsteret; profesjonelle grupper i spesialisthelsetjenesten samhandler horisontalt i følge datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak. Tiltakene kan da iverksettes andre steder i spesialisthelsetjenesten, som andre sykehusavdelinger, distriktpsykiatriske sentra (DPS) eller i poliklinikker. Tiltakene kan også iverksettes i kommunehelsetjenesten. Hvis de iverksettes i kommunehelsetjenesten gjennomføres ofte en ny datainnsamling og analyse for å, på bakgrunn av opplysninger fra spesialisthelsetjenesten, komme fram til de beste tiltakene for den aktuelle brukeren.

Det etableres altså flere kjeder av arbeidsoppgaver som delvis er selvstendige horisontalt i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten, men som også delvis griper inn i hverandre vertikalt over nivågrensene. Denne siste arbeidsdelingen vil kreve langt mer vidtgående vertikalt samarbeid mellom yrkesgrupper og samordning på systemnivå enn den første. Konkret er det da mulig å spørre hvor all datainnsamling og diagnostisering foregår, hvor all vurdering av tiltak og behandling foregår og hvor effektene av tiltakene vurderes (Kalseth m. flere 2004, Helse- og omsorgsdepartementet 2005). I dette notatet spørres det imidlertid hvordan de ulike arbeidsoppgavene deles mellom nivåer og hvilke betingelser de dermed legger for samarbeid i og mellom yrkesgrupper og for samordning på systemnivå.

For både vertikal og horisontal samordning vil formene for samhandling ha betydning, dvs. om det er lagt til rette for at det kan samhandles syklisk rundt den enkelte pasient og dennes forløp, eller om samhandlingen styres sektorielt ut fra administrative eller kunnskapsmessige, det vil si profesjonelle hensyn. På systemnivå vil tilrettelegging for samordning ta hensyn til administrative og profesjonelle behov. Jfr. NOU 2005:3:117 der det vises til at mange samhandlingsaktiviteter i sykehusets regi framstår som lite brukerorienterte, og organisert ut fra sykehusets administrative og økonomiske interesser. Vertikal samhandling som dreier rundt den enkelte pasient vil med stor sannsynlighet plassere ansvaret for å gjennomføre samhandlingen innenfor de enkelte yrkesgruppene, og hensyn vil bli tatt først og fremst til profesjonelle interesser. Det kan tenkes at det dermed vil kreves ekstra tiltak for samhandling på kommunalt nivå fordi den dreier seg om for snevre tema, eksempelvis kun medisinerer der det også er behov for fysisk trening. Vertikal samordning på systemnivå vil trolig kreve at arbeidsoppgavene ses i sammenheng på tvers av nivåer og det vil kunne oppstå prosesser som ikke nødvendigvis er forenlige.

## 1.5 Gangen i notatet

Spørsmålet om forenlige prosesser vil i dette notatet bli belyst ved å fokusere på hvilke konsekvenser endringer i kommunal organisering har for det psykiske helsearbeidet. I kapittel to vil det stilles spørsmål om hva som medfører at det enten vokser fram domenekonflikter, eller at gamle domenekonflikter revitaliseres, eventuelt ikke kan avsluttes. Deretter, i avsnitt 2.3, rettes søkelyset mot hvilken betydning etablering av forvaltningsenhet har for horisontal samordning og samhandling på kommunalt nivå. I avsnitt 2.4 belyses de betingelser horisontal samordning i forvaltningsavdeling legger for vertikal samhandling om brukere. I kapittel tre belyses først vertikal samhandling om brukere fra spesialisthelsetjenestens synsvinkel. Deretter rettes søkelyset mot ulike redskaper for samordning, dette er avtaler som er forholdsvis nye og som settes i verk på systemnivå med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten. I avsnitt 3.4 diskuteres individuelle planer med utgangspunkt i at det fortsatt skal være delt ansvar for dem, og med fokus på kommunenes forvaltningsenhet. Kapittel fire er avslutning og anbefalinger.



---

## 2 Horisontal samordning og koordinering i kommunene

### 2.1 Innledning

I dette kapitlet skal det redegjøres for hvordan kommunene i materialet legger til rette for gjennomføring av psykisk helsearbeid. Lov om kommuner og fylkeskommuner gir kommunene stor frihet i spørsmålet om hvordan de vil organisere seg både politisk og administrativt. Dette har medført et mangfold av kommunale organisasjonsformer. Denne loven er en forfatningslov og har ingen bestemmelser om kommunenes oppgaver, slike oppgaver er regulert av særlover (Aarsæther og Vabo 2002). Her skal det gås nærmere inn på kommunehelsetjenesteloven, lov om sosiale tjenester og helsepersonelloven.

I følge lov om kommunehelsetjenester er dens formål at kommunene ved sin helsetjeneste skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Videre skal de planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift (Lov av 19.11 1982 nr. 66: §§ 1-2 og 1-3a). Lovens § 6-6 pålegger helsepersonell som arbeider innenfor rammen av loven å samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker. De skal i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og de skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold.

Lov om sosiale tjenester gir kommunene ansvaret for de oppgaver som ikke er lagt til et statlig organ (Lov av 13.12 1991 nr. 81: § 2-1). Loven pålegger også sosialtjenesten å medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for sosialtjenestens arbeid. Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven.

Helsepersonelloven slår fast at personellet skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Videre at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, samt at virksomheten som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Lov av 02.07 1999 nr. 64: §§ 4 og 16).

## 2.2 Kommunal organisasjon og horisontal samordning

Organisasjonsendringene som kan observeres er altså fra hierarkiske sektor- eller etatsmodeller til flat struktur og resultatenheter. Trekkene ved denne endringen som spesielt skal belyses her er at fagenhetene får delegert ansvaret for budsjett, personal og fag der dette tidligere lå til større avdelinger av typen helse- og sosialavdeling. Mens det tidligere var mulig for en helse- og sosialsjef å se budsjett, personal og fag helhetlig for flere typer tjenester, ofte dreide det seg om somatisk og psykiatrisk hjemmetjeneste, tjenester for psykisk utviklingshemmede (PU) og sosialtjenester, er dette ansvar som nå er delegert til fire forskjellige enheter. Delegering av ansvar til enhetene har konsekvenser for samordning og samarbeid fordi for å ivareta dette ble ivare tatt forsvinner uten at det etableres nye, men også fordi omorganiseringen i seg selv fokuserer økonomistyring i en vertikal relasjon mellom de ulike enhetene og kommunens sentralnivå. NOU 2005:3 påpeker at kommunene selv har ansvar for å organisere seg hensiktsmessig for å løse sine lovpålagte oppgaver (NOU 2005:3:81). Samtidig ser vi at særlovene som regulerer de kommunale tjenestene pålegger kommunen og tjenestene å legge til rette for at samordning og koordinering kan finne sted, og personellet til å samarbeide. Fag og profesjonalitet får stor betydning i formuleringene som er valgt i helsepersonelloven fordi hva som er faglig forsvarlighet knyttes sterkt til den enkelte tjenesteyter og yrkesgruppens etiske retningslinjer. Samtidig vektlegges det som kalles situasjonen for øvrig som blant annet henviser til organisatoriske og økonomiske rammebetingelsene som kommuner og foretak utøver sitt arbeid innenfor. Omorganisering innebærer at situasjonen for øvrig er i stadig endring og krever at helsepersonellet tilpasser seg til stadig nye organisatoriske og økonomiske betingelser.

I materialet er det per 2006 fem av syv kommuner som har valgt å ha ett nivå under rådmannsnivået, det er lederne av de enkelte enhetene. To har ett nivå mellom ledernivået og utøvende enhet. Seks av kommunene hadde også flat struktur i 2004. I 2006 er det en ny kommune med denne organisasjonsformen, det er kommune A. To av dem som hadde denne organisasjonsformen i 2004 har i mellomtiden innført ett nivå mellom enhet for psykisk helsearbeid og rådmannsnivået, det er kommunene B og D. For den ene kommunen dreier det seg om at stillingen for helse- og sosialsjef igjen er etablert. Dette skjedde på slutten av andre runde av datainnsamlingen som er gjennomført i denne kommunen og omfattes derfor ikke av rapporteringen. I den andre kommunen handler det om at psykisk helsearbeid igjen har fått egen leder. Trenden mot flat struktur og resultatenheter som organisasjonsløsningen i kommunene er dermed tydelig i materialet, men uten at kommunene entydig er fornøyd med modellen.

I prosessene der organisasjonene endres fra etats- eller sektormodell til flat struktur og resultatenheter skal altså en enhet bli flere. Budsjett, brukere og oppgaver knyttet til brukerne skal fordeles mellom enhetene på nye måter og det observeres at dette ikke er konfliktløst. Organisatoriske rammer endres og samtidig endres grensene rundt ulike yrkesgruppers arbeidsoppgaver. Dette benyttes av enheter og yrkesgrupper til enten å kaste av seg arbeidsoppgaver eller til å kreve nye arbeidsoppgaver. Det oppstår altså domenekonflikter som en konsekvens av organisasjonsendringene. I 2004 ble dette observert i to kommuner, C og F, i 2006 observeres det i to nye kommuner, A og E.

### **Domenekonflikter med utgangspunkt i andre enheter**

Koordinering og samordning kan bli skadelidende i kommunene når det innføres flat struktur og resultatenheter (Stigen og Opedal 2002). Det er vist til tidligere at modellen også kan skape det som kalles enhetsegoisme (Myrvold og Helgesen 2005). I praksis innebærer enhetsegoismen at enhetene, ikke bare enhetene for psykisk helsearbeid, men

også de enhetene det er aktuelt å samarbeide med, lukker seg omkring budsjett, personell og fag. Spørsmålene om samordning og enhetsegoisme henger tett sammen.

Av kommunene i materialet er det i kommune A og E denne trenden er tydeligst i 2006. I kommune C var den framtreddende også i 2004. Den gang var kommune A, med hensyn på psykisk helsearbeid, en velfungerende kommune. Enhet for psykisk helsearbeid var en del av hjemmesykepleien som igjen var underlagt en avdeling for helse- og sosial. I tillegg var enhet for psykisk helsearbeid fysisk samlokalisert med hjemmesykepleien. Dette medførte i 2003/2004 at samordningen mellom disse enhetene ble oppfattet som å fungere godt. Den var lagt til systemnivå og gjort til en ledelsesoppgave, og selv med visse gnisninger angående veiledning og spørsmålet om de ansatte i enhet for psykisk helsearbeid skulle delta i AMK-arbeidet og gå i turnus, ble avdelingen oppfattet som å fungere godt. Gnisningene ble oppfattet som mindre viktige og som å ha sitt utgangspunkt i gamle domenekonflikter som i 2004 var løst.

Senere i 2004 gjennomførte kommune A sin flat struktur-reform. Den hadde utgangspunkt i at det skulle spares penger og det ble oppfattet slik at den tidligere organisasjonen hadde vært utgiftsdrivende:

De var slik at nytt styringssystem satte fokus på at ikke alt fungerte. ... Det var opparbeidet et stort underskudd. Nå har vi en tonivåmodell. Vi har resultatenheter og ledere med fullmakter. I tillegg har vi innført balansert målstyring. Lederne inngår avtaler med kommunaldirektøren og vi har etablert en oppfølgingsenhet. Den arbeider med personal, økonomi, fag og kvalitet (23.05.06, seksjonsleder)

For psykisk helsearbeid har det så langt medført at:

Reorganiseringen ble satt i kraft .... Hjemmesykepleie og hjemmehjelp ble også egne resultatenheter, en enhet ble tre. Det ble satt i verk nytt økonomisystem og psykisk helse ble hele tiden glemt. Men vi må jo være med og vi måtte slåss. .... Jeg gjorde alt arbeidet selv med å få på plass de ytre rammene og budsjettansvaret. .... Vi hadde ikke merkantilt, vi hadde ikke økonomien på plass .... Disse tingene måtte vi ha på plass. Vi måtte også slåss for de lokalene vi nå er i (06.04.06, leder).

Det viste seg at det tok to år å få på plass de ytre rammene for en ny enhet. Da dette intervjuet ble gjort hadde lederen en følelse av at enheten administrativt var på rett veg. Samtidig var det en del faglige spørsmål som stod igjen å avklare. Blant annet samarbeidet og en del funksjoner enheten mente den nå selv måtte stå ansvarlig for:

01.03.05 ble hjemmehjelpen eget kommunalt foretak. Vi har måttet ansette to hjemmehjelpere i 50 % stilling, vi kaller dem muligens miljøarbeidere. 01.06.05 ble støttekontaktene overført fra sosialkontoret til oss. De kom på rot. ... Det ble avholdt samlinger for å finne ut av forskjellige ting og vi aksepterte det. Alle enhetene må finne seg selv, alle skal ha hver sin organisasjon. Før var vi en del av noe (06.04.06, leder).

Ansatte ved enhetene uttrykker bekymring for at det kommer for mange nye grupper inn som skal ha rett på tjenester fra dem og at de ikke får tjenester fra andre enheter for dem av sine brukere som vil ha behov for det. De som kommer inn dreier seg først og fremst om barn med psykiske lidelser, samt barn av voksne med psykiske lidelser, men også PU-brukere og eldre med lettere psykiske problemer. De brukerne ansatte har bekymringer for er først og fremst de eldre brukerne som har, eller som når de blir eldre, får alvorlige

somatiske lidelser i tillegg til de psykiske som de er registrert i avdelingen for. Det er ingen tro på at enheten vil kunne samarbeide med andre enheter om hjelp til og pleie av slike brukere (07.04.06 og 23.05.06, psykiatriske sykepleiere).

Før reorganiseringen ble det oppfattet som enkelt å samarbeide med andre enheter det ble oppfattet som viktig å samarbeide med. Hjemmehjelp, hjemmesykepleie og psykisk helsearbeid var i samme enhet og det ble arbeidet for å løse gamle domenekonflikter. Etter reorganiseringen ble det helt klart at de gamle domenekonfliktene ble revitalisert:

Vi hadde en modell den gangen alle var en del av pleie og omsorg. Nå er alle skiftet ut og vi må begynne på nytt. Vi er tilbake til spørsmålet om medisiner. Eksempelvis spørsmålet om hvem som skal levere ut dosettene (06.04.06, leder).

Det er også gamle konflikter som har gjenoppstått i den nye organisasjonen. Nå er det dem som mener at vi skal ha alt av psykiatriske problemstillinger. Det er et press hos andre. Hjemmesykepleien vil ikke ta angstproblematikk, men vi skal ikke gå i turnus (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Enheten for psykisk helsearbeid opplevde at gamle domenekonflikter fikk nytt liv og at hjemmesykepleien kom tilbake til problemstillinger som ble antatt løst for mange år siden. Spørsmålet om turnus ble løftet opp til sentralt nivå i kommunen, og det er fattet beslutning om at ansatte i psykisk helsetjeneste ikke skal gå i turnus (23.05.06, seksjonsleder). Fylkeslegen hadde også vært inne i bildet i dette spørsmålet og påpekt at samarbeidet mellom enheten for psykisk helsearbeid og hjemmesykepleien måtte bedres. Oppfatningen i enheten er at samarbeid igjen må legges fast på systemnivå, til det er gjort må enheten yte sine brukere hjemmehjelptjenester innenfor eget budsjett og med egne ansatte.

Revitalisering av domenekonflikten innebar også at enheten fikk tilført brukere og ansvaret for tjenester som andre enheter ikke ville ha. Spørsmålet om hjemmehjelpstjenester kan delvis bero på at det ble opplevd som vanskelig å komme i inngrep med det nyetablerte hjemmehjelpsforetaket, men det kan også bero på at det ikke er ønskelig å måtte overføre penger fra enheten til foretaket, som jo etablering av foretak, og dermed av et indre kommunalt marked, forutsetter. Å ansette egne hjemmehjelpere er en løsning som beholder pengene i enheten.

At enheten fikk mange nye brukergrupper som den ikke var i stand til å beskytte seg mot på samme måte som andre enheter beskyttet seg mot å ta inn brukere fra enheten for psykisk helsearbeid ble gitt to forklaringer. Den første er at andre enheter har mer rutine og såg en mulighet da det ble reorganisert. Dette understrekes av enhetsleder:

Det var ikke så tydelig i prosessen hvordan dette kom til å gå, jeg ser i ettertid at jeg burde vært mer offensiv. Vi snakket rett og slett litt forskjellig om de samme tingene(06.04.06, leder).

Den andre begrunnelsen gir prosessen en positiv valør og peker på at enheten gjør et godt arbeid og at det derfor er enkelt å henvende seg til dem.

Proessen som pågikk ble oppfattet av de ansatte som en prosess mot særomsorg. Det tverrfaglige arbeidet ble glemt, organisasjonen la opp til kun å tenke penger:

Det tenkes bare penger akkurat nå. Det er det viktig at vi ikke gjør og at vi i større grad kan bytte tjenester. Det er det som er tverrfaglig arbeid (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Dette følges opp fra sentralt nivå i kommunen der det understrekes at det er horisontal samordning innenfor fagområdet og vertikal samordning mellom enhet og rådmannsnivå i økonomispørsmål som er i fokus i reorganiseringen.

.... koordinering skal føre til at det utvikles likhet i tjenestetilbudet i kommunen, samt at det skal arbeides med utvikling av tiltak. .... Lukkingen du skisserer, den ser vi også og vi tar den på alvor. Dette blir også påpekt i tilsyn. .... Det dreide seg om at tjenestemottakere ikke fikk koordinerte tjenester av våre tjenesteytere. Forvaltningsenheten og tjenesteyterne var usikre på hvordan det skulle håndteres. Nå har vi falt ned på at vi skal spisse IP som verktøy. .... Vi tror også at den innsatsstyrte finansieringen skal se til samordningsproblematikken (23.05.06, seksjonsleder).

Spørsmålet om å bytte tjenester settes trolig til side til fordel for hensyn av økonomisk karakter. Det samme gjør den tradisjonelle formen for koordinering. De mer eller mindre formelle møteplassene som eksisterte når ansatte i enheter snakket sammen for å finne løsninger for brukere, erstattes av administrative prosedyrer for finansieringsløsninger. Observasjonene som gjøres i kommune A samsvarer med de som ble gjort for kommune C i Myrvold og Helgesen 2005. Det kan dermed pekes på at innføring av flat struktur ser ut til å sette i gang prosesser som isolerer enhetene, de blir seg selv nok med sitt budsjett og sitt ansvar for å følge opp personalspørsmål og fag. Trenden over tid er at mangelen på møteplasser for koordinering blir framtrepende selv i de kommunene der enhetene for psykisk helsearbeid er etablert med egne ledere.

I store kommuner synes det å være en trend der den interne vertikale koordineringen og oppfølgingen i kommunen får fokus. Det legges vekt på budsjettoppfølging, muligens noe personal, samtidig som det fortsatt ser ut til at de faglige spørsmålene overlates de enkelte enhetenes egen fagkunnskap, altså de profesjonelle yrkesutøverne.

### **Domenekonflikter med utgangspunkt i enhet for psykisk helsearbeid**

Kommune E har også flat struktur. Enheten for psykisk helsearbeid har egen leder, men er organisert sammen med hjemmetjenesten, som omfatter både hjemmesykepleie og hjemmehjelp, samt sosialtjenesten i en enhet for rehabilitering. Enheten for rehabilitering har egen konsulent på rådmannsnivå, med rådmanns myndighet.

Da kommunen E ble besøkt første gang i 2004 var vedkommende konsulent nyansatt og hadde ikke funnet sin posisjon i relasjon til psykisk helsearbeid. Det var en del konflikter, blant annet om konsulentens rolle overfor de tre enhetene, og spørsmålet som ble stilt var om vedkommende var leder med det ansvaret for økonomi, personal og fag som det innebærer. I 2004 ble det avklart at vedkommende kunne ha denne myndigheten, men at det var fattet beslutning om at den skulle delegeres til enhetsledere. I første omgang ble myndigheten delegert til lederen for psykisk helsearbeid som ble ansett som å ha den nødvendige kunnskap og erfaring.

Ved gjennomføring av andre runde av datainnsamlingen i 2006 viser det seg at denne konflikten fortsatt pågår og er forsterket. Lederen av psykisk helsearbeid har ikke vært villig til å akseptere konsulentens posisjon, og mener vedkommende står mellom enheten for psykisk helsearbeid og rådmannsnivået. Konsulenten har mange avdelinger under seg, og de har egne ledere. Vedkommende mener selv at de ansatte i psykisk helsearbeid leser

hennes posisjon inn i en pyramide og plasserer henne mellom egen enhet og rådmannen. Dette skjer selv om det gjentatte ganger er påpekt at det ikke er tilfelle. "Beviset" for at pyramiden er til stede i organisasjonen mener lederen for psykisk helsearbeid at blant annet er å finne i kommuneplanen der psykisk helsearbeid ikke har egen overskrift, men først opptrer når man går til tiltak i enheten for rehabilitering (31.03.04, leder).

I denne kommunen er psykisk helsearbeid preget av denne konflikten:

Ja, det er det (domenekonflikter). De er tydelige og de er i enheten for psykisk helsetjeneste. Der har de sterke meninger om organiseringen, det husker du fra sist du var her. De har gitt veldig mange innspill på å være eget område. Jeg mener de drar i feil retning. Vi ser nye muligheter nå, de ser ikke at de faktisk har fullmakter. Avdelingen vil inn under rådmannen direkte, derfra er det bevisst at akkurat denne enheten ikke er eget område. De får og bruker mye ressurser. Det er på bekostning av andre tjenesteområder. Jeg mener de ble seg selv nok i den avdelingen, den må inn i den kommunale helheten (01.06.06, konsulent).

Til forskjell fra kommune A ser det ut som om det er enheten for psykisk helsearbeid som er drivkraften i konflikten. Det kan se ut til at det ble skapt en situasjon der lederen for enheten for psykisk helsearbeid ikke tok det lederansvaret som faktisk var delegert til stillingen, men brukte ressurser på å bekjempe situasjonen ut fra en situasjonsforståelse som i stor grad kun er enhetens egen, og som heller ikke alle ansatte deler. Alle intervjuede i kommunen tok uoppfordret stilling i dette spørsmålet, mange uttrykte enighet, mens andre uttrykte misnøye og mente det skapte en vanskelig situasjon både for brukere og ansatte (intervjuer med ansatte 01-02.06.06).

Spørsmålet om å ta inn nye brukergrupper i enheten for psykisk helsearbeid er til stede også i denne kommunen. PU-brukere, psykisk syke barn og barn av psykisk syke er brukergrupper det var ønskelig at enheten skulle åpne for. Brukere med dobbeltdiagnoser er allerede innenfor. På enhetsnivå er det lite oppmerksomhet omkring disse gruppene, og konsulenten mener at enheten først og fremst burde arbeide med voksne, dernest barn av psykisk syke voksne og at andre grupper burde være ansvar som ligger til enheter som barnevern, PPT og helsestasjon. Det er samarbeid mellom enheten for psykisk helsearbeid og barnevern angående de to gruppene barn, men det betraktes ikke som godt. Enheten for psykisk helsearbeid oppfattet seg til dels som netto tilbyder av økonomiske ressurser til barnevernet (01.06.06, konsulent). I dette tilfellet fungerte konsulenten som en buffer mot omgivelsene og "beskyttet" enheten for psykisk helsearbeid mot krav fra andre enheter. Som det ble vist til i avsnittet om kommune A, var lederen for enhet for psykisk helsearbeid her ikke stand til å fungere som buffer.

Også kommune E opererer med miljøarbeidere ansatt i enheten for psykisk helsearbeid. Disse går både hjem til brukere og de har oppgaver knyttet til dagsenteret. Ved besøket i kommunen i 2004 ble det spilt ned at det var konflikter mellom hjemmetjenesten og enhet for psykisk helsearbeid, det ble snakket mer åpent om disse sidene ved samarbeidet ved besøket i 2006. Observasjonen er likevel at miljøarbeidet som drives fra dagsenteret er en nødvendig bestanddel av det å kunne tilby brukerne et bredt spekter av tjenester. Det stiller seg trolig noe annerledes med det miljøarbeidet som drives ved hjemmebesøk, og det har vist seg vanskelig å definere hva det tilbyr som er forskjellig fra det hjemmetjenesten tilbyr. For eksempel gjøres det en distinksjon mellom gulvvask og oppvask, der den siste oppgaven er miljøarbeid, mens den første ikke er det:

Det er en litt merkelig arbeidsdeling mellom dem da oppvask er miljøarbeid, mens gulvvask ikke er det (01.06.06, konsulent).

I enheten for psykisk helsearbeid pekes det på at samarbeidet med hjemmetjenesten er bra. Etableringen av miljøarbeid i hjemmet som egen tjeneste er resultatet av et bevisst ønske om å kunne tilby flere og bedre tjenester til brukerne enn det hjemmetjenesten gjør. Likevel kan det se ut til at det er faglige uenigheter mellom de to tjenestene, og at også disse uenighetene drives fram av det psykiske helsearbeidet:

Slik det er nå er samarbeidet med hjemmesykepleien ikke så bra. .... Den somatiske hjemmetjenesten går også til brukere med psykiske lidelser. Vi reagerer på at ansatte i psykisk helsearbeid påberoper seg kvalifikasjoner etc. men når andre vurderer seg ikke skikket reagerer de. De i den somatiske hjemmetjenesten blir litt "trekt" når de ansatte i psykiatrisk bestemmer hva de skal gjøre. Samtidig går de ut fra dagsenteret 01.06.06, konsulent).

Det kan tyde på at det har utviklet seg en arbeidsdeling der psykiatriske sykepleiere mener at de, ut fra data de henter inn om brukerne og analysen av data, kan fatte beslutninger om hvilke tiltak brukere skal ha, delegerer arbeidsoppgaver til miljøarbeidet og hjemmetjenesten. De psykiatriske sykepleierne oppfatter med andre ord både miljøarbeidet og hjemmetjenesten som en støttefunksjon for egen virksomhet, noe hjemmesykepleien ikke er villig til å akseptere. Med litt annen terminologi vil det si at enheten for psykisk helsearbeid gjør bestillinger på tiltak som de mener at hjemmetjenesten skal utføre. Trolig er det også dette som skjer i forhold til miljøarbeiderne.

Enhet for psykisk helsearbeid i kommune E ser dermed ut til å være mer hierarkisk bygget opp enn tilsvarende enheter i andre kommuner. Dette inngår som en del av de elementene som vedlikeholder domenekonfliktene i kommunen. Psykiatriske sykepleiere har etablert et system der arbeidsoppgaver som oppfattes å ligge i ytterkanten av det de oppfatter at psykiatriske sykepleiere skal utføre, er delegert til yrkesgrupper med mindre eller annen utdanning. De andre elementene er enhetens oppfatning av at det eksisterer et hierarki, også i rehabiliteringsavdelingen som den er en del av, enhetens fortolkning av arbeidsdelingen med den somatiske hjemmetjenesten og uklarhetene om det faglige ansvaret for de av hjemmetjenestens brukere som har psykiske problemer.

Kommunene F og G er de minste kommunene i materialet og for dem ser flat struktur ut til å være en god organisasjonsform. Kommune F hadde problemer med sin organisasjon i 2004 da den var ny, og det ikke var funnet en organisatorisk løsning for psykisk helsearbeid. Dette skapte den gangen åpenbare problemer for kommunenes levering av tjenester til denne gruppen (Helgesen 2004), de to ansatte er nå en del av bo- og rehabiliteringsenheten, en løsning som ble sett å komme i 2004. Enheten har leder som ligger direkte under rådmannen. I kommune G er psykisk helsearbeid enhet på linje med åpen omsorg, og begge er organisert til en enhet for pleie og omsorg. Koordineringsspørsmålene løses ved uformelle møter og samtaler (24.05.06, psykiatrisk sykepleier).

### **Oppsummering**

Kommunene er på det rene med at samordning og samhandling blir mer problematisk og at domenekonflikter kan oppstå i reorganiseringsprosesser og det blir referert til Kommunenes Sentralforbund når det snakkes om i intervjuene. Informantene vektlegger at det arbeides med å finne nye fora for samordning og samhandling (23.05.06, 01.06.06). De er likevel ikke i stand til å forebygge konfliktene. Trolig skyldes det at fokuset er på styring og økonomikontroll vertikalt i relasjonen mellom kommunenes sentralnivå og resultatene. I kommune A er den flate strukturen ny, og det er en klokke på

sentralt nivå i kommunen på at dette er den beste måten å organisere de kommunale tjenestene. Kommunene B og D har forsøkt dette, og har i perioden mellom datainnsamlingsrundene gått bort fra organisasjonsformen på områdene vi her er interessert i. For kommune Bs vedkommende kan det ikke evalueres i dette notatet, men for kommune D er flere begrunnelser trukket fram. Det ble for det første oppfattet som problematisk å koordinere tjenestene. Kommunen hadde i 2003/2004 etablert en organisasjon der enheten for psykisk helsearbeid hadde felles ledelse i en avdeling for helse- og sosialtjenesten. I løpet av de to årene til neste runde av datainnsamlingen har kommunen endret organisasjonen til en modell der psykisk helsearbeid igjen har egen ledelse. Argumentet for det er igjen koordineringsspørsmålene, men også faglige hensyn bringes inn. Kommune B fokuserer i tillegg på at det uten et velfungerende ledernivå nært til utøvende enhet kan det også være problematisk å forankre de endringene som gjennomføres i kommunen på sentralnivået (23.01.06 leder, 23.03.06).

### 2.3 Psykisk helsearbeid og kommunenes forvaltningsenhet

Dette tema er diskutert bredt i Helgesen et al. 2005. Der viser vi til at etablering av forvaltningsenhet er en form for bestiller-utfører modell, og at dette har konsekvenser for yrkesutøvelsen fordi det organisatorisk etableres grenser mellom profesjonelle arbeidsoppgaver som tidligere ble sett helhetlig. Datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak, dvs. vurdering av hvilken behandling som er den mest adekvate, er lagt til forvaltningsenheten, mens profesjonelle som utfører tiltakene, eventuelt vurderer effekten av dem, arbeider i utøvende enheter. Modellen innfører altså et nytt element i den horisontale samordningen mellom kommunale somatiske og psykiske hjemmetjenester. Den innfører også et kunstig skille mellom teori og praksis i yrkesutøvelsen, og vil således kunne ha konsekvenser for den enkelte profesjonelles faglighet.

I kommunal hjemmetjeneste har distriktsorganisering i mer eller mindre selvstendige grupper, gjerne kalt soner, vært en vanlig organisasjonsform. I store eller geografisk utstrakte kommuner var dette en velansett organisasjonsform fordi det var mulig å delegerer ansvar av både økonomisk, personellmessig og faglig karakter til de enkelte sonene eller distriktene. Distriktene var nært til brukerne og det kunne spares ressurser til både administrasjon og reise. Distriktene hadde ansatt sykepleiere, hjelpepleiere, hjemmehjelpere eller omsorgsarbeidere, og det var distriktene som helhet som var ansvarlig for oppgavene datainnsamling, analyse, tiltak og vurdering av tiltakenes effekter. Denne organisasjonsformen er nå på retur. I 2000 var det 35,5 % av kommunene som organiserte sin hjemmebaserte omsorg og 25,5 % som organiserte sin institusjonsbaserte omsorg i distrikter. I 2004 er dette redusert til henholdsvis 15,0 og 14,0 % av kommunene (Hovik og Stigen 2004).

Organisasjonsformen anses ikke som å være like tjenlig som før og en av årsakene til det er at det utviklet seg forskjeller i tjenestene gruppene tilbød. Distriktene vurderte altså ikke like tilfeller likt. I datamaterialet er det fem av syv kommuner som i 2006 har distriktsorganisert sine hjemmetjenester, men ingen som har gjort det med hensyn på det psykiske helsearbeidet.

Ved økte muligheter til å klage øker også fokuset på forskjellsbehandling innenfor denne typen tjenester i kommunene. En løsning for å sikre seg likebehandling er å legge utformingen av tjenestene kommunen skal tilby i alle sine distrikter til en forvaltningsenhet. Denne fungerer da som bestiller overfor andre kommunale tjenester. Når en kommune etablerer forvaltningsenhet for de somatiske hjemmetjenestene ser det ut til at andre tjenester innenfor helse og sosial følger etter inn i enheten. Det er først og



fremst observert at det gjelder for psykisk hjemmetjeneste, samt omsorgen for psykisk utviklingshemmete.

Analysen i rapporten fra 2005 vektlegger at det er den ”myke” formen for bestiller-utfører modell som er etablert i kommunene, dvs. at den ikke følges av en innsatsstyrt finansiering. I de fleste kommunene understrekes det imidlertid at dette er noe de arbeider med. Et annet trekk som er viktig i analysen fra 2005 er at forvaltningsenheten har ansatt profesjonelle som har utdannelse som samsvarer med de tjenestene de skal gjøre bestillinger for og hos. Sykepleieren bestiller hjemmetjenester, vernepleieren tjenester for psykisk utviklingshemmete og den psykiatriske sykepleieren tjenester for psykisk syke.

Kommune As reorganisering til flat struktur og resultatenheter innebærer også at det ble etablert forvaltningsenhet med begrunnelse i at det var forskjeller mellom distrikter:

Det utviklet seg store ulikheter i kommunen, .... de hadde ulik kurs. Det klarte vi ikke å følge opp i den gamle kommunen. Det er etablert forvaltningsenhet, .... Vi har arbeidet mye for å skape felles forståelse for hvordan tjenester skal tildeles. Å ha forvaltningsenhet er et viktig organisatorisk prinsipp, og vi skal utarbeide det med å innføre innsatsstyrt finansiering(23.05.06).

Forvaltningsenheten i kommune A framviser de samme trekkene som kommunene i 2005-analysen, med unntak for ett; det er ikke ansatt personale som skal utforme målgruppespesifikke bestillinger. Det er ansatt sykepleier og vernepleier som skal ha ansvaret for å utforme bestillinger også for psykisk helsearbeid. Det har skapt faglige uenigheter mellom forvaltningsenheten og enheten for psykisk helsearbeid, og disse kan anta karakter av å være konfliktfylte. Konfliktene dreier seg først og fremst om eldre og gamle brukere i enhet for psykisk helsearbeid som får somatiske tilleggslidelser:

De kom til oss som 30-årige, nå er de 70-75+. De får også diabetes og andre alderssykdommer. .... hvis en slik bruker har brukket lårhalsen er det vi som anses å ha den rette kompetansen. Nei, det har jo ikke vi, vi har kompetanse på psykiske sykdommer, ikke på alle tilleggslidelsene de eldre får. .... Konflikten består i at forvaltningsenheten fordeler brukerne (23.05.06, psykiatrisk sykepleier).

Forvaltningsenheten oppfattes som å ha slagside mot hjemmesykepleien, at det er dens perspektiver som er rådende i fordelingen av brukere. Det har vært vanlig å problematisere eldre somatisk sykes behov for tilleggstjenester fra enhet for psykisk helsearbeid, nå ser vi også at eldre brukere i enhet for psykisk helsearbeid har behov for tilleggstjenester fra enhetene for somatiske hjemmetjenester. Dette er å snu litt på den tradisjonelle domenekonflikten mellom somatisk og psykisk hjemmetjeneste, og forvaltningsenheten i kommune A klarer ikke å se dette på en måte som ansatte i enhet for psykisk helsearbeid opplever som tilstrekkelig og god. Det blir påpekt at ansvaret for utførelsen og plikten til å samarbeide er pålagt enhetene det gjøres bestillinger til uten at saker og prinsipper er diskutert med forvaltningsenheten. Samtidig er det vektlagt på sentralt hold at det er arbeidet mye med å standardisere forvaltningsenhetens arbeid (23.05.06, psykiatrisk sykepleier, 23.05.06, seksjonsleder).

Men konflikten dreier seg også om en opplevd standardisering av tjenesten som følge av etablering av en forvaltningsenhet. Standardiseringen dreier seg om at tjenesten deles detaljert i bolker og at de enkelte bolkene tidsbestemmes. Generelt opererer kommunen med en regel som sier at 60 % av tiden skal gå til pasientkontakt og de resterende 40 % til administrasjon, men selv med en så enkel fordelingsregel anses problemene å oppstå:

Det andre området det er konflikter på når det gjelder samarbeid er tid. Tid er i det hele et kjerneord. Våre pasienter er ulike, vi kan ikke satse på å bruke like lang tid og være like mange ganger hjemme hos brukere. Det må avpasses. .... Det vil si at hvis jeg får inn en ny bruker har jeg i dag om lag en halv time til rådighet (23.05.06, psykiatrisk sykepleier).

Det oppfattes slik av ansatte i enhet for psykisk helsearbeid at brukere som får vedtak har primær rett til tiden den psykiatriske sykepleieren har til rådighet. På sentralt nivå i kommunen anses det samtidig som nødvendig at det eksisterer en "friressurs". Det er arbeid som gjennomføres uten at det fattes vedtak om det og som det anses at profesjonelle kan gjennomføre (06.04.06, leder, 23.05.06, psykiatrisk sykepleier og seksjonsleder):

De utøver et fag, de må kunne gå inn uten vedtak (23.05.06, seksjonsleder).

Ansatte opplever ikke at det er en friressurs at de kan gjøre arbeid som ikke legitimeres i organisasjonen. Tvert om oppfattes det som press for å ta inn flere brukere. Det oppfattes som at kommunen skaper en mulighet der den strekker ressursene ved å sjonglere med vedtak og at deler av brukerne enheten har, de som kommer til kontoret, står i fare for å bli salderingspost hvis andre trenger ressursene mer. Andre er da brukere enheten mener burde være hjemmesykepleiens ansvar. Lederen ved enheten for psykisk helsearbeid oppfatter dette som en konflikt enheten er kommet i, en konflikt som søkes løst ved at det henvises til at fylkeslegen har sendt et brev:

Vi har også uavklarte spørsmål angående brukere med vedtak eller ikke. De som kommer til kontoret for samtale behøver ikke vedtak. Det skal være slått fast i et brev fra fylkeslegen (06.04.06, leder).

Brevet var altså ikke tilgjengelig for lederen av enheten for psykisk helsearbeid som oppfattet at egen avdeling var tapende part i konflikten.

Et interessant trekk ved seksjonslederens uttalelse er at den ikke tar i betraktning at det er etableringen av forvaltningsenheten som har medført at spørsmålet om vedtak er kommet på dagsorden på den angeldende måten. Ansvar for hele prosessen med å samle inn data, analysere, vurdere og gjennomføre tiltak, samt å evaluere dem, ligger ikke lenger til en og samme yrkesutøver. Ansvar er splittet på den måten at sykepleieren og vernepleieren fatter vedtak om tiltak de psykiatriske sykepleierne skal utføre. De fatter også vedtak om hvilke brukere som skal få hvilke tiltak og tjenester. Det skaper det skisserte problemet. Problemet skapes ikke, som seksjonslederen synes å mene, av at profesjonelle utøvere av et fag ikke er i stand til å samle inn data, analysere dem og fatte beslutninger om hvilke tiltak brukere har behov for.

Forvaltningsenheten har altså myndighet til å bestemme hvorvidt det skal gis vedtak eller ikke og eventuelt hvordan vedtaket skal utformes. Slik situasjonen beskrives er likevel samarbeidet mellom forvaltningsenheten og enheten for psykisk helsearbeid godt. Enheten for psykisk helsearbeid går i tett dialog med forvaltningsenheten på grunn av den manglende kompetansen på psykiske lidelser, og det avholdes vedtaksmøter der enhet for psykisk helsearbeid deltar sammen med forvaltningsenheten. Mangelen på kompetanse medfører imidlertid at forvaltningsenheten ikke kan ta på seg de oppgavene overfor enhet for psykisk helsearbeid som det forutsettes at den skal. Mangelen på kompetanse oppleves som et tiltakende problem:

I forvaltningsavdelingen er det ingen ansatte med utdanning som psykiatrisk sykepleier eller som har videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid. Det ser vi faktisk behov for. Slik det er nå tar vi deres jobb. Vi vet hva vi skal spørre brukere om. Forvaltningsavdelingen blir avhengig av oss (06.04.06, leder).

Det gjøres en kartleggingssamtale som er felles for begge enhetene. De har ikke psykiatrisk sykepleier. Det er ganske morsomt, vi ser at de har andre briller enn det vi har. De ser ting helt annerledes. Deretter er det psykiatrisk sykepleier som etablerer den videre kontakten med pasienten. Vi vet hvordan vedtak skal se ut. Vi lager forslaget, men forvaltningsavdelingen fatter vedtaket (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Den forutsatte arbeidsdelingen mellom enhetene eksisterer altså bare på papiret og det kan se ut til at vedtakene som fattes i denne kommunen er gjenstand for dobbeltarbeid; både enheten for psykisk helsearbeid og forvaltningsenheten gjennomfører de oppgavene knyttet til datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak som ligger til grunn for vedtakene. I andre kommuner vi har sett på er det forvaltningsenheten alene som gjennomfører datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak. Videre i prosessen var oppgavene likevel ikke skilt helt i de andre kommunene heller. Det ble holdt en tett dialog angående oppfølging og vurdering av tiltak, og det var mulig å komme tilbake til vedtakene og eventuelt endre dem også før vedtaksperioden gikk ut (Helgesen et al 2005).

Spørsmålet om hvilke brukergrupper som har krav på vedtak er uklart i denne kommunen. Det kan se ut til at det er laget en distinksjon i forvaltningsenheten mellom brukere som det går hjem til, og som skal ha vedtak, og brukere som kommer til kontoret, og som ikke skal ha vedtak. På kommunalt nivå er det lagt føringer som sier at brukere som får hjemmetjeneste eller sykehjemsplass skal ha vedtak, men holdningen ser ut til å være at vedtak ikke alltid skal være nødvendig i andre tilfeller:

Det er avhengig av typen hendelse, men når det er kommet inn bekymringsmeldinger til avdelingene. Det må kunne gjennomføres noen tiltak uten at det skal være vedtak på dem (23.05.06, seksjonsleder).

Vi vil gjerne ha pasientene til kontoret. Når søknader kommer hit til distriktet er det forvaltningsenheten som tar kontakt med henvisende instans. Hvis det dreier seg om nødvendig helsehjelp eller behandling kreves vedtak. Henvendelsene vi får er ofte lange og beskrivende, men det går ikke alltid fram at det er snakk om nødvendig helsehjelp. Våre samarbeidspartnere er forundret, det er ikke gjort noe formelt angående disse problemene (23.05.06, psykiatrisk sykepleier).

Det kan se ut til at det gjøres kommunale tilpasninger til hva som er nødvendig helsehjelp og om det skal skrives vedtak eller ikke. Dette skillet angående vedtak/ ikke vedtak er ikke å finne i andre kommuner i materialet:

Bestillingene som gjøres kan deles i to: De som munner ut i et vedtak om støttesamtaler og som skal vurderes nærmere i samarbeid med tjenesteutøvere. Dernest de detaljerte bestillingene. ... De kan omfatte samarbeid med andre etater, for eksempel dagsenteret eller hjemmetjenesten. .... er eksempel på en vurdering og vedtaksprosess (13.12.05 ansatt i forvaltningsenhet).

Andre kommuner vektlegger også at det alltid lages vedtak. I andre kommuner er det implementeringen av redskapet IPLOS i enheten for psykisk helsearbeid som er tema, og det ble uttrykt en skepsis i form av at det vil medføre standardisering av tjenestetilbudet til gruppen (13.12.05, ansatt i forvaltningsenhet, 01.06.06, psykiatrisk sykepleier, 24.05.06, administrasjonssjef).

## 2.4 Kommunal organisasjon og vertikal samordning

I dette avsnittet er det kommunenes tilrettelegging for vertikal samordning med DPS og sykehus som skal være tema. Kommunal tilrettelegging innebærer for det første at kommunene bygger ut tiltak, og i henhold til Opptrappingsplanen arbeider kommunene med å utvikle sine tiltak både numerisk og innholdsmessig. For det andre dreier det seg om at kommunen organiserer seg på en slik måte at den kjeden av arbeidsoppgaver de er ansvarlige for innenfor psykisk helsearbeid korresponderer med de oppgavene helseforetaket og DPS mener at de har. Oppgavene er datainnsamling og analyse, vurdering av tiltak og evaluering av effekter.

I NOU 2005:3 ble det vist til at hvordan kommune og helseforetak arbeider med å få oppgavene til å korrespondere avhenger av tradisjon og lokal tilpasning. Samtidig innebærer arbeidet med Opptrappingsplanen i seg selv en standardisering av relasjonen i den forstand at helseforetak og DPS nå kan begynne å forvente at kommunene kan tilby bolig og grunnleggende tjenester til denne gruppen. Dette er situasjonen i kommunene i materialet, og det ble vist til at gruppen av tjenestemottakere det her er snakk om i noen tilfeller får flere og bedre tjenester enn andre grupper i kommunene (24.05.06, administrasjonssjef, 01.06.06, konsulent).

I mange av kommunene er datainnsamling og analysen som gjennomføres for å vurdere hvilke tjenester kommunene skal tilby sine brukere et ansvar som er lagt til forvaltningsenheten. Å ta i bruk forvaltningsenheten er en standardisering for å sikre at brukerne i kommunen blir likebehandlet og kan ses som en måte å styrke det arbeidet som ble påbegynt når kommuner etablerer tildelings- eller inntaksteam (Kalseth m. flere 2004). Det er også en systematisering, det vil si en måte å legge fast visse kriterier og funksjoner i forhold til datainnsamlingen, analyse og tiltak på systemnivå i kommunene. Likebehandling krever at den analysen som gjennomføres med hensyn på visse data om brukere leder fram til de samme vurderingene av hvilke tiltak som skal settes i verk. Fordi brukere ofte kommer til kommunene fra spesialisthelsetjenesten skulle vi tro at kommunal forvaltningsenhet også hadde som oppgave å ha kontakt med spesialisthelsetjenesten, som en foredling av et eninngangssystem i kommunen.

Kommune B har lenge hatt forvaltningsenhet men den mottar trolig ikke ”bestillinger” fra spesialisthelsetjenesten, verken sykehus eller DPS (13.12.05, ansatt i forvaltningsenhet). Sitatet i avsnitt 2.3, side 24 om at forvaltningsenheten kontakter henvisende instans tyder på at kommune A har lagt opp til at kontakten mellom nivåene skal gå gjennom forvaltningsenheten. Men denne oppgaven klarer enheten trolig ikke å ta seg av. Det kommer fortsatt overraskelser for ansatte i kommunen i form av telefoner dagen før brukere skal hjem om at de er utskrivningsklare. Det viser at spesialisthelsetjenesten har en forventning om at kommunene er i stand til å overta brukere på dagen:

Om en pasient vi ikke kjente ringte de dagen før vedkommende skulle skrives ut, om vi kunne møte på sykehuset neste dag. Det kunne vi ikke. .... Vi får for kort tid og det handler om våre prioriteringer. Skal jeg slippe

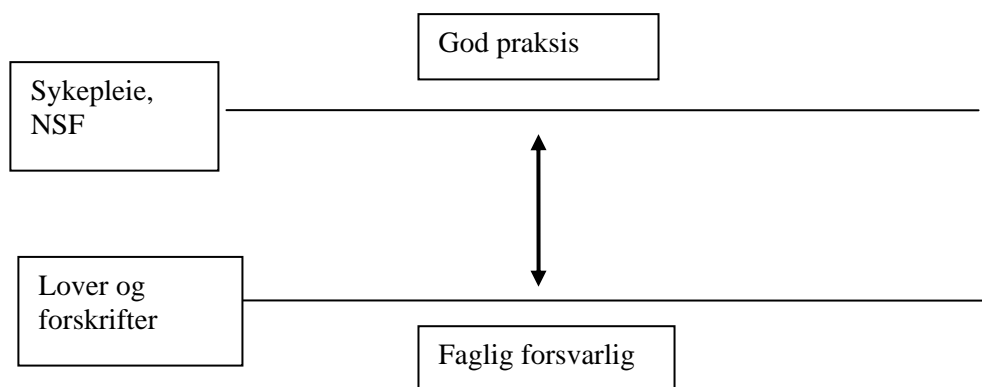
to av mine brukere som har ventet til fordel for en ny? Nei er svaret på det (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Akkurat denne hendelsen ble beklaget fra sykehusets side fordi angjeldende bruker ikke tilhørte kommunen. Hendelsen er likefullt ikke enestående og ble brukt som begrunnelse for at enhet for psykisk helsearbeid opplever å ha behov for en buffer mot omverdenen:

Kommunen har en plikt til å ta alle. Den er grenseløs. Vi savner noen grenser. Vår sjef må hjelpe oss til å dra de grensene, til å framstå sikre i slike spørsmål. Det er slitsomt, det blir konflikter av det. Vår arbeidsdag er travel og heftig. Problemstillinger av den typen vil vi ikke ha. Det tapper oss i hverdagen (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Forvaltningstjenesten skulle ha rollen som buffer angående inntak av brukere, men tok den ikke. Den kunne heller ikke ta rollen som et einnngangssystem. Det kan trolig tilskrives den manglende kompetansen angående psykisk helsearbeid i enheten. Som det ble vist til i forrige avsnitt er det lite kunnskap i forvaltningsenheten om hvilke spørsmål som skal stilles i datainnsamlingsprosessen, og den overlates derfor til de psykiatriske sykepleierne i enheten for psykisk helsearbeid. Analysen derimot, ser det ut til at de gjennomfører i fellesskap i vedtaksmøtene.

Spørsmålet om kommunal tilrettelegging kan også ta opp i seg en annen betydning av ordet buffer som er sentral i den problematikken som drøftes her. Det er den økonomiske som gir bufferbegrepet mening som en reserve av økonomiske og personellmessige ressurser (Scott 1992). I lov om helsepersonell benyttes terminologien "faglig forsvarlig" om nivået på kommunale tjenester. Lovens videre formuleringer legger opp til at det som er faglig forsvarlig er en ideell kombinasjon av ressurser, organisasjon og fag, og det knyttes til personellens kvalifikasjoner (Lov av 02.07.1999 nr. 64:§ 4). Likevel opplever helsepersonell i det psykiske helsearbeidet i kommuner i materialet at det som kommunen anser som faglig forsvarlig kommer på kollisjonskurs med det de selv opplever at er en faglig god praksis. Det er et ønske hos personellet om å utøve sitt yrke med en faglig god praksis, mens de opplever at kommunen legger seg på det som er faglig forsvarlig. Forskjellene kan illustreres slik:



Figuren illustrerer gapet mellom det nivået på ressurser, organisasjon og fag som sykepleierne mener er god faglig praksis og den kombinasjonen som det oppleves at kommunen legger seg på som er det faglig forsvarlige. Profesjonelle yrkesutøvere mener god praksis bør være rammen rundt deres tjenesteyting og at faglig forsvarlig er en minimumsløsning som ikke nødvendigvis legger til rette for at det er en økonomisk buffer i organisasjonen. Faglig forsvarlig oppleves som det nivået der kapasiteten hele tiden er fullt utnyttet. På det faglig forsvarlige nivået vil organisasjonen dermed ha færre

muligheter til både å inkludere nye brukere i sin tjenesteyting og til å håndtere kriser. Den vil da ikke ha en buffer mot eksterne krav. For eksempel ble det referert til at psykiatriske sykepleiere var sluttet å gjennomføre arbeidsoppgaver de tidligere hadde, og som ble oppfattet som at et gode var tatt fra brukerne. Mens datainnsamlingen pågikk ble det også observert hvordan det ble ringt rundt til brukere for å gi beskjed om at psykiatrisk sykepleier ikke ville ha mulighet til å holde inngått avtale. Dette var for å håndtere en krise med trolig suicidal bruker (07.04.06, 23.05.06, psykiatriske sykepleiere).

Hvis kommunene, på den annen side, legger seg på det som oppfattes som god faglig praksis, vil det være en økonomisk buffer, en ekstraressurs i organisasjonen som det er mulig å trekke veksler på i situasjoner der kriser oppstår eller der det kreves intensiv samhandling med spesialisthelsetjenesten om brukere som skal overføres til enheten.

Dette berører også spørsmålet som er reist i NOU 2005:3:50-51 om vekst i de faglige ambisjonene i kommunene. Som det ble vist til i avsnitt 2.2, og som kan observeres i kommune E, kan de ta en form som ikke bare er tjenlig for det psykiske helsearbeidet. Spørsmålet om å ha en økonomisk og personellmessig buffer i organisasjonen berører også spørsmålet om den endringer i samordningen mellom nivåene der det påvises at kommunene nå gjennomfører arbeidsoppgaver som tidligere kun ble gjennomført på sykehus (NOU 2005:3:50). Dette er tema også i kommunene i materialet:

Det er press hos andre, det er mye nytt. Nå gjør vi, men også hjemmesykepleien, ting som før bare ble gjort på sykehus (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Når antallet brukere stiger, samt at de faglige utfordringene ved arbeidet øker, øker også kravene profesjonelle fagfolk stiller både til tilretteleggingen for gjennomføring av oppgavene og til egne faglige kvalifikasjoner.

Dette er spørsmål som under datainnsamlingen særlig tematiseres i større kommuner. Årsaker kan for det første være at gruppen kvalifisert personell er stor og at hva som er faglig god praksis er spørsmål som kommer på agendaen. For det andre kan det skyldes at det oppleves knapphet på ressurser. For det tredje, og som det er vist i avsnittene over, kan det også skyldes at kommunens organisasjon oppfattes som ikke å ta hensyn til psykisk helsearbeid.

## 2.5 Oppsummering

Innføring av flat struktur og resultatenheter kan se ut til å, i alle fall midlertidig, sette organisasjonen ute av stand til å oppfylle sine lovpålagte forpliktelser om å organisere seg på en slik måte at det legges til rette for samordning og samarbeid. Gjennomgangen av erfaringene som er gjort i kommune A samstemmer i stor grad med de erfaringene som ble gjort i kommune C i forrige runde av datainnsamlingen: Enhetene blir isolert og samordningen på kommunalt nivå blir satt tilbake mens domenekonfliktene får vokse fram. Samarbeidet i kommunen ser ut til å komme på plass igjen etter noe tid, men da via klager fra tjenestemottakere og tilsyn fra fylkeslegen som påpeker at kommunen ikke er i stand til å gjennomføre sine forpliktelser til å samarbeide. Også generelt for kommuner der domenekonflikter får vokse fram kan det se ut til at de setter den lovpålagte forpliktelsen til samarbeid til side.

Mangel på horisontalt samarbeid i kommunen kan også hindre det vertikale samarbeidet kommunen skal gjennomføre med spesialisthelsetjenesten. I dette

---

notatet er det vist til at det skjer fordi det er uklart hvordan forvaltningsenheten arbeider med å fordele brukere på lokale resultatenheter. Det skapes også en uklar ressursituasjon i enheten fordi ikke alle brukere får vedtak. Enhet for psykisk helsearbeid opplever dermed at de ikke har tilstrekkelig å tilby i krisesituasjoner og når brukere skal overføres fra sykehus til enheten.

Innføring av flat struktur skaper et brudd i den kommunale organisasjonen fordi etablerte møteplasser og redskaper for samordning forsvinner, uten at de umiddelbart erstattes med nye. Som det ble vist tok det to år før samordning på nytt ble satt på dagsorden i kommune A. Det ser også ut til at den horisontale samordningen mellom ulike enheter i kommunen tones ned til fordel for et organisatorisk fokus på økonomikontroll i vertikale strukturer.

Kommunenes organisasjon er utslagsgivende for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, den skal arbeide med horisontal tilrettelegging for vertikal samordning. Innføring av forvaltningsenhet avgrenser ideelt arbeidsoppgaver i relasjon til spesialisthelsetjenesten ved å skape et eninngangssystem for alle brukere som henvises til kommunale tjenester. For begge kommunene som har etablert forvaltningsenhet viste dette seg likevel ikke å være tilfellet. Forvaltningsenheten kommuniserer ikke med spesialisthelsetjenesten. Sakene kommer trolig direkte til respektive resultatenheter som så sender dem dit.

## 3 Vertikal samordning med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten

### 3.1 Innledning

Samordning mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten krever også at spesialisthelsetjenestens perspektiv på dette vurderes. Det er gjort i NOU 2005:3 som beskriver en del endringer som har kommet den siste tiden, blant annet med hensyn på kommunikasjonen mellom nivåene. Det pekes der på at det kan være behov for å styrke kommunenes muligheter og forutsetninger for å påvirke avgjørelser i spesialisthelsetjenesten som får betydning for egne arbeidsoppgaver (NOU 2005:3:108). Det er vist til at styrene i de fleste regionale helseforetak har bestemt at det skal inngås samarbeidsavtaler med alle kommunene i regionen. Det er også lagt inn i styringsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom distriktpsikiatriske sentre og kommuner (NOU 2005:3:109). Foretakene har ansvaret for at disse avtalene blir laget.

Andre former for vertikal samordning er utarbeidelse av individuell plan, oversendelse av epikriser, kontakt med kommunene om ettervern via egne avdelinger eller ansatte som har dette som arbeidsoppgaver, eventuelt deltakelse i ansvarsgrupper, samt mye uformell kommunikasjon som foregår knyttet til den enkelte pasient.

### 3.2 Spesialisthelsetjenesten og vertikal samordning

Av de formaliserte samordningsformene som er skissert kan det se ut til at det kun er avtaler som er lagt fast på systemnivå. Oversendelse av epikriser, utarbeidelse av individuell plan, samt deltakelse i ansvarsgrupper og andre former for aktivitet knyttet til ettervern, er også formaliserte samordningsverktøy, men de er formalisert på individnivå. Samordning som er lagt fast på systemnivå er uavhengig av yrkesgruppene i helse-systemet, mens epikrisen som oftest er en kommunikasjon fra lege til lege, og altså er yrkesgruppespesifikk. Deltakelse i utarbeidelse av individuell plan og i ansvarsgrupper er ikke knyttet spesielt til en yrkesgruppe, trolig er det dermed sosionomene som gjennomfører det. Det er den yrkesgruppen som har det spesielle ansvaret for ettervernet. Samtidig vil det foregå mer eller mindre uformell vertikal samordning på individnivå, dvs. samordning knyttet til den enkelte pasient, både under innleggelse, mens behandlingen pågår og ved utskrivning.



Det slås fast at det har foregått en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som går ut over det som ble forutsatt i opptrappingsplanen. Det dreier seg i all hovedsak om at antallet sengeplasser både i psykiatriske sykehus og sykehjem er bygget ned før tilsvarende plasser i DPS er bygget opp (Helse- og omsorgsdepartementet 15. februar 2006). Kommunene kan dermed komme i den situasjon at de må ta ansvaret for pasienter med alvorlige og ubehandlede lidelser som de ikke har kompetanse til, og som det heller ikke har vært meningen at de skal ta på seg (Rapport fra Helsetilsynet 7/2005:62). De horisontale kjedene av arbeidsoppgaver i spesialisthelsetjenesten, altså selve gjennomføringen av datainnsamling, analyse, tiltak og vurdering av effekter, samt samarbeidet og samordningen mellom avdelinger i helseforetaket, eller mellom helseforetaket og DPS, legger betingelser for den vertikale samordningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og for den horisontale samordningen på kommunalt nivå. Når det horisontalt ikke er mulig å gjennomføre arbeidsoppgavene som forutsatt, vil de også gripe inn i hverandre vertikalt på måter som ikke er forutsatt, og situasjonen blir upredikerbar. Dette gjelder først og fremst for kommunene som har få muligheter til å avgrense seg ved ikke å ta inn brukere.

### **Uformell kommunikasjon**

En upredikerbar samordningssituasjon kan møtes ved å gjennomføre uformell kommunikasjon. Problemet med denne er imidlertid at den ofte er yrkesgruppespesifikk i den forstand at legen i spesialisthelsetjenesten kommuniserer med fastlegen og sykepleierne i spesialisthelsetjenesten med sykepleier i kommunalt psykisk helsearbeid:

Avdelingen kommuniserer mye med verden rundt. Det er i hovedsak organisert slik at de ulike yrkesgruppene tar kontakt med representanter for sitt nivå ute i kommuner og bydeler. Vi hadde en overlege tidligere som var veldig prinsipiell på at dette skulle være mønsteret for kontakt. .... Det begrunner seg i at en da kan snakke med andre som har det samme språket og de samme kunnskapene som en selv. Det er også slik at en fastlege som ringer til sykehuset helst vil snakke med en lege. Men denne kommunikasjonsformen opprettholder det profesjonelle hierarkiet også i den utadrettede kontakten. I all hovedsak ser avdelingen vår på det som et godt redskap for å gjennomføre en arbeidsdeling angående den utadrettede kontakten. Mange av pasientene har et stort nettverk av hjelpere som sykehuset skal holde kontakt med (24.10.03, sykepleier).

Noen av kommunene i materialet sorterer under sykehus som ligger blant de laveste scorene på oversendelse av epikrise, mens andre sorterer under sykehus som scorer forholdsvis høyt. Slik spørsmålet om oversendelse av epikriser framstilles ser oversendelse, eller mangelen på den, ut til å være avhengig av hvordan kulturen er utviklet lokalt på hvert sykehus. Det vil si at sykehus innenfor rammene av ett og samme foretak kan score svært ulikt (NOU 2005:3:42). De psykiatriske sykehusene har scoret lavere enn de somatiske og det ble i forrige runde av datainnsamlingen uttrykt et håp om at samordningen av somatiske og psykiatriske sykehus under felles foretaksparaply ville bedre situasjonen innenfor psykiatrien (30.03.03. lege). Hvis pasienter overføres til kommunen uten at epikrisen oversendes innen rimelig tid, kan fastlegen ta kontakt med lege i spesialisthelsetjenesten (ibid). Hvis pasienten kommer til kommunens enhet for psykisk helsearbeid uten resept på medisiner vil slike uformelle regler for kommunikasjon derimot legge hindre i veien for å løse et akutt problem. Sykepleieren i kommunen kan ikke påregne å få denne typen informasjon ved å kontakte sykepleieren i sykehuset. Skal et slikt problem løses krever det at enhet for psykisk helsearbeid involverer fastlegen og dermed at datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak er

oppgaver som gjennomføres minimum to ganger for en og samme pasient angående samme utskriving (07.04.06, sykepleier).

Uformell kontakt, som erstatter den formelle når denne svikter, vil altså ikke alltid kunne redusere de upredikerbare elementene ved kontakten mellom spesialisthelsetjenestens medisinske yrkesgrupper og kommunene. Dette vil være et problem for pasienter på kortidsavdelinger som psykiatrisk akuttmedisinsk avdeling (PAM). Her starter arbeidet med utskriving allerede samme dag som pasienten er kommet inn. Utskriving er da utskriving til langtidsavdeling, DPS eller kommune:

Akuttavdelingen skal ha ledige senger hele tiden, vi arbeider derfor også hele tiden med å skrive ut pasienter. .... En kontaktsykepleier er den faste personen pasienten får å forholde seg til, vedkommende har også ansvar for å holde kontakt med pårørende og med ettervernet på sitt nivå. Avdelingen har en veldig god sosionom med stort nettverk, vedkommende er uunnværlig i arbeidet vi driver her. Vedkommende koordinerer og arrangerer samarbeidsmøter. Postene har hver sin sosionom, de kjenner systemet. Ettervernet er et kontinuerlig tema. Vi kartlegger hva pasientene har av nettverk i hjelpeapparatet og alle får et tilbud om ettervern. (22.10.03, sykepleier).

Kontaktsykepleieren holder altså kontakt med det som er ettervernet på eget nivå som er psykiatriske sykepleiere i de kommunale enhetene for psykisk helsearbeid eller avdelingene det er lagt til. Det understrekes også at sosionomen er aktiv i ettervernet og tar ansvar på bredere basis enn kontaktsykepleieren. Informanten gjør også en sammenligning mellom den vertikale samordningen avdelingen gjennomfører med kommunene og den horisontale samordningen de skal gjøre med DPS og poliklinikker:

Det fungerer i den kommunale psykiatritjenestene, de stiller raskt opp og er tilgjengelige. Poliklinikkene har ventetid, og det kan være problematisk. Leger på avdelingen tar på seg ettervernsamtaler for at pasientene skal ha noe å støtte seg til i ventetiden, noe som betyr at avdelingen har eksterne pasienter. Å være fleksibel på denne måten er nødvendig for at utskrivningene skal være vellykkede, men det betyr at avdelingen gjør usynlig poliklinisk arbeid. Det er legene og sosionomene som gjør slikt (22.10.03, sykepleier).

Fleksibiliteten til sykehuset krever et nært samarbeid med kommunene og en av kommunene i opptaksområdet til dette sykehuset var bevisst på at det skulle legges til rette for samarbeid av denne typen:

Det er jo slik at de må skrive ut de friskeste av de syke. .... Samarbeidet kommer fordi andrelinjens korridorpatienter skal ut. Pasienter får dermed en mellomstasjon hjemme mens de er i venteperiode fra akuttpost til sykehusavdeling. Vi samarbeider med dem i de ukene. Vi avlaster på den måten sykehusene (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

Sykehusene må altså ha en nær relasjon med kommunene som legger opp til kontinuerlig samarbeid. Pasientenes nettverk er det både de enkelte yrkesgrupper på avdelingen og sosionomen som holder kontakt med:

Det er sosionomer ved alle poster. Teoretisk deltar sosionomen i alle utskrivningsprosesser. De har ulike prosedyrer på ulike avdelinger. Prinsipielt skal pasienten ha en sosionom som er med på å legge opp et løp for dem. Sosionomen skal "følge med og følge opp" alt fra store ting til formaliteter som søknader" (22.10.03, sosionom).

Med denne målsettingen ser det ut til at sosionomen ikke kun ser det som sin oppgave å bare ha kontakt med sosionomer ute:

Sosionomen kartlegger pasientens hjelpere. Det er fra fastlege til advokat. Vi tror at de instansene der ute, som hjelper den enkelte pasient, vet om hverandre, men det er ikke alltid slik. Noen ganger treffer de hverandre for første gang når vi kaller dem inn til møte her (22.10.03, sosionom).

Samordningen som foregår på individnivå og som drives gjennom uformell og mer formalisert kontakt, som møter, har altså trolig utgjort den viktigste formen for samordning. Den går i stor grad mellom like yrkesgrupper som snakker det samme språket og hvordan arbeidsoppgavene deles er trolig innforstått mellom nivåene. I den grad det har vært snakk om samordning utover den yrkesgruppespesifikke er det sosionomene på avdelingene som tar seg av det, og det var sosionomer på hver avdeling ved sykehuset. Sosionomene snakket ikke med alle, og det var pasienter som ikke ville at det skulle tas kontakt med kommunen. Dermed er det også pasienter som faller utenfor samordningsproblematikken.

### **Horisontalt samarbeid i spesialisthelsetjenesten**

Allerede i 2003 oppfattet PAM kommunene som pålitelige samarbeidspartnere, et samarbeid som ser ut til å pågå på samme måten også i 2006. Samtidig var det i 2003 ved PAM en klar oppfatning av at DPS og poliklinikkene, samt sykehusets andre avdelinger, ikke på samme måten bidrar til et godt samarbeidsklima:

I DPS er det lang ventetid. Vi forholder oss til .... og å få sengeplass der er så godt som umulig. Det er det som er virkeligheten. .... forholder vi oss også til. Det er litt annerledes fordi det er en stiftelse, men det er min mening at det er lettere å få pasienter inn der. Det er slik det fungerer (22.10.03, sykepleier).

Det oppfattes også som et problem at DPS avgrensner seg mot visse pasientgrupper:

Dette betyr at det varierer mellom DPS, hvordan de arbeider. Det er også andre ting som gjør at våre pasienter ikke får plass. På .... har de for eksempel en forkjærlighet for schizofrene. De manisk depressive, de psykotiske, de med personlighetsforstyrrelser vil de ikke ta. De er selektive angående hvilke pasienter de tar inn (22.10.03, sykepleier).

Dette er et problem i 2003. Da er oppfatningen at det har bedret seg de siste år, og at det vil fortsette å bli bedre. Samtidig sammenligner de seg med andre sykehus og oppfatter det slik at eget foretaksområde scorer dårlig med hensyn på tilgangen til DPS-plasser for pasientene. Den samme trenden ble det pekt på fra kommunenes ståsted; DPS oppfattes som en flaskehals. Informanter var ikke nødvendigvis enige i at det var fordi det ble drevet spesialisering ved DPS, det kunne også skyldes mangel på kompetanse og for lange avstander (08.10.03. og 13.12.05, ansatt i forvaltningsavdelingen, 31.03.03, psykiatrisk sykepleier).

På sykehuset er PAM en forholdsvis ny avdeling i 2003, og den merker et tydelig press utenfra:

Pasientene nå er flere og de er dårligere. .... Slik situasjonen er nå, er pasientene veldig syke når de kommer til sykehuset. .... Vi ser for mange ganger at det ikke er plass til pasientene de siste 14 dagene de skulle hatt på sykehuset for å bli trygge og for å kunne fungere på en god måte når de kommer ut igjen. Det er økende press i systemet. Vi kunne ønske at DPSene var positive samarbeidspartnere, og at de tok de siste dagene for eksempel (22.10.03, sykepleier).

Avdelingen ble oppfattet svært positivt ved andre avdelinger i sykehuset og oppfatningen var at arbeidet den har gjort har hatt merkbare konsekvenser også for deres arbeid. Selv oppfattet PAM for eksempel langtidsavdelinger som propp i systemet:

Andre får ikke plass der det kan være hensiktsmessig og da kan de bli på PAM i opptil 14 dager, noen ganger som dagpasienter. Nå er sykehuset fullt og vi må skrive ut pasienter. Det er helt nødvendig fordi avdelingen skal ha ledige plasser til å ta i mot pasienter. Det er ikke alltid vi får flyttet dem som kunne vært flyttet nettopp fordi vi ikke får plass til dem andre steder (22.10.03, sykepleier).

Intern pasientflyt oppfattes altså som å ha betydning for hvordan samarbeidet utad kan gjennomføres. Samtidig kan ”proppene” som andre avdelinger utgjør være et resultat av at avdelingene ikke får skrevet ut sine brukere til kommunene.

### 3.3 Avtaler; utforming og innhold

Den uformelle samordningen mellom nivåene kan i noen tilfeller være tilstrekkelig, men uformell samordning tillater at det utvikler seg kulturelle forskjeller mellom regionale foretak og mellom foretak innenfor regioner. Noen kommuner og foretak har arbeidet med prosjekter som innebærer at det utarbeides avtaler om hvordan samarbeidet skal organiseres. Da NOU 2005:3 gjorde sine undersøkelser fant de at avtaler på psykisk helsefeltet allerede var på prosjektstadiet i noen sykehusforetak (NOU 2005:3:109). Ut over det vil avtaler ha sin bakgrunn i IS 17/2004, som la avtaler inn i styringsdokumentene.

Både IS 17/2004 og etableringen av formelle avtaler kan danne en mer formalisert ramme for kommunikasjon om samarbeid og samordning. Avtaler kan likevel fort bli en tom ramme for mange foretak hvis de ikke fylles med et endret kulturelt innhold. Det innebærer at avtalene, som også IS 17/2004 legger opp til, må følge opp spørsmålene om epikrise, samt den uformelle kommunikasjonen som foregår innenfor samme yrkesgruppe, men mellom nivåene i helsetjenesten.

NOU 2005:3 foreslår at avtaler skal bli obligatoriske for alle sykehusforetak og DPSer. Det betyr at avtaler for psykisk helsefeltet burde vært gjennomført for alle kommunene i materialet. Slik er det ikke. Det var kun tre av kommunene som hadde inngått samarbeidsavtaler. Det ser dermed ut til at det kan ta lang tid før avtaler kommer på plass. For et av foretakene påpekes det at det er inngått avtaler mellom somatiske sykehus og kommuner, og at det i 2004 var på prosjektstadiet for psykiatrien (NOU 2005:3:109). Ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid innenfor dette foretakets opptaksområde var likevel ikke informert om at slike avtaler eksisterte (01.06.06, psykiatrisk sykepleier).

Kommune A har arbeidet med slike avtaler noen år og det er utarbeidet rutiner for inn- og utskrivning av pasienter (06.04.06, konsulent). Også ved datainnsamlingen i 2003/2004 ble det pekt på at det var utarbeidet slike rutiner i denne kommunen, og at disse var knyttet

opp mot psykiatriske sykepleiere som hadde møter på sykehusene om utskrivningsklare pasienter. Som det ble vist i avsnitt 2.4 hendte det likevel fortsatt i 2006 at det kommunale psykiske helsearbeidet fikk noen overraskelser, og det ble ikke alltid oppfattet slik av de ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid at rutinene ble fulgt (07.04.06, psykiatrisk sykepleier). I avsnitt 3.2 er det vist til at sykehuset oppfatter det slik at de kommuniserer grundig med kommunene om alle utskrivningsklare pasienter, men at pasienter skrives ut også om de ikke er klare for det. I følge IS 17/2004 skal dette ikke skje.

I kommunen er mottakerne kritiske til de henvendelsene de får fra sine samarbeidspartnere som i all hovedsak er sykehus og DPS. Henvendelsene fungerer som "bestillingsdokumenter" for de kommunale tjenestene, og de inngår som grunnlag for de tiltakene kommunen bestemmer at skal iverksettes. Som "bestillingsdokument" bør de derfor innholde opplysninger om datainnsamling, analyse og tiltak sykehuset har gjennomført for pasienten, og minimum er at analysen inneholder opplysninger som tilsier at det er snakk om nødvendig helsehjelp. Jfr. sitatet på side 24:

Henvendelsene vi får er ofte lange og beskrivende, men det går ikke alltid fram at det dreier seg om nødvendig helsehjelp (23.05.06, psykiatrisk sykepleier).

At det dreide seg om nødvendig helsehjelp var utslagsgivende for om pasientene fikk vedtak på tiltakene som skulle settes i verk. For vedtakets betydning i kommune A, se avsnitt 2.3.

Kommune G ligger i samme foretaksområde. Kommunen hadde inngått avtaler med foretaket som det ble uttrykt fornøydhet med.

Det er en forpliktende avtale mellom helseforetaket og kommunen. Hovedsaken i avtalen er at vi har noen plikter før brukerne blir innlagt, mens sykehuset har noen plikter før pasienten blir utskrevet fra sykehuset. Det dreier seg om deres rutiner (24.05.06, psykiatrisk sykepleier).

Videre ble det påpekt at avtalen omfatter noen endringer med hensyn på en poliklinikk med sengeplasser, og det ble uttrykt forbeholdne forventninger til det som skal skje:

Vi samarbeider med poliklinikken. Innleggelse der går via sykehuset. Poliklinikken skal få sengeplasser som kommunen kan henvise brukere til. De skal kunne gå direkte fra kommunen og dit. Vi tror at det kanskje kommer til å skje (ibid).

Kommune B, som ligger i et annet foretaksområde, har også inngått avtale. Med sykehuset kommunen er i opptaksområdet til hadde avtalen vært på plass en stund. Kommunale informanter uttrykte at de i hovedsak var fornøyd med den, men den var ikke i stand til å regulere samarbeid om utarbeidelse av individuell plan (se avsnitt 3.4). I kommune A ble en ny periode i samarbeidsavtalen med foretaket, og som inkluderer DPS, lansert med et seminar på våraparten 2006. Avtalen som gjelder nå hadde en forløper, et prosjekt som arbeidet med samarbeid mellom kommuner og foretak og som var initiert av kommunen. Det avsluttede kommunale prosjektet arbeidet først og fremst med boliger som ble sett som nødvendig for å kunne ta i mot en del utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. I og med situasjonen som er oppstått fordi sykehjemsplasser og sengeplasser for gruppen er bygget ned i større grad enn antatt, er store deler av det lokale arbeidet i forhold til avtalen fortsatt fokusert på bygging og differensiering av boligiltak (22.05.02. og 06.04.06, konsulent).

Boligtiltak i kommunene medvirker til at tyngre pasienter kan flyttes ut av spesialisthelsetjenesten. Dermed medvirker tiltakene til å skape flyt i pasientstrømmen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er kommunenes operasjonisering av den sømløse tiltakskjeden som er i tråd med anbefalingene i NOU 2005:3. Innenfor rammene av avtalen er det satt i gang prosjekter som arbeider med flyten mellom kommunen og DPS, samt mellom kommuner og BUP (Prosjekt samkom 2005, 05.04.06, konsulent).

### **Distrikstpsykiatriske sentre**

I styringsdokumentene for 2005 ble det lagt inn en føring om at det skulle etableres et fast strukturert samarbeid med helseforetak, det vil si DPS-områder. Det skulle skje i løpet av 2005, og skulle dreie seg om samarbeid i forhold til alle grupper av brukere (IS 20/2004). I kommune A er samarbeidet med DPS nytt innenfor rammene av hovedprosjektet, som hadde pågått en stund. Samarbeidet er etablert med DPS-råd som har deltakere fra kommunen og fra angjeldende DPS. Innenfor målsettingen om å skape en sømløs tiltakskjede skal rådet sørge for at pasientene får sitt behandlings- og omsorgstilbud på rett nivå og plass. Deltakerne i rådet skal blant annet være representanter med lederansvar fra begge nivåer. For kommuner anbefales ledere av enhet for psykisk helsearbeid, for sykehus anbefales avdelingsledere. Både PAM og andre avdelinger bør ha medlemmer i rådet. Det er DPS som bør ta på seg sekretariatsfunksjon. Rådet skal også ha en kommunelege som fast medlem (Prosjekt samkom 2005).

Avtale og beslutningen om å etablere råd er framforhandlet i en arbeidsgruppe, og var resultat av det samme prosjektet som avtalen mellom kommunen og foretaket. Avtalen inneholder bestemmelser om de punktene som er framhevet i IS 17/2004 om samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

I kommune B pekte informanter på at kommunen lenge hadde etterlyst avtale med DPS uten å få gjennomslag for det. Litt ironisk ble det påpekt at DPS måtte få beskjed om at manglende avtaler hadde konsekvenser for overføringen av midler før det skjedde noe. Først og fremst tror kommunale informanter at avtalen vil dreie seg om medvirkning i utarbeidelse av individuell plan som ble oppfattet som problematisk i relasjonen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (13.12.05, ansatt i forvaltningsenhet, 06.01.06, konsulent).

Kommunen inngikk en intensjonsavtale med DPS sist på høsten 2005. På intervjuutidspunktet visste de lite om hva avtalen kom til å inneholde. De var derfor opptatt av at den kontakten de hadde med DPS, som ble oppfattet som god, ikke måtte bli forringet (møteobservasjon 23.11.05. og 06.01.06).

### **Barn og unge**

Alle kommunene i materialet har hatt et økende fokus på barn og unge i perioden som er gått siden forrige runde i datainnsamlingen. Spørsmålet de nå stiller seg er om tjenester for barn og unge skal ha utgangspunkt i enheten for psykisk helsearbeid eller om skolehelsetjenesten, eventuelt barnevern eller PPT er de rette instansene. Svaret kommunene kommer fram til på dette spørsmålet varierer. I kommune B er kulturavdelingen i stor grad involvert i fordelingen av tjenester til barn og unge sammen med skolehelsetjenesten. Også kommunene E og G har valgt å betjene denne gruppen fra skolehelsetjenesten, mens kommune A har satt i gang et prosjekt der de inkluderer barn og unge i enheten for psykisk helsearbeid. Alle kommunene har arbeidet med tiltaksutvikling, men kommune B og kommune A, som er store kommuner og som har valgt å gå ut over skolehelsetjenesten, ser ut til å være kommet noe lengre enn de andre (27.01.06, ansatt i kulturavdelingen, 01.06.06, psykiatrisk sykepleier og 24.05.06,

administrasjonssjef). Det er kun kommune A som over en lengre periode har involvert spesialisthelsetjenesten eksplisitt i tjenestene for barn og unge, derfor avgrenses framstillingen til denne kommunen.

Kommune A både oppfatter seg, og framstår som en ”plogspiss i tiltaksutviklingen” (06.04.06, leder), og har innenfor avtalerammen satt i gang et prosjekt for å samhandle med BUP om barn og unge. Dette fordi, som det også ble vist i avsnitt 2.1, barn og unge er en ny brukergruppe i enhetene for psykisk helsearbeid, og det ble framhevet at de som arbeidet der ikke hadde den tilstrekkelige kompetansen til å ta fatt på disse oppgavene (06.04.06, leder, 07.04.06 psykiatrisk sykepleier). Prosjektet fikk dermed en tredobbel rolle; det skulle både utvikle tiltak og koordinere eksisterende tiltak for barn og unge i kommunen, samt sikre samhandlingen mellom kommuner og BUP.

Prosjektet slet med å finne sin målgruppe. Det var en kunnskap i kommunen om at barn og unge ikke fikk tilstrekkelige tjenester, at de falt utenfor eksisterende hjelpeapparat. Samtidig var kunnskapen liten om hvordan man skulle finne fram til dem. Barnevernet ble vurdert som kilde til brukere, men forkastet fordi barnevernet ikke nødvendigvis arbeider med barn som har en psykiatrisk diagnose. Også PPT og skolehelsetjenesten ble vurdert som eventuelle kilder til brukere i prosjektet. Valget falt på BUP fordi man ikke alltid fant BUPs brukere igjen i det kommunale hjelpeapparatet. Det ble derfor foretatt en kartlegging av de brukerne som var kommet inn i prosjektet:

Kartleggingen viser at ca. 50 % har vært i kontakt med barnevernet, mange med BUP og med innleggende avdeling. Dette dreier seg om barn og unge med store vansker og om familier som er belastet. Det er mange ulike diagnoser og familiene får lite støtte, også i egne nettverk. Dermed får familiemedlemmene egne belastninger (05.04.06, konsulent).

Prosjektet burde dermed ha funnet en plass innenfor det kommunale hjelpeapparatet, men til det trengs det velvilje fra enhetene det skal samarbeides med. Slik det nå er, er prosjektet organisert med egen koordinator for barn og unge. Koordinatoren er lokalisert i enhet for psykisk helsearbeid og vedkommende skal for det første samarbeide med en prosjektleder på sentralt nivå i kommunen, som på sin side samarbeider med BUP om å velge ut brukere som skal inngå i prosjektet. For det andre skal vedkommende utføre sin del av oppgaven ved å, som tittelen tilsier, koordinere innsatsene fra enheter som barnehage, skole, helsestasjon, barnevern og eventuelt enheten for psykisk helsearbeid (05.04.06, prosjektleder). På enhetsnivå viste det seg at det var uklart både hvordan koordinatoren skulle motivere andre enheter til samarbeid, samt få bidrag fra enhetens psykiatriske sykepleiere der det ble oppfattet som nødvendig (06.04.06, leder).

Enheten er i ferd med å bygge sin kompetanse om barn og unge. Det skjer ved samarbeid med de andre enhetene, samtidig ble det sett som et problem at den ikke har egen kompetanse på denne gruppen. Psykiatriske sykepleiere er spesialisert mot voksne, blant annet ved å ha ansatte med videreutdanning i psykoterapi, samt SEPREP. Dette ble det på et tidspunkt vurdert som nødvendig at de hadde på grunn av stort antall ”tunge” voksne brukere, og dermed stor behandlingsbelastning i enheten. Den eksisterende ressursen av psykiatriske sykepleiere ses dermed ikke som tilstrekkelig til å utvide enhetens fokus til å gjelde barn og unge, og ansatte stiller seg spørsmålet:

Hva er det rasjonelle bak å inkludere barn og unge her? Kompetansen på barn ligger andre steder. Hvorfor skal de hit? Vi har ikke nødvendig kompetanse og heller ikke erfaring (23.05.06, psykiatrisk sykepleier).

Også den andre psykiatriske sykepleieren som er intervjuet i denne kommunen mener at dette prosjektet er noe feilslått:

Jeg er usikker. Dette er nytt. Jeg kan ikke gjøre det, jeg kan for lite om psykiatri og barn. .... Det burde vært ansatt folk tidligere, .... Det som skjer nå er prematurt. .... Jeg er ikke sikker på om jeg mener det bør ligge her. Det er andre enheter som er nærmere barn, som PPT, skolene, helse. Jeg tror nok jeg mener at tjenestene for dem bør ligge et av de stedene. Også fordi familiene vet ikke hva vi har å tilby, de tror vi er hjemmesykepleiere (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

De psykiatriske sykepleierne uttrykker begge at de ikke anser at de selv har tilstrekkelig kompetanse til å arbeide med barn. Unge derimot, ses det noe annerledes på, og en av dem arbeider allerede med prosjekter knyttet opp mot videregående skole og ungdomsskolen (23.05.06, psykiatrisk sykepleier). Styrking av kompetansen må dermed skje ved nyansettelser, noe som ses som å ligge langt fram i tid. I enheten er det derfor uklarheter omkring hva som kan være dens bidrag i prosjektet ved siden av å huse koordinatoren (06.04.06, leder).

Også i BUP synes det å være det uklarheter om hva et slikt prosjekt innebærer. Det er oppnevnt kontaktpersoner ved fire BUP som skulle velge ut brukere til prosjektet, men det varierer i hvilken grad det skjer:

På disse BUPene er det store forskjeller, noen var raske til å komme fram med saker og ganske mange saker, mens andre var trege. Alle hadde saker, men noen ønsket ikke andre inn i samarbeidet med familiene. De ønsket ikke kommunal drahjelp (05.04.06, konsulent).

Både konsulenten og lederen ved enheten for psykisk helsearbeid er kommet til den konklusjonen at dette prosjektet var for dårlig forankret både i kommunens sentralnivå, i enheten for psykisk helsearbeid og i BUP. Konklusjonen som trekkes i kommunen er at prosjektet sliter og at det bør omformes.

### **Team**

Vekten på samarbeid mellom nivåene medfører også et fokus på forebygging av innleggelser. NOU 2005:3 peker på at team er et viktig element i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og slikt team er opprettet ved helseforetak som kommune A er i opptaksområdet til. Dette teamet karakteriseres som å være oppsøkende og på hjul og å ha som målsetting at antallet innleggelser på PAM skal reduseres (06.04.06, konsulent). Det er også opprettet team i helseforetak som kommunene C og F er i opptaksområdet til. Så langt i datainnsamlingen har disse kommunene sett lite til teamene i praktisk virke, de har kun presentert seg for kommunalt ansatte psykiatriske sykepleiere. I kommune A oppfattet enhet for psykisk helsearbeid teamet som en skuffelse:

Andre tilbud i kommunen er egentlig gode. Vi har .... som er et psykiatrisk akutteam. Men så er det at når vi har bruk for noe akutt, når brukere isolerer seg for eksempel, da kunne de ikke gå inn. Vi måtte gjøre det selv. Brukeren ble innlagt og er egentlig svært syk. .... Et annet eksempel var da en privatpraktiserende psykiater ringte oss. Vi kjente ikke den brukeren og legen var oppbrakt. Vedkommende hadde kontaktet politiet som bare kunne hjelpe hvis vi bistod. Også der var det kontaktet akutteam, men de kunne ikke ta det. Vi må reorganisere mye for å ta slike akutte ting (06.04.06, leder).



De skal egentlig hjelpe folk til å unngå sykehuset. Teamet er nytt, det har ikke funnet sin form. Hittil har det ikke fungert slik at jeg for eksempel har fått avlastning i mine oppgaver. ....vi ringte akutteamet. De kunne ikke gjøre noe fordi han ikke tok telefonen. Men vi kunne hjelpe. Vi bestilte politi, de bestemte at dette var psykiatrisk og vedkommende ble innlagt. Politiet må involveres, men akutteamet var ikke på døren en gang, de ringte heller ikke politiet (07.04.06, psykiatrisk sykepleier).

I de to skisserte situasjonene ville det å kunne trekke veksler på et akutteam vært en avlastning for den kommunale enheten for psykisk helsearbeid. Teamets eksistens ble i stedet en merbelastning fordi den kommunale enheten måtte kontakte både teamet og andre instanser når teamet ikke kunne foreta seg noe. Teamet var verken på hjul eller oppsøkende.

### 3.4 Individuelle planer

Siden Opptrappingsplanen ble satt i gang har individuell plan vært et viktig redskap i både den horisontale, men særlig den vertikale samordningen i psykisk helsetjeneste. Planer skal utarbeides for brukere som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, og skal bidra til at brukerne får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Forskrift av 23.12.2004 nr. 1837). Individuelle planer er knyttet til enkeltbrukere og er altså et redskap som er formalisert og lagt fast på individnivå. Ideelt skal individuelle planer kunne ta seg av samordning som går ut over den samordningen som er initiert av profesjonelle og administrative behov. Dermed er det et redskap for den sykliske koordineringen som tar utgangspunkt i brukeren.

Slike planer er etter hvert nedfelt i de lovene som regulerer helsetjenester på kommunalt nivå samt i spesialisthelsetjenesten, og de er nedfelt i Lov om sosiale tjenester. Individuell plan har også egen forskrift, samt veileder til forskrift. Ansvar for å sette i gang planarbeidet samt for å utarbeide dem har vært delt mellom nivåene. NOU 2005:3:74 anbefaler at planarbeidet forankres entydig på kommunalt nivå, men at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha et ansvar for å delta i planarbeidet. Argumentet for dette er at ansvaret pulveriseres når begge nivåer har et selvstendig ansvar for å initiere planer, at spesialisthelsetjenestens arbeidsorganisering ikke legger til rette for at personell på dette nivået ivaretar en koordinatorfunksjon, samt at det er i kommunene pasientene bor og det er der de mottar størsteparten av de tjenester de har behov for, og som skal koordineres (ibid).

I datamaterialet til denne undersøkelsen kommer det fram at det arbeides mer med individuell plan i 2005/2006 enn i 2003/2004. Men alle kommunene påpeker at planer er noe de fortsatt kan bli bedre på. Hvordan kommunene arbeider med dem kommer jeg tilbake til. For spesialisthelsetjenesten er det kun data fra 2003, og de går i stor grad i samme retning som utredningen. Holdningen er at spesialisthelsetjenesten ikke bør ha dette ansvaret:

Det er få pasienter som har individuell plan på sykehuset og på avdelingen. Det begynner etter hvert å komme. .... På avdelingen er vi av den mening at de som er nærmest pasienten bør legge planen, den individuelle planen. Ansvaret for den bør ligge hos dem som er pasientens hovedbehandlere, sykehuset på sin side bør støtte og veilede. Det er mitt inntrykk at alle behandlere på sykehuset går med mobilen på seg hele tiden for å kunne ta imot slike telefonsamtaler (24.10.03, sykepleier).

Det understrekes samtidig at egen avdeling ikke driver med veiledning til førstelinjen i slike spørsmål, men at det samarbeides om aktuelle pasienter. Det understrekes også at ikke alle skal ha planer i følge lovverket, men at det er pliktig for dem som er tvangsinnlagt. Av dem er det mange som motsetter seg å få plan:

De er ofte motvillige og vil motsette seg å samarbeide for å lage en individuell plan. De kan medvirke etter hvert som de blir motivert for det, det er jo frivillighet og samarbeid som skal styre virksomheten. Vi vil gjerne at pasientene skal ta imot den hjelpen vi kan gi (24.10.03, sykepleier).

Særlig anses det som et problem at pasienter med rusproblemer ikke vil ta i mot de hjelpetiltak som tilbys, enten fordi de ikke vil avruses eller bare generelt ikke aksepterer de rammene hjelpen gis innenfor. Både den gruppen og de dårligste av de tvangsinnlagte er motstrebende til å gi sitt samtykke til utarbeidelse av individuell plan. Da må det drives mye motivasjonsarbeid. Dette gjør behandlere, men også sosionomene er aktive med det. Sosionomene skisserer tilbud om støtte og diverse former for trening for pasienten, det dreier seg ikke bare om individuell plan, og pasienten skal ta stilling til om de vil ta imot:

Hvis noen ikke vil ha hjelp; pasientene har grenser. Vi kan arbeide for å flytte disse slik at pasientene kan ønske å motta hjelp. Men det hender likevel at noen ikke blir i stand til å ta imot hjelpen. Noen tar også i mot en stund og så opphører det fordi de ikke vil mer. Hvis en pasient som skal skrives ut ikke vil at vi skal kontakte kommunen, da gjør vi det ikke (22.10.03, sosionom).

Om individuell plan går det runder med kommunene flere ganger fordi lovverket i 2003 ble oppfattet som for utydelig:

Det går ikke klart frem hvem som har hovedansvaret for å ta fram dokumentet og initiere planen. Det er heller ikke tydelig på hvem som skal jobbe med den. Dette driver vi med i våre relasjoner med andre nivåer; vi filer på hvor i systemet, hvilket forvaltningsnivå er det som har ansvaret for å initiere og lage individuelle planer (22.10.03, sosionom).

I følge både forskrift og veileder til forskrift for individuell plan er dette ansvaret fortsatt delt, men det er kommunehelsetjenesten som får det meste av ansvaret ut fra nærhetsprinsippet. Spesialisthelsetjenesten har, som kommunehelsetjenesten, en selvstendig plikt til å utarbeide planer hvis de er den instansen pasienten henvender seg til. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for dem som er i psykisk helsevern, og det ansvaret kan de ha over tid (Individuell plan 2005:19).

Det innebærer at uklarhetene om hvem som til syvende og sist tar ansvaret vil fortsette. I sykehuset i dette materialet mener informantene selv at de er blitt dyktigere på å utarbeide individuelle planer over tid; det ble laget flere i 2003 enn tidligere. Samtidig påpekes det at det er vanskelig å finne plass til dette i en hektisk hverdag:

Individuelle plan fungerer ikke så godt på sykehuset. Enkeltpasienter kan ha slike planer, men det er ikke satt i system. .... Men det er faktisk slik at for pasienter som begynner sin behandling her på sykehuset, så har sykehuset også et ansvar for å initiere planer. Vi har hatt en gruppe som jobbet med modeller. De har lagt seg på en enkel modell som er vedtatt og lagt ut på nettet. Men vi får det ikke til, malene ligger der klare til bruk, men går ikke bra. .... Personalet slukes av den daglige driften. Å sette seg ned en halvtime for å arbeide med individuell plan er umulig, det trengs et par dager for å sette seg inn i det. Det har de fleste for stort arbeidspress til å sette av (22.10.03, fagansvarlig).

Det kommunene dermed opplever er at sykehusene overlater hele det administrative arbeidet med individuelle planer til dem:

For eksempel har koordineringsavdelingen fått bestilling på individuell plan fra ....., altså fra andrelinjen. Men andrelinjen har ansvar selv, de skal jo følge opp brukere etter utskrivning (13.12.05, ansatt i forvaltningsenhet).

Det ble oppfattet som en ikke akseptabel måte for spesialisthelsetjenesten å forholde seg til sitt ansvar for individuell plan:

Sykehusene klarer overhodet ikke å komme på banen i dette spørsmålet. På et tidspunkt hadde fylket ambisjoner om å etablere felles mal for alle enhetene innenfor sin jurisdiksjon. Dette falt med etableringen av helseforetakene fordi disse skjærer på tvers av gamle administrative grenser og ingen kunne ta dette arbeidet opp mot regiongrensene (06.01.06, konsulent).

Det kan se ut som om det er en kulturell forskjell mellom sykehus også i spørsmålet om å utarbeide individuelle planer. Andre kommuner som hører til andre foretaks opptaksområder hadde i liten grad tilsvarende opplevelser, og små kommuner har forholdsvis gode erfaringer. Til deres kommuner kommer brukere tilbake med påbegynte individuelle planer:

Vi har aldri opplevd at andrelinjen har bestilt individuell plan av oss. Brukere har hatt med seg individuell plan. Det er det som er riktig; at de har med seg individuell plan. .... det er tre av våre brukere som har det. En har vi laget selv. .... Vi har andre typer planer og kardexen fungerer. Men vi ser at vi burde hatt individuell plan for noen brukere som vi arbeider med. Samarbeidet med andrelinjen fungerer også uten plan (24.05.06, psykiatrisk sykepleier).

Kommunen er liten og har ikke så mange brukere individuell plan er aktuelt for, den har heller ikke så mange tjenester det er aktuelt å samordne i en plan. Det påpekes likevel at det er arbeidet mye med en mal. Den er felles med omsorgen for psykisk utviklingshemmete som er kommet lengre i sitt arbeid med planer. Den psykiatriske sykepleieren understreket at Sosial- og helsedirektoratets mal ikke passet for kommunen. De hadde arbeidet en stund med en mal utarbeidet av SINTEF som ble vurdert som alt for kompleks. I en av de andre småkommunene var SINTEFs mal tatt i bruk:

Vi bruker en folder fra SINTEF, den er oversiktlig og brukbar. .... Vi har mange planer under utarbeidelse. De utarbeides hos oss, det har brukerne rett på. Det er mange som takker ja, og det er et himla arbeid. Vi vrenger sjela for å få det til. Det betyr at vi får ned på et ark det vi er i gang med, og individuell plan er ivaretatt. Arbeidet med brukerne blir ikke så annerledes, men kanskje mer målrettet (01.06.06, psykiatrisk sykepleier).

Også i forrige runde av datainnsamlingen ble det påpekt at individuell plan er et stort arbeid, og på samme måten som i spesialisthelsetjenesten vist til at det er lite plass i en hektisk hverdag for å utarbeide planer:

Vi har egentlig for små ressurser til å sette i gang det arbeidet. Vi har regnet ut at det trengs minimum 18 arbeidstimer per plan ut fra den virkeligheten vi har i kommunen. 18 timer er en nøktern forestilling over hvor lang tid det tar (28.10.03, ansatt i koordineringstjenesten).

Det var likevel på tidspunktet utviklet en mal som det ble regnet med å ta i bruk. 2,5 år senere står arbeidet med individuelle planer fortsatt i stampe og kommunen lener seg på det arbeidet med individuelle planer som gjøres av en softwarebedrift, og som den har levert input til. Dette er likevel den kommunen med best klima for samarbeid i materialet. Samarbeidet er institusjonalisert via ansvarsgrupper som koordineringstjenesten har ansvaret for å etablere. Det arbeides også med et prosjekt om delegering av ansvar fra enheter til koordineringstjenesten slik at denne skal kunne fatte bindende beslutninger om tiltak på avdelingenes vegne (17.02.06, ansatt i koordineringstjenesten).

Kommunene i materialet arbeider altså med individuelle planer, men de fleste vektlegger at dette fortsatt er mye arbeid og at det skaper stress i en hektisk arbeidshverdag. I kommune A går samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, både sykehus og DPS rimelig bra om individuelle planer, mens samarbeidet med andre avdelinger horisontalt i kommunen er satt til side i en uoversiktlig reorganiseringsprosess (se avsnitt 2.2).

### 3.5 Oppsummering

Tilrettelegging for vertikal samordning foregår også i spesialisthelsetjenesten og den antar to former. Den første er den som har enkeltbrukere i fokus, og som etableres på individnivå. Epikrise er en slik form for samordning. Det er et formelt samordningsredskap som kommuniserer medisinske opplysninger fra lege til lege. Det kan se ut til at det er utviklet kulturelle forskjeller mellom foretak angående utarbeidelse og oversendelse av epikriser fra sykehus til kommuner. Når formelle samordningsredskaper ikke fungerer kan den mer uformelle overta, og det ser ut til at uformell kommunikasjon og samarbeid foregår innenfor yrkesgrupper for å få i stand samordning. Dette skjer ved at lege ved sykehus kommuniserer og samarbeider med lege i kommunen. Det samme skjer for sykepleiere og brukere får, ved sykehuset i materialet, oppnevnt en kontaktsykepleier som har som oppgave å holde kontakt med sykepleiere i kommunen. Våre informanter i kommunene som er psykiatriske sykepleiere oppgir også at de kontaktes av sykepleiere fra sykehus om pasienter som vurderes som utskrivningsklare. Sosionomenes samordningsarbeid er heller ikke fullstendig formalisert i og med at brukeren selv kan bestemme om sosionomen skal ta kontakt med hjemkommunen. Ut over det er det sosionomen som har bredest kontaktflate mot kommunen av de aktuelle yrkesgruppene i sykehuset.

At samordningen mellom nivåene har vært dårlig er det tatt konsekvenser av, og det er lagt inn føringer i styringsdokumentene for kommunenes arbeid med Opptrappingsplanen som styrker samordningen. Føringerne er formaliserte avtaler om samordning på systemnivå. Avtalene skal initieres fra helseforetakene og de skal omfatte både voksne, unge og barn. Også angående avtaler kan det se ut til at det er kulturelle forskjeller mellom helseforetak. Avtaler skulle initieres før utgangen av 2005, likevel er det kommuner i materialet som ikke har fått forespørsel om å inngå avtale.

I andre kommuner har de på tidspunktet for datainnsamlingen inngått intensjonsavtaler, men ikke mottatt noen indikasjoner fra foretaket om hvordan avtalene skal utformes. I en kommune, som har arbeidet med et prosjekt den selv har initiert og som foretaket har oppfattet som godt, er avtalen satt i verk for foretak. Også for DPS er avtalearbeidet kommet langt, og det er etablert DPS-råd med medlemmer fra helseforetak og kommuner. Kommunen det gjelder har også utviklet et prosjekt for å samarbeide med BUP. Det ble ikke oppfattet som vellykket på samme måte som angående foretak og DPS. Prosjektet var dårlig forankret både i kommunen sentralt, i enheten for psykisk helsearbeid og i BUP. Det ble også oppfattet slik at BUP ikke var interessert i denne formen for samarbeid, og unndro seg innblanding fra kommunen angående de familiene som fikk hjelp for sine barn og unge i BUP.

Individuelle planer har et uklart forankringspunkt i det både kommuner og foretak har ansvar for å initiere slike planer. Forskriften for individuell plan slår fast at ansvaret skal fortsette å være delt. For sykehusets vedkommende ble det vist til at det var for stort arbeidspress til faktisk å sette seg inn i hva arbeidet med individuell plan går ut på. Det ble også vist til at det ble oppfattet som vanskelig å komme til enighet med kommunene i opptaksområdet om hvem som faktisk har ansvar for brukere som er i sykehuset. En kommune hadde opplevd at de fikk "bestillinger" på individuell plan fra spesialisthelsetjenesten. For kommunenes vedkommende har det utviklet seg det som også kan kalles kulturelle forskjeller angående utarbeidelse av individuell plan. I noen kommuner oppgis arbeidet med planene å gå greit, selv med domenekonflikter og samarbeidsproblemer. I andre kommuner får de det ikke til, selv om klimaet for samarbeid oppfattes som å være godt, og det faktisk er lagt til rette for syklisk samordning om den enkelte bruker.

## 4 Avslutning og anbefalinger

### 4.1 Innledning

Analysen i dette notatet har hatt som utgangspunkt at samordning både er et resultat av og blir påvirket av hvordan yrkesgruppene samarbeider, de medisinske og andre, i systemet for psykisk helsearbeid. Arbeidsdelingen, som er et resultat av samarbeid og samordning, er i endring fordi arbeidsoppgavene som ligger til de ulike nivåene endrer seg, dermed må det legges opp til nye rutiner både for samarbeid og samordning. Endringene vi ser i arbeidsdelingen finner vi på horisontalt nivå både i kommune- og spesialisthelsetjeneste, men også i den vertikale arbeidsdelingen mellom nivåene. Arbeidsdelingen gjennomføres angående oppgavene datainnsamling, analyse, vurdering og gjennomføring av tiltak og evaluering av effekter.

### 4.2 Horisontal arbeidsdeling

Arbeidsdelingen, et vil si samarbeid og samordning, horisontalt i helseforetaket skal ikke utsettes for diskusjon, det har prosjektene som dette notatet har sitt utgangspunkt i, ikke lagt til rette for. Men vi så i avsnitt 3.2 at det, med utgangspunkt i PAM, ble oppfattet som at andre avdelinger var propper i systemet, samt at DPSene den forholder seg til hadde en tendens til å spesialisere seg. Spesialisering er en form for avgrensning og beskytter DPS mot visse grupper av brukere, samt at det ligger profesjonelle og til dels administrative begrunnelser bak slike avgjørelser. Innføringen av DPS-råd vil med stor sannsynlighet løfte noen av beslutningene angående inntak av brukere vekk fra DPS og over til et råd satt sammen av representanter fra helseforetak og kommuner. Sykehus og kommuner oppfatter at de bruker DPS` tjenester, og de er avhengige av at DPS bidrar med sitt for å sikre pasientflyten. Slike råd vil dermed trolig medvirke til at situasjonen både for sykehus og kommuner blir mer predikerbar enn den har vært til nå, i alle fall for kommunene i opptaksområdet. For brukere kan de medvirke til at deres behov for behandling som får stå i sentrum for inntak i DPS.

På kommunalt nivå vil både reorganisering til flat struktur og resultatenheter, samt innføringen av forvaltningsenhet medfører at profesjonelle arbeidsoppgaver blir satt inn i en ny organisatorisk kontekst. Som det ble vist til i presentasjonen av kommunene A og E i avsnitt 2.2 voks det fram domenekonflikter i begge, selv om kommune E har en konsulent på rådmannsnivå som tar på seg oppgaver innenfor koordinering og samordning. Domenekonfliktene hadde i kommune A utgangspunkt i at andre enheter overlot deler av sine arbeidsoppgaver til enheten for psykisk helsearbeid. Dette var en revitalisering av domenekonflikter som ansatte i enheten trodde var glemt. Enhet for psykisk helsearbeid blir dermed utsatt for et press som bryter inn i den fortolkningen de

allerede har gjort om hva som er deres arbeidsoppgaver, hvordan det skal samarbeides og hva som kreves for at samordning gjennomføres.

I kommune E hadde domenekonfliktene utgangspunkt i at enheten for psykisk helsearbeid delegerte oppgaver til hjemmesykepleien og miljøarbeidet. Hendelsene her har utgangspunkt i at psykiatriske sykepleiere gjennomfører datainnsamling, analyse og vurdering av hvilke tiltak som skal settes i verk, mens det ble delegert til somatisk hjemmesykepleie eller miljøarbeidere å gjennomføre tiltakene. Miljøarbeiderne motsatte seg ikke denne arbeidsdelingen. Det er en del av enheten for psykisk helsearbeid og oppfatter det ikke som negativt at andre, med den nødvendige utdannelsen, bestemmer hvilke tiltak de skal utføre for brukere. Den somatiske hjemmetjenesten på den andre siden, motsatte seg denne arbeidsdelingen og ville selv gjennomføre både datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak som skulle settes i verk hvis de skulle gi tjenester til brukerne i enhet for psykisk helsearbeid. Skillet mellom oppvask som miljøarbeid og gulvvask som en oppgave for den somatiske hjemmetjenesten anskueliggjør deler av denne problematikken.

I kommune A har endringene som er gjennomført en administrativ og økonomisk begrunnelse. Flat struktur og resultatenheter ble innført for å gjøre enhetene økonomisk ansvarlige for sitt budsjett, sitt personale og den faglige gjennomføringen av psykisk helsearbeid. Forvaltningsenhet ble innført for å skape likhet i tjenestetilbudet. Den nye organisatoriske konteksten er dermed etablert ut fra økonomiske og administrative hensyn, samt et kommunalt behov for å standardisere tjenestefordelingen. Det ble også vist til i avsnitt 2.3 at det ble tatt skritt for å standardisere tjenestene med hensyn på tid brukt med brukere.

Standardisering av tjenesten, og av prosessene som leder fram til vedtakene, vil trolig stå i motsetning til kravet som ligger i individuell plan om at psykisk syke skal ha tilpasset tjenestetilbud (Forskrift 23.12. 2004 nr. 1837). Datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak skal ideelt nedfelle seg i en bestilling til de enhetene som anses å ha den rette kompetansen. Om gjennomføringen av tiltak også skal medføre at det blir utarbeidet individuell plan, ser det ut til at er delegert til de enkelte psykiatriske sykepleiere å ta stilling til. I kommune B, for eksempel, med lengst erfaring med forvaltningsenhet, var det så langt ikke laget rutiner på at det ble ”bestilt” individuell plan for brukere. Selv med positiv innstilling til samarbeid og egen enhet for koordinering, sliter kommunen med å utarbeide individuelle planer. Det kan lede til en antakelse om at forvaltningsenhetens arbeid står i veien for utarbeidelse av individuelle planer. Forvaltningsenheten gjennomfører de innledende samtaler med brukere uten å slå fast om det dreier seg om brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Det må enhet for psykisk helsearbeid eventuelt fastslå etter at den har fått henvist brukeren dit. Da er den vertikale kommunikasjonen med forvaltningsenheten, som for eksempel blir framtreddende ved evalueringen av tiltakene, allerede etablert og den legger føringer for hvordan kommunikasjonen vil gå også i fortsettelsen. Når kommune A er kommet lengre med hensyn på individuelle planer kan det tenkes at det er et resultat av at arbeidet med slike planer var godt i gang før forvaltningsenhet ble etablert.

Samordning i den nye organisasjonen i kommune A var vanskelig. Det ble vist i avsnitt 2.2 at den hadde fått en klage på manglende samordning og at fylkeslegen etter tilsyn også hadde påpekt dette. Å spisse individuell plan ble sett som løsningen. Det vil kreve at det legges til rette for samordning mellom ulike resultatenheter på systemnivå i kommunen. Skal samordningen tenkes som syklisk med brukerens behov som utgangspunkt, er det ikke tilstrekkelig at psykiatriske sykepleiere er alene om å ha ansvaret for planen. Den enkelte sykepleier kan ha personlige kontakter ved andre enheter

som de trekker veksler på, men det medfører at samarbeidet om individuell plan er uformelt og kun forankret i de enkelte yrkesutøvere, ikke at det foregår formell samordning som er forankret på systemnivå i kommunen. Utarbeidelse av individuelle planer ses dermed som en oppgave for faget, ikke som en oppgave for organisasjonen. Slik situasjonen er i denne kommunen på tidspunktet vil trolig det å spisse individuell plan ikke medføre at det formaliseres systemer rundt utarbeidelsen av den.

### 4.3 Vertikal arbeidsdeling

Det ble vist i avsnitt 3.2 at deler av samarbeidet som spesialisthelsetjenesten initierer med kommunene er yrkesgruppespesifikt. Det vil si at det går mellom yrkesutøvere innenfor samme profesjon. Begrunnelsen for dette er at profesjonene da har kontakt med yrkesutøvere som snakker det samme språket; altså det oppfattes som at det forenkler samarbeidet. I avsnittet blir det også pekt på at kommunikasjonen som leder fram til denne formen for samarbeid kommer i tillegg til formelt samarbeid som epikriser og andre utskrivningsdokumenter. Formelt samarbeid betyr da at arbeidsoppgavene, datainnsamling, analyse, vurdering og iverksetting av tiltak, samt evaluering av tiltak, eventuelt endres kun innenfor yrkesgruppene. Prosessene som medfører endring er selvstyrt innenfor en og samme profesjon, eventuelt mellom profesjoner som samarbeider om brukere. Endringer i en eller flere av oppgavene har altså ikke nødvendigvis konsekvenser for andre enn involvert pasient, samt legene, eventuelt sykepleiere. Endringene har heller ikke nødvendigvis konsekvenser for systemnivået, og tilpasningene kan skje lokalt, muligens avhengig av antallet pasienter på en avdeling i sykehuset eller nivået på de kommunale tjenestene.

Oppstår det press i systemet i form av krav fra aktører som er eksterne for profesjonsgruppene vil denne formen for samarbeid ikke lenger være tilstrekkelig og behovet for sterkere formalisering vil melde seg. Eksterne aktører kan være andre yrkesgrupper som kommer inn for å kreve noen av arbeidsoppgavene, eventuelt avgi arbeidsoppgaver. De kan være kommuner, eventuelt et ledelsesnivå på sykehuset eller statlige programmer for endring. I vår sammenheng kommer alle disse aktørene inn og øker presset i systemet.

Løsningen på presset har, ved siden av at kapasiteten søkes bygget ut, vært å etablere avtaler for samordning, det vil si inn- og utskrivning av pasienter. Slike avtaler er det nå pålagt at spesialisthelsetjenesten inngår med kommunene. Avtaler vil standardisere også de delene av samhandlingen og samordningen om pasienter som tidligere har vært uformell. Et helseforetak lager med stor sannsynlighet tilsvarende avtaler med alle kommunene i sitt opptaksområde. Dermed samordner ett helseforetak seg om de samme inn- og utskrivningsrutinene med alle kommunene i sitt opptaksområde. Det kan også tenkes at avtaler vil medføre at det gjøres kjent for spesialisthelsetjenesten hvilket nivå det er på kommunale tjenester i forskjellige kommuner og at det kan legges til rette for at nivået fortsatt ikke er det samme for alle. Avtalene kan dermed også legge opp til at spesialisthelsetjenesten kan behandle kommuner ulikt. Hvis så skjer vil det gjøre situasjonen for kommunene ytterligere predikerbar, men det er tidlig å kunne si noe om hvordan avtalene vil fungere.

For de kommunene i materialet der avtaler fortsatt ikke er inngått eller ikke fylt med innhold, vil det fortsatt være de profesjonelle, altså psykiatrisk sykepleie, som er den profesjonen enhet for psykisk helsearbeid har felles med spesialisthelsetjenesten, som samarbeider om inn- og utskrivninger av pasienter. Endringer i fordelingen av arbeidsoppgaver mellom nivåene vil i slike kommuner fortsatt foregå innenfor en



yrkesgruppe og ikke nødvendigvis nedfelles på systemnivå. Mangelen på systematisering kan også medføre at samordningen for pasienter er basert på personlig kjennskap innenfor en yrkesgruppe.

Avtaler vil standardisere prosessen med inn- og utskrivninger av pasienter og skape større grad av oversiktighet og predikerbarhet for kommunene. Det vil si at endringer i arbeidsoppgavene mellom nivåene eventuelt formaliseres. Trolig vil også forvaltningsenheten fungere som en standardisering av datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak som skal settes i verk for brukere innad i en kommune. Den vil likevel ikke fungere som standardiseringsmekanisme ut mot spesialisthelsetjenesten. Kommunen er forpliktet til å ta alle pasienter som henvises fra spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten skal selv vurdere når pasientene er utskrivningsklare. Endres deres status som utskrivningsklare skal spesialisthelsetjenesten gi beskjed om det. Kommunale forvaltningsenheter i materialet fikk ikke, som det ble vist til i avsnitt 2.4, rollen som mottaker av brukere fra spesialisthelsetjenesten. Det er trolig fortsatt enhetene for psykisk helsearbeid, i tillegg til legene, som har denne rollen. Det kan tenkes at forvaltningsenheten, fordi den spesialiserer seg på blant annet datainnsamling, analyse og vurdering av tiltak, ville gått i dialog med spesialisthelsetjenesten for å få satt fokus på hva som er innholdet i begrepet utskrivningsklar. Dette for å ha mulighet til å standardisere også de behandlingstiltakene kommunen setter i verk. I kommunene i materialet var dette ikke gjennomført.

Individuell plan er fortsatt, som det ble vist til i avsnitt 3.4, et ansvar som både kommune- og spesialisthelsetjenesten har, og initiering av slike planer for pasienter skal de fortsatt komme til enighet om seg i mellom. Avsnittet viser at det kan se ut til at spesialisthelsetjenesten har en forventning om at kommunene vil ta et større ansvar enn de faktisk tar og vise versa. Det ser også ut til å være kulturelle variasjoner mellom ulike enheter i spesialisthelsetjenesten om hvordan det skal arbeides med individuelle planer. Dette i den forstand at kommuner i noen sykehusopptaksområder oppfatter individuelle planer som bedre innarbeidet i spesialisthelsetjenesten enn kommuner i andre områder.

Kravet om at det skal utarbeides individuelle planer er et eksternt krav. Det har ikke oppstått innenfor de aktuelle yrkesgruppene på feltet, eller i sykehus eller kommune. Planer skal innarbeides ved siden av andre typer planer som yrkesgruppene lager og de skal samordnes. De skal samordnes vertikalt innenfor enkelte yrkesgrupper og de skal samordnes horisontalt mellom kommunale enheter, de bør også samordnes på systemnivå. Planer griper inn i den etablerte fordelingen av arbeidsoppgaver, både horisontalt og vertikalt, og krever at de fordeles på nye måter, eventuelt at samme arbeidsoppgave gjennomføres flere ganger. I spesialisthelsetjenesten gripes derfor en mulighet de tror de har; å innarbeide planer i utskrivningsdokumentene som redegjør for hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten bør gjennomføre for pasienter.

Avsnitt 2.4 viste at kommune B hadde erfaring med at den fikk bestillinger fra spesialisthelsetjenesten på individuelle planer. Spesialisthelsetjenesten delegerte altså den arbeidsoppgaven til kommunen. Å "bestille" individuelle planer hos kommunene spiller ned og usynliggjør behovet for vertikal samordning og spesialisthelsetjenesten kan oppleve at de blir fri en ressurskrevende oppgave.

## 4.4 Anbefalinger

### **Hvordan tilrettelegger kommunene for samarbeid og samordning mellom egne enheter?**

Diskusjonen i notatet har vist at kommunal reorganisering medfører at det ikke lenger er fokus på samordning og koordinering i kommunene. Gamle fora for horisontal samordning forsvinner uten at de umiddelbart erstattes med nye, og organisasjonen har fokus på vertikal koordinering om økonomi og administrasjon. Det kan ta lang tid før samordning igjen blir tema i organisasjonen og det er sett eksempler på at dette er et tema som glemmes helt til fylkeslegen gjennomfører tilsyn. Ut fra det bør det presiseres overfor kommunene at de har et lovpålagt ansvar for å organisere seg på en måte som ikke hindrer samarbeid.

### **Er den kommunale organiseringen hensiktsmessig for at samarbeid og samordning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kan foregå på en god måte?**

Kommunal organisering varierer og kommunene har et ansvar for å holde spesialisthelsetjenesten oppdatert på hvilke instanser det er i kommunen som skal kontaktes. Det er, ut fra dette materialet, ingen grunn til å tro at kommunene ikke tar dette ansvaret. Likevel kan det tenkes at kommuner med stor turbulens om samarbeid og ansvar for ulike arbeidsoppgaver knyttet til brukere av psykisk helsetjenester også vil ha dårlige forutsetninger for å gjennomføre et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Derfor gis samme anbefaling som til punktet over.

### **Hvordan arbeides det med avtaler mellom nivåene?**

Det kan se ut til at utarbeidelse av avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene varierer kulturelt mellom helseforetak. Intervjuundersøkelsen omfatter så langt to regionale helseforetak og tre lokale, og det var variasjoner innenfor både regionale og lokale foretak i hvor langt dette arbeidet var kommet. En kommune var for eksempel ikke informert om muligheten til å inngå avtaler. Det anbefales at det på nytt presiseres overfor spesialisthelsetjenesten at den har et ansvar overfor kommunene i spørsmålet om å etablere avtaler om inn- og utskriving av pasienter.

### **Hvordan arbeides det med andre former for samordning og samarbeid?**

Hovedformene for samordning og samarbeid det er mulig å finne i materialet er for det første den direkte kontakten mellom sykehusavdelinger og kommuner, en kontakt som ser ut til å være yrkesgruppespesifikk, det vil si at den går mellom yrkesgrupper innenfor samme profesjon. Denne forsøkes regulert både gjennom krav om epikriser, møter om utskrivinger, avtaler om inn- og utskriving av pasienter og individuell plan. Individuell plan kommer jeg tilbake til nedenfor. Avtaler ble det vist til i avsnittet over, men som det er vist til i notatet kan avtaler også være rettet spesielt mot samarbeid mellom DPS og kommuner, samt BUP og kommuner. Også for avtaler på disse nivåene ser det ut til å være forskjeller mellom helseforetak. Det var bare i ett lokalt helseforetak at avtaler med DPS var etablert da datainnsamlingen var gjennomført, i ett annet var avtaler inngått på intensjonsnivået. I det tredje hadde psykisk helsearbeid i den ene kommunen som er i opptaksområdet ikke informasjon om avtaler. Avtale med BUP var på prosjektstadiet i en kommune, et prosjekt som ikke ble oppfattet som å være vellykket. Det anbefales at det ansvaret institusjonene i spesialisthelsetjenesten har for å informere kommunene og initiere avtaler også på disse områdene understrekes.

**Hvordan arbeides det med individuelle planer?**

Arbeidet med individuell plan har pågått lenge og det er utviklet to generasjoner med veiledere i planarbeid. Likevel kan det se ut til at utarbeidelse av mal for individuell plan ikke er tilstrekkelig for at kommuner faktisk arbeider med slike planer. Individuell planer ser fortsatt ut til å være et ansvar som oppfattes som faglig, altså at ansvaret er plassert hos yrkesutøvere innenfor de kommunale enhetene som har planarbeid som sin oppgave. I materialet som dette notatet bygger på er det den ene kommunen som har lagt til rette for å nedfelle individuell plan på systemnivå som sliter mest med å utarbeide dem. Det er anbefalt at individuelle planer skal forankres i kommunenes sentrale administrasjon. Den anbefalingen understrekes her, men uten at ansvaret yrkesutøvere har tones ned.

## Litteraturliste

- Abbott, A.: *The System of Professions. An essay on the Division of Expert labour.* Chicago and London. University of Chicago Press 1988.
- Helgesen, M. (2003): *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene.* NIBR, NOTAT 2003:17
- Helgesen, M. (2004): *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene.* NIBR, NOTAT 2004:136
- Helgesen, M., M. Feiring, G. V. Hansen og H. Ramsdal (2005): *Kompetanseutvikling I kommunene. Rekruttering og opplæring I psykisk helsearbeid.* NIBR-rapport 2005:10
- Hovik, S. og I. M. Stigen (2004): *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase.* NIBR, NOTAT 2004:124
- Myrvold, T. M. (2001): *Smått og godt? Om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikatordiskusjon.* NIBR, Rapport 2001:1
- Myrvold, T. M. og M. Helgesen (2005): *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner.* NIBR, NOTAT 2005:108
- Opedal, S. og I. M. Stigen (2002): *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse.* NIBR, Rapport 2002:21
- Kalseth, B, L. Midttun, B. Paulsen og L. Nygård (2004): *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill.* SINTEF Helse
- Scott, W. R. (1992): *Organisations. Rational, Natural and Open Systems.* Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall
- Thagaard, T. (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Fagbokforlaget, Bergen
- Vike, H., R. Bakken, A. Brinchmann, H. Haukelien, R. Kroken (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten.* Gyldendal Akademisk, Oslo
- Yin, R. K. (1984): *Case Study Research. Design and Methods.* Sage Publications, London

---

Aarsæther, N. og S. Vabo (2002): *Fristilt og velstyrt? Fokus på kommune-Norge*. Det Norske Samlaget, Oslo

### **Offentlige dokumenter**

Forskrift av 23.12.04 nr. 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Helse- og omsorgsdepartementet (2006): "Kartlegging av oppgavefordelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten".

IS 17/2004 Sosial- og helsedirektoratet

IS 20/2004 Sosial- og helsedirektoratet

Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet

Lov av 19.11.1982. nr. 66: "Lov om helsetjenesten i kommunene".

Lov av 13.12.1991 nr. 81: "Lov om sosiale tjenester".

Lov av 02.07.1999 nr. 64: "Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern".

NOU 2005:3 "Fra Stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste". Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapport fra Helsetilsynet 7/2005: "Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse fra ulike tilsynsaktiviteter 1 2003 og 2004".

Stortingsmelding nr. 25 (1995-96): "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene". Sosial- og helsedepartementet