



Trine Monica Myrvold  
og Marit Helgesen

# PSYKISK HELSEARBEID

En studie av organisering og  
samarbeid i syv kommuner

NOTAT  
2005:108

**Tittel:** **Psykisk helsearbeid**  
En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner

**Forfatter:** Trine Monica Myrvold og Marit Helgesen

**NIBR-notat** 2005:108

**ISSN:** 0801-1702  
**ISBN:** 82-7071-537-9

**Prosjektnummer:** O-1885  
**Prosjektnavn:** "Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid"

**Oppdragsgiver:** Norges forskningsråd

**Prosjektleder:** Trine M. Myrvold

**Referat:** Notatet analyserer organiseringen av det psykiske helsearbeidet i syv casekommuner. Analysene viser store variasjoner i organisering av arbeidet. Omorganisering til flat struktur i mange kommuner gjør koordineringsoppgavene særlig utfordrende. I kommunene som her er studert, ser det psykiske helsearbeidet ut til å fungere best der kommunen har flere ledelsesnivåer, der psykisk helsearbeid har egen faglig leder, og der det er etablert institusjonelle ordninger for koordinering. Arbeidet for barn og unge har en mye svakere forankring i kommuneorganisasjonen, men arbeidet har kommet mer i fokus etter øremerkingen av midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse. Arbeidet med individuell plan er i startfasen i de fleste av de syv kommunene.

**Sammendrag:** Norsk

**Dato:** Mars 2005

**Antall sider:** 101

**Utgiver:** Norsk institutt for by- og regionforskning  
Postboks 44 Blindern  
0313 OSLO  
Telefon: 22 95 88 00  
Telefaks: 22 22 37 02  
E-post: nibr@nibr.no

**Vår hjemmeside:** <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2004

# Forord

Dette notatet er en underveisrapportering fra prosjektet "Evaluering av Opptappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid", finansiert av Norges forskningsråd under programmet for evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. Trine Monica Myrvold er prosjektleder og har skrevet rapporten i samarbeid med Marit Helgesen.

Rapporten analyserer intervjumateriale fra casestudier i syv norske kommuner. Prosjektet skal løpe til slutten av 2008, og foreliggende studie utgjør første runde med casestudier. Ytterligere en runde skal gjennomføres i 2007-2008. Prosjektet inneholder også tre omganger med spørreskjemaundersøkelser til samtlige norske kommuner. Den første kvantitative analysen, som ble gjennomført i 2002, er rapportert i Myrvold (2004).

Som en del av forberedelsene til intervjuundersøkelsen ble det avholdt et møte mellom forskerne og representanter for organisasjonene Mental Helse Norge, Voksne for barn og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri. Forfatterne takker for konstruktive kommentarer og innspill. Takk også til alle informantene i de syv kommunene som har vist stor velvilje ved å stille opp til intervju!

Etter ønske fra styringsgruppen og Norges forskningsråd er notatet organisert slik at sammendraget gir de viktigste opplysningene både om problemstillinger og om sentrale funn, konklusjoner og anbefalinger. For lesere som ønsker å gå mer i dybden i materialet, er det i sammendraget gjort henvisninger til de ulike kapitlene. Selve notatet fungerer slik sett som et vedlegg, der analysene og drøftingene gjennomføres i noe mer detalj. For de som leser både sammendraget og kapitlene vil derfor notatet som helhet bære preg av en del gjentakelser.

Oslo, mars 2005

Hilde Lorentzen

Forskningsjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt .....	4
Figuroversikt .....	4
Sammendrag .....	5
1 Innledning .....	18
1.1 Innledning .....	18
1.2 Opptappingsplanens mål: et helhetlig og integrert tjenestetilbud.....	18
1.3 Disposisjonen for rapporten .....	19
2 Datamateriale og metode .....	20
2.1 Hensikten med casestudiene .....	20
2.2 Datamaterialet.....	20
2.2.1 Prinsipper for valg av kommuner.....	20
2.2.2 Casekommunene .....	21
2.2.3 Intervjuene .....	22
2.3 Mulighetene for å generalisere.....	23
3 Organisering av kommunalt psykisk helsearbeid .....	24
3.1 Innledning .....	24
3.2 Organisering.....	26
3.2.1 Enhetsmodellen: Egen enhet for psykisk helsearbeid.....	28
3.2.2 Stabsmodellen: Psykisk helsearbeid i stab hos rådmann .....	29
3.2.3 Tjenestemodellen: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid integrert i et større tjenesteområde .....	30
3.2.4 Integrert modell: Psykisk helsearbeid integrert i annen tjeneste.....	34
3.2.5 Oppsummering.....	35
3.3 Psykisk helsearbeid og organisering av kommunens øvrige virksomhet.....	35
3.3.1 Flat struktur, resultatenheter og enhetsmodellen for psykisk helsearbeid ....	37
3.3.2 Flat struktur, resultatenheter og stabsmodellen for psykisk helsearbeid.....	38
3.3.3 Flat struktur, resultatenheter og tjenestemodellen for psykisk helsearbeid ..	39
3.3.4 Sektororganisering og tjenestemodellen for psykisk helsearbeid .....	42
3.3.5 Flat struktur, resultatenheter og integrert modell for psykisk helsearbeid....	43
3.3.6 Oppsummering.....	44
3.4 Ledelse i psykisk helsearbeid.....	45
3.4.1 Ledelse i den sektororganiserte kommunen .....	48
3.4.2 Ledelse i integrert modell: psykisk helsetjeneste i pleie og omsorg .....	49
3.4.3 Ledelse i enhetsmodellen .....	50
3.4.4 Ledelse i stabsmodellen .....	51
3.4.5 Ledelse i tjenestemodellen .....	52
3.4.6 Oppsummering.....	54
4 Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for voksne.....	57
4.1 Innledning .....	57

---

4.2	Samarbeid og samordning.....	57
4.2.1	Tiltak for samarbeid og samordning .....	58
4.2.2	Individuelle planer .....	60
4.2.3	Ansvarsgrupper .....	63
4.2.4	Betydningen av ulike organisasjons- og ledelsesformer .....	64
4.3	Bredden i samarbeidsrelasjonene internt i kommunene.....	66
4.3.1	Involveres kultursektoren i det psykiske helsearbeidet? .....	66
4.3.2	Hvordan fungerer samarbeidet internt i kommunene? .....	68
4.3.3	Hva kan forklare bredden i samarbeidet mellom kommunale tjenester? .....	70
4.4	Samarbeidsrelasjoner med andre kommuner .....	71
4.5	Samarbeid og samordning med andre- og tredjelinjen .....	72
4.6	Oppsummering.....	76
5	Psykisk helsearbeid blant barn og unge .....	78
5.1	Innledning .....	78
5.2	Organiseringen av arbeidet for barn og unge .....	79
5.3	Utviklingen av tjenestetilbudet for barn og unge –bredden i tjenester og samarbeid .....	82
5.3.1	Hvilke typer tiltak er iverksatt eller planlagt?.....	82
5.4	Samarbeidet mellom kommunale tjenester for barn og unge.....	85
5.5	Samarbeidet med 2. linjen om tilbudet til barn og unge .....	89
5.6	Individuelle planer for barn og unge.....	91
5.7	Oppsummering.....	92
6	Avslutning.....	94
6.1	Konklusjoner.....	94
6.2	Utfordringer og anbefalinger .....	97
	Litteratur .....	99

## Tabelloversikt

Tabell 1.1	Oversikt over kommunene i det kvalitative materialet .....	22
Tabell 3.1	Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid .....	27
Tabell 3.2	Organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet i casekommunene ...	28
Tabell 3.3	Antallet faktiske ledernivåer mellom administrasjonssjef og ledere for utøvende tjenester. Prosent, absolutte tall i parentes.....	36
Tabell 3.4	Delegasjon til kommuneadministrasjonen i budsjettsaker 2004. Absolutte tall. N=328.....	46
Tabell 4.1	Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon).....	58
Tabell 5.1	Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge, detaljert oversikt.....	79
Tabell 5.2	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?.....	82
Tabell 5.3	Casekommunenes tiltak for barn og unge finansiert gjennom midler fra Opptrappingsplanen pr. 2003/2004.....	84
Tabell 5.4	Hvordan vurderer du barn og unge innbyggers tilgang på 2. linjetjenester? Prosent .....	89

## Figuroversikt

Figur 3.1	Eksempel på horisontal og vertikal integrasjon .....	25
-----------	--	----

---

# Sammendrag

*Trine Monica Myrvold og Marit Helgesen*

## **Psykisk helsearbeid**

En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner

NIBR-notat 2005:108

### Formålet med undersøkelsen

Notatet er en del av rapporteringen fra prosjektet "Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid." Prosjektet løper over en syvårsperiode, og består både av en spørreskjemaundersøkelse til kommunene som gjennomføres i tre runder, og av to omganger med casestudier. I dette notatet analyseres informasjon innhentet i første omgang av casestudiene, og består av intervjuer med informanter fra syv norske kommuner. Det er de samme hovedproblemstillingene som belyses i den kvantitative og den kvalitative delen av prosjektet. Den kvalitative analysen gir imidlertid en mulighet til å gå nærmere inn på noen spørsmål som de kvantitative dataene vanskelig kan gi svar på. Mens spørreskjemaene ble utfyllt av kommunens koordinator for psykisk helsearbeid, gjør dessuten casestudiene det mulig å intervjuer ganske bredt i kommuneorganisasjonen, slik at synspunktene og erfaringene til ansatte i ulike posisjoner og tjenester blir hørt. På denne måten kan de to metodiske innfallsvinklene utfylle hverandre, og til sammen gi dypere innsikt i hvilke utfordringer og løsningsmekanismer som eksisterer i kommunenes psykiske helsearbeid.

Prosjektet fokuserer på kommunenes implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse, med særlig vekt på *organiseringen* av ulike tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet. Opptrappingsplanen har som mål å bedre samordningen og samarbeidet i det psykiske helsearbeidet: "Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus" (St.prp.nr. 63 (1997-98)). Planen har ikke så mange konkrete anvisninger på hvordan dette målet skal nås. Den nøyer seg med å si at kommunene ikke skal etablere noen særtjeneste for innbyggere med psykiske problemer, men integrere arbeidet i de etablerte kommunale tjenestene.

Utgangspunktet for notatet er spørsmålet om hvilken betydning organiseringen av det psykiske helsearbeidet har for det arbeidet som drives. Er det noen sammenheng mellom organisasjonsmodell – integrert eller egen tjeneste – og kommunenes evne til å gi et bredt, helhetlig og samordnet tilbud til innbyggere med problemer relatert til psykisk helse? Notatet er til dels ganske beskrivende, fordi det hittil har vært lite systematisk kunnskap om hvordan organiseringen av dette arbeidet faktisk er i kommunene. Det legges også vekt på å forstå hvordan andre faktorer spiller inn på det psykiske helsearbeidet – først og fremst kommunenes overordnede organisasjonsmodell og kommunestørrelse.

Notatet drøfter følgende spørsmål:

- Hvordan arter de ulike hovedformene for organisering av psykisk helsearbeid seg i praksis? Har organisasjonsform betydning for det psykiske helsearbeidet? Er det av betydning hvilken tjeneste det psykiske helsearbeidet er organisert sammen med? Hvilken betydning har ledelsen av arbeidet for hvordan det psykiske helsearbeidet fungerer?
- Hvordan trekkes ulike aktører og tjenester med i det psykiske helsearbeidet for å skape et bredt tilbud til innbyggerne? Hvordan fungerer samarbeidet mellom tjenestene? Hva ser ut til å være årsaker til variasjon mellom kommuner?
- Hvor i kommuneorganisasjonen er det psykiske helsearbeidet for barn og unge forankret? I hvilken grad satser kommunene på arbeid for denne gruppen, og hvilke typer tiltak satser de på? Hvilke tjenester trekkes med i arbeidet?
- Hvordan arbeider kommunene med individuelle planer for innbyggere med psykiske lidelser? Hvilke forhold er av betydning for arbeidet?
- Hvordan fungerer samarbeidet med andre- og tredjelinjen?
- Hvordan takler de minste kommunene opptrappingen av det psykiske helsearbeidet? Står de minste kommunene overfor spesielle utfordringer i arbeidet?
- Hvilken betydning har Opptrappingsplanen for psykisk helse hatt for kommunenes arbeid?

## Data og metode

Undersøkelsen som rapporteres i dette notatet er en kvalitativ studie av det psykiske helsearbeidet i syv norske kommuner. Utvalg av casekommuner er gjort ut fra flere hensyn. Vi har sett det som vesentlig å få med i materialet et knippe kommuner som kan illustrere noe av mangfoldet både i kommunenes *forutsetninger* for å drive psykisk helsearbeid, og i kommunenes *faktiske* implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

*Oversikt over kommunene i det kvalitative materialet*

Kommune	Beliggenhet	Innbyggertall	Politisk organisering	Administrativ organisering	Organisering av psykisk helsearbeid
<b>A</b>	Vestlandet, sentralt	235450	Parlamentarisme med komiteer	Områdemodell	Egen tjeneste i Pleie/ omsorg
<b>B</b>	Østlandet, relativt sentralt	21884	Hovedutvalgsmodell	Virksomheter	Egen tjeneste i Pleie/omsorg
<b>C</b>	Nord-Norge, relativt sentralt	22967	Komitemodell	Resultatenheter	Egen enhet
<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 Rehab.enhet
<b>F</b>	Nord-Norge, mindre sentralt	3136	Utvalg	Virksomheter	I stab hos rådmann
<b>G</b>	Vestlandet, mindre sentralt	2318	Utvalg	Sektororganisering	Integrert i Pleie/ omsorg

Kilder: Kommunenøkkel, intervjuer i kommunene



I studien inngår en by (representert ved en bydel), to relativt store kommuner, en noe mindre kommune og tre ganske små kommuner. Tre av kommunene ligger på Vestlandet, to på Østlandet og to i Nord-Norge. Kommunene varierer også med hensyn til beliggenhet i forhold til regionsentra.

Datamaterialet består av intervjuer med kommunalt ansatte som er (potensielt) relevante i forhold til kommunens psykiske helsearbeid. Da kommunene er ganske ulike i størrelse og organisering, varierer det fra kommune til kommune hvilke stillinger som er valgt ut som informanter. Intervjuene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Til sammen er det gjennomført intervjuer med 46 personer i de syv kommunene.

Casestudiene kan ikke gi noe representativt bilde av situasjonen i norske kommuner. Poenget med casestudiene er først og fremst å få frem kunnskap om hvordan noen kommuner arbeider med Opptrappingsplanen for psykisk helse, og forstå hvilke faktorer som virker inn på arbeidet i disse kommunene. Ut i fra en slik studie er det mulig å peke på noen mekanismer som *kan* gjøre seg gjeldende også i andre kommuner, men vi vil ikke kunne si noe sikkert om utbredelsen av disse mekanismene i norske kommuner generelt.

Noen av kommunene – i likhet med mange kommuner i Norge – har nylig gjennomgått ganske store omorganiseringsprosesser, til dels med omfattende konflikter som resultat. Slike prosesser vil selvsagt prege den informasjonen vi får når vi intervjuer personer som er involvert. Som forskere forsøker vi å ta hensyn til hva slik ”støy” betyr, samtidig som vi er opptatt av å høre hvordan folk faktisk oppfatter situasjonen de er i.

## Sentrale funn

### **Organiseringen av det psykiske helsearbeidet (se kapittel 3, avsnitt 2.2)**

Kommunene som er valgt ut til casestudiene dekker samtlige kommunale hovedmodeller for organisering av psykisk helsearbeid: En av casekommunene har valgt en integrert modell for psykisk helsearbeid, en annen kommune har lagt funksjonen i stab hos rådmannen, mens en tredje kommune har etablert en egen enhet for psykisk helsearbeid. Fire av kommunene har psykisk helsearbeid som en egen tjeneste lagt til en enhet som også omfatter én eller flere andre tjenester.

Studien viser at det kan være ganske store forskjeller mellom kommuner med samme hovedmodell for organisering av det psykiske helsearbeidet. I vårt materiale gjelder dette kommunene som har valgt å ha en egen tjeneste for psykisk helsearbeid innenfor et bredere saksfelt: to er tilknyttet pleie- og omsorgstjenesten, én er i helse og sosial, og én ligger innenfor rehabiliteringstjenesten. To av disse fire kommunene har valgt å ha egen leder for det psykiske helsearbeidet, mens de to andre har en leder med et bredere ansvarsområde.

### **Samsillet mellom kommunenes overordnede organisering og modell for psykisk helsearbeid (se kapittel 3, avsnitt 2.3)**

I likhet med kommunesektoren generelt i Norge, har også de fleste kommunene i vårt utvalg innført såkalt ”flat struktur” med resultatenheter, der antall ledelsesnivåer mellom enhetsledere og rådmann er redusert. Seks av syv kommuner har valgt å implementere det de selv kaller flat struktur, og er i ferd med å gjennomføre, eller har nettopp gjennomført, store endringer. I de seks kommunene som har flat struktur varierer det noe hvor mange ledelsesnivåer som faktisk eksisterer. Fem av kommunene har etablert en struktur med kommunale tjenesteenheter med utstrakt delegasjon av myndighet.

Den største kommunen i utvalget har ikke flat struktur. Kommunen har en områdemodell, det vil si at den er organisert i distrikter (bydeler) som har fått desentralisert både politisk og administrativt ansvar for alle ”myke” tjenester. Distriktet vi har studert er organisert på en tradisjonell måte – i sektorer.

I kommuner med flat struktur og resultatenheter kan det forekomme såkalt enhetsegoisme; at enheter med delegert myndighet velger å la være å samarbeide med andre om å finne optimale faglige løsninger, for eksempel for brukere med sammensatte behov. Kommuner med flat struktur og resultatenheter har derfor et behov for å skape helhet og sammenheng mellom ulike enheter og nivåer i kommunen. Helhet skapes ved å etablere styrings- og koordineringstiltak, enten som felles møtearenaer eller som individuell dialog mellom (et koordinerende) rådmannsnivå og enhetsledere.

I kommunene som er med i denne studien er det stor variasjon når det gjelder eksistensen av samordningstiltak. Én av kommunene skiller seg ut ved å ha etablert enheter som går på tvers av resultatenhetene i kommunen, og som har tydelige koordinerende oppgaver. I to andre kommuner er det lagt opp til at rådmannsnivået kan spille en viktig rolle for samordningen, og dette er supplert med organisatoriske grep for å styrke samarbeid og koordinering. I én av kommunene er det åpenbart at innføringen av flat struktur ikke er fulgt opp med koordinerende tiltak mellom enhetene, noe som bl.a. gir seg utslag i enhetsegoisme og gråsoneproblematikk. I de fleste kommunene med flat struktur spiller rådmannsnivået ikke en slik samordnende rolle som er forutsatt i modellen. Siden rådmannsnivået bare unntaksvis har kompetanse i psykisk helsearbeid og tilgrensende tjenester, skjer det heller ikke faglige avveininger på dette nivået. Når flere av kommunene i undersøkelsen verken har et rådmannsnivå med koordinerende funksjon, eller institusjonaliserte ordninger for koordinering, blir samordningen av det psykiske helsearbeidet på systemnivå ganske mangelfull.

#### **Ledelse av psykisk helsearbeid (se kapittel 3, avsnitt 3.4)**

Blant de syv kommunene i vårt materiale er det fire som har en egen leder for det psykiske helsearbeidet. Dette er de tre største og én av de mindre kommunene. I samtlige av disse kommunene er det knyttet en koordinatorfunksjon til lederposisjonen. De to minste kommunene har ikke verken egen ledelse eller koordinator for dette arbeidet. I tillegg kommer en større kommune som nylig hadde fjernet lederen for det psykiske helsearbeidet i forbindelse med omorganisering. Dermed er det tre av kommunene som har valgt å ikke la det psykiske helsearbeidet ha egen ledelse, men har lagt ledelsen til nivået over: i én kommune ligger ledelsen hos en felles leder for helse- og omsorg, i en annen kommune ligger ledelsen hos rådmannen, og i en tredje kommune – hvor det er en integrert modell – ligger ledelsen i enheten for pleie og omsorg. I de kommunene som har egen ledelse varierer det i hvilken grad lederne har delegert myndighet. Sammenhengen mellom kommunal organisering, modell for psykisk helsearbeid og om det psykiske helsearbeidet har egen ledelse, er altså ikke entydig. Kommuner med like modeller for psykisk helsearbeid, har valgt ulike tilnæringer til spørsmålet om ledelse.

Gjennomgangen av intervjumaterialet tyder på det spiller en rolle om det psykiske helsearbeidet er organisert med egen leder og om det er delegert myndighet til lederen. Det kan se ut som om medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet i kommunene *uten* egen leder har mer usikre rammer rundt sin yrkesutøvelse enn i de andre kommunene. Når det psykiske helsearbeidet ikke har en egen leder blir tilpasning av yrkesutøvelsen til eksterne betingelser og krav den enkelte medarbeiders ansvar. Samtidig har disse medarbeiderne ikke noen formalisert arena for samordning og omforening av praksis. I kommunene uten egen leder er det ingen som kan fungere som buffer mot krav fra kommunalt og statlig nivå, og for eksempel se det som sitt ansvar å trekke ut og presisere oppgaver for det psykiske

helsearbeidet fra offentlige dokumenter. Dermed har det psykiske helsearbeidet i disse kommunene heller ikke noen som ser det som sitt ansvar å tilrettelegge for å gjennomføre det psykiske helsearbeidet på best mulig måte, for eksempel med hensyn på koordinering internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjenesten.

Også kommunen med egen resultatenheter for psykisk helsearbeid, der lederen rapporterer direkte til rådmannen, har ledelsesproblemer. Disse manifesterer seg både i relasjonen mellom enhetslederen og rådmannsnivået, og i relasjonen mellom enhetslederen og de profesjonelle medarbeiderne. Heller ikke i denne kommunen kunne lederen fungere som en buffer mot eksterne krav og forventninger. Kommunen har dessuten problemer med å koordinere på tvers mellom ulike enheter. Det er nokså klart at den opplever enhetsegoisme, og at det eksisterer et gråsonerområde mellom tjenesteenhetene der innbyggere med psykiske problemer risikerer å falle mellom to stoler.

For de kommunene som har en egen leder for egen tjeneste for psykisk helsearbeid integrert i et større tjenesteområde, ser ledelsen ut til å fungere meget godt. Dette gjelder særlig i kommunen der ansvaret for koordinering i form av ansvarsgrupper, individuelle planer og beslutning om å tildele tjenester er løftet ut av tjenestens domene og over i organer med spesiell kompetanse på dette. På denne måten kan ledelsen i det psykiske helsearbeidet konsentrere seg om å legge til rette for gjennomføring av gode tjenester for brukerne. Arbeidet kan konsentreres om interne forhold, og det er utviklet differensierte tiltak for brukerne.

Analysene tyder på at det psykiske helsearbeidet ikke trives særlig godt i den flateste organisasjonsmodellen fordi denne ikke legger til rette for koordinering og for arenaer der profesjonelle medarbeidere kan komme fram til omforente løsninger når tjenesten skal tilpasses nye eksterne krav. Det ser ut til at det er den modellen som både har flere ledelsesnivåer og et forholdsvis topptungt rådmannsnivå som fungerer best. Det er i denne modellen det legges best til rette for å utvikle det psykiske helsearbeidet. Det legges inn flere buffere mot eksterne krav, og dermed skapes en ro i tjenesten som gir bedre betingelser for å utvikle selve tjenesten.

#### **Samordning og samarbeid for voksne innbyggere (se kapittel 4)**

Som vi allerede har drøftet, har seks av syv kommuner som inngår i denne studien organisert sin virksomhet med en flat struktur. Dette innebærer – i hvert fall i prinsippet – at de tjenesteytende enhetene får en mer selvstendig stilling i selve tjenesteproduksjonen, og at antall ledernivåer mellom tjenesteenheten og rådmannen reduseres. En slik organisering forutsetter at det etableres ordninger for koordinering mellom tjenester – enten på rådmannsnivå eller i form av tverrenhetlige grupper i kommuneorganisasjonen.

Kommunene i vårt utvalg har i liten grad etablert slike koordinerende fora på systemnivå, selv om bildet varierer noe. Særlig én av kommunene skiller seg ut ved å ha et sterkt fokus på behovene for samordning; kommunen har både en koordineringstjeneste og en bestillertjeneste som har klart definerte oppgaver i forhold til å samordne tjenester overfor brukere med behov for hjelp fra flere tjenestesteder. Kombinasjonen av en (tilnærmet) ren flat struktur og organisering i egen enhet eller i stab ser ikke ut til å fungere optimalt, i hvert fall så lenge det ikke er etablert koordinerende strukturer på systemnivå i kommunen. Ut fra vårt materiale ser det ut til at samarbeidet knyttet til psykisk helsearbeid på mange måter trives bedre når kommunen ikke har en ren flat struktur, men der arbeidet har en egen leder plassert innenfor en bredere tjeneste. Dette styrker både den vertikale og den horisontale integreringen, ved å ivareta behovet for faglig samordning på ledernivå, behovet for faglig utvikling internt og behovet for å gjøre det psykiske helsearbeidet synlig i kommuneorganisasjonen.

I de minste kommunene skjer mye av samarbeidet og koordineringen uformelt. Dette oppleves å fungere ganske bra, samtidig som prosessene blir svært personavhengige og sårbare.

*Individuelle planer og ansvarsgrupper (se avsnittene 4.2.2 og 4.2.3)*

Det er bare et par av kommunene i utvalget som har kommet i gang med individuelle planer. De andre er ”i startgropa”, har ”nylig startet opp” eller sier at individuelle planer er ”noe de jobber med å få i gang”.

Holdningene til individuelle planer er blandet. Mange informanter mener det er vanskelig å få brukerne til å ønske seg individuell plan, og at dette er en viktig årsak til at arbeidet er kommet så kort. De er ressurskrevende for kommunene å utarbeide individuelle planer, slik at noen mener at de ikke har tid til dette i en travel hverdag. Malen som er gitt oppleves dessuten som svært omfattende og lite tilpasset akkurat deres kommunes behov og situasjon. Mange nevner også at andre- og tredjelinjen i liten grad arbeider med slike planer, og at det er uklart hvem som egentlig har ansvar for å utarbeide individuelle planer.

Ansvarsgrupper rapporteres å være et godt innarbeidet redskap i de fleste av kommunene i studien. I et par av kommunene har de trappet ned bruken av ansvarsgrupper i den senere tid. Noen har dårlige erfaringer med slike grupper, både fordi det kan virke skremmende på brukere med så mange fagfolk til stede, og fordi det oppleves som uheldig at konflikter mellom tjenester og tjenestenivåer av og til utspiller seg med brukere til stede.

*Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet? (Se avsnitt 4.3)*

Sammenliknet med inntrykket som ble gitt i spørreskjemaanalysen (Myrvold 2004), fremstår den kommunale kultursektoren som ganske sterkt medvirkende i det psykiske helsearbeidet i noen av kommunene i casestudien. Kultursektoren involveres først og fremst gjennom kommunenes dagsentervirksomhet, og de kommunene som ikke har et aktivt dagsenter mangler denne tilknytningen til kulturtjenestene. Særlig én av kommunene er et godt eksempel på hvordan dagsentervirksomheten kan gi et bredt tilbud til innbyggerne, ved å ha et godt samarbeid både med kultursektoren og i forhold til frivillige organisasjoner i kommunen. Denne kommunen sier også eksplisitt at de satser på kultur innenfor midlene fra Opptappingsplanen.

Det er interessant å observere legenes posisjon i forhold til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Særlig i de minste kommunene oppleves legene å være helt sentrale, både i henvisningen av brukere til kommunens psykiske helsearbeid og i henvisningene videre til andre- og tredjelinjen. I disse kommunene er fagmiljøet i psykisk helsearbeid gjerne begrenset til en eller to psykiatriske sykepleiere pluss lege, eventuelt også helsesøster. Det nevnes av noen informanter at småkommunene kan bli sårbare, ikke minst fordi liten stabilitet blant legene kan være et problem både innad i kommunen og i kommunikasjonen med andre- og tredjelinjen.

Ellers er det en del informanter som mener at det er mye å hente hos legene når det gjelder samarbeid med andre kommunale tjenester. Mange leger oppleves som vanskelige å få med i tverrfaglige møter og grupper, selv om det her åpenbart er store individuelle variasjoner.

*Interkommunale samarbeid? (Se avsnitt 4.4)*

I casekommunene er det svært lite interkommunalt samarbeid knyttet til det psykiske helsearbeidet. Dette gjelder både fagsamarbeid og tjenestesamarbeid. I den grad det er noe slikt samarbeid, synes det å være de store kommunene som makter å få dette til.

*Samarbeidet med andre- og tredjelinjen*

Samarbeidet med andre- og tredjelinjen går forholdsvis trått, i følge kommunene i studien. Selv om det finnes gode erfaringer, og noen informanter mener at samarbeidet utvikler seg positivt, har informantene mange uheldige erfaringer. Det er først og fremst kommunikasjonen

knyttet til utskrivning av pasienter som oppleves problematisk. Kommunene mener at de får altfor lite informasjon om sine pasienter, slik at de ikke får fulgt dem opp på en god måte når de er hjemme. Enkelte erfaringer som fremkommer i intervjuene tyder på at det kan være vanskelig for andre- og tredjelinjetjenesten å vite hvor i kommunen de skal henvende seg når kommunen ikke har en distinkt tjeneste for psykisk helsearbeid, for eksempel når arbeidet er lagt i stab eller er integrert i en annen tjeneste uten at det har egen leder.

### **Psykisk helsearbeid blant barn og unge (se kapittel 5)**

Ved gjennomgangen av status for Opptappingsplanen i 2002, ble det klart at det var behov for en sterkere satsing på utbyggingen av tilbudet for barn og unge. Oppfatningen var at planen ikke hadde gitt tilstrekkelig fokus på denne gruppen, særlig i kommunene. Det ble lagt inn en forutsetning om at minst 20 prosent av midlene skulle gå til psykisk helsearbeid blant barn og unge.

Studien viser at casekommunene i stor grad ivaretar det psykiske helsearbeidet overfor barn og unge innenfor de etablerte tjenestene. Kommunene har ikke dannet egne organisasjonsmessige strukturer rundt dette arbeidet. Det psykiske helsearbeidet er i hovedsak forankret i helsesøstrenes arbeid i skolene og ved helsestasjon for ungdom. Felles for kommunene er at psykisk helsearbeid for barn og unge tidligere ikke har vært så lett å identifisere som eget arbeidsfelt, men at det nå oppleves økt interesse for og oppmerksomhet rundt arbeidet.

I de kommunene vi har studert er det få faglige og organisatoriske koplinger mellom det psykiske helsearbeidet for barn og unge og arbeidet for voksne. Med unntak av én kommune er det stort sett ulike kommunale enheter og ulike personer som ivaretar arbeidet for de forskjellige aldersgruppene. I de fleste kommunene har det vært lite eller ikke noe samarbeid mellom de som ivaretar behovene til de to gruppene.

#### *Sterkere fokus på "barnepsykiatri" (Se avsnitt 5.2)*

Flere kommuner rapporterer at det klare skillet mellom "voksenpsykiatri" og barnepsykiatri" er i ferd med å endre seg noe nå. Dette skyldes dels den sterkere fokuseringen av tiltak for barn og unge i revideringen av Opptappingsplanen, fordi kommunene må tenke mer eksplisitt rundt det tilbudet de gir yngre innbyggere for å få midler. Dels skyldes den økte oppmerksomheten mot dette feltet at kommuner velger å gjøre endringer i det psykiske helsearbeidets organisasjonsmessige tilknytning. Kommuner som tidligere har hatt psykisk helsearbeid organisert under pleie og omsorg – som de rapporterer at gir fokus på eldre kronikere – opplever at tilbudet synliggjøres overfor yngre grupper når de endrer organiseringen.

Forutsetningen om at 20 prosent av midlene fra Opptappingsplanen skal brukes til tiltak for yngre innbyggere har "tvunget" mange kommuner til å prioritere annerledes. Da intervjuene ble gjennomført var satsingen relativt ny, og ikke alle hadde kommet i gang med å implementere tiltakene. Men gitt kommunenes generelt anstrengte økonomi, opplyser flere av informantene at de øremerkede pengene fra Opptappingsplanen er en helt nødvendig forutsetning for å få satt i gang arbeidet.

#### *Tiltak for barn og unge (se avsnitt 5.3)*

Av våre syv kommuner er det bare én kommune som ikke har etablert eller planlagt nye tiltak for å styrke eller sikre barn og unges psykiske helse. Dette er en liten kommune i Nord-Norge som opplever kutt i allerede ganske magre stillingsressurser. Helsesøstrene uttrykker en viss fortvilelse over situasjonen.

Flere av informantene peker på at det kan være problematisk å få gjennomslag for å prioritere forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge. Dette skyldes dels at forebyggende arbeid

i seg selv er lite synlig og vanskelig å måle. Verken enkeltpersoner eller pressgrupper gjør anskrik hvis tilbudet uteblir. En annen grunn som nevnes til at forebyggende arbeid er vanskelig å realisere er at kapasitetsmangel i andrelinjen betyr at kommunene må drive mye behandling. Pasienter blir utskrevet fra andrelinjen uten at de er ferdigbehandlet, slik at kommunen må bruke de ressursene de har til å forsøke å gi disse et tilbud. Likeledes hevder flere av informantene at ventetiden på behandling i BUP er så lang at kommunen må drive behandling av barn og unge mens de venter på å komme inn. Presset i andrelinjen gir med andre ord ringvirkninger i kommunene, som synes de må prioritere ”brannslukking” fremfor forebygging for barn og unge.

I et flertall av kommunene er det helsesøstertjenesten som er styrket med midler fra Opptrappingsplanen. Helsesøstrene som er intervjuet i forbindelse med casestudien gir imidlertid klart uttrykk for at de trenger et nært samarbeid med skolene og legene for å få til et effektivt og godt tilbud til barn og unge i skolealder.

#### *Samarbeidet med skolen og PPT (se avsnitt 5.4)*

Bidrar Opptrappingsplanen til at lærerne – som arbeider nærmest barna i hverdagen – står bedre rustet til å håndtere problemstillinger knyttet til barnas psykiske helse? Ut fra våre inntrykk fra casestudien er svaret på dette spørsmålet et klart nei, selv om det er forskjeller mellom kommuner på dette området. Forskjellene skyldes dels at kommunene har ulike ressurser å sette inn (eller opplever at de har det), dels at de har valgt ulike organiseringer av samhandlingen mellom skolehelsetjenesten og lærerne, og dels at personlig engasjement blant helsesøstre og lærere varierer. Vi må imidlertid ta forbehold om at vi ikke har intervjuet lærere om disse spørsmålene.

Inntrykket fra intervjuene er at helsesektoren og undervisningssektoren i mange kommuner utgjør relativt separate verdener. Helsesøstrene har sine oppgaver på skolen, og lærerne sine. Begge relaterer seg til elevene, men ofte i mindre grad til hverandre. Dette betyr ikke at lærerne er uinteressert i spørsmål knyttet til psykisk helse, men det ser ut til å være få kommuner som makter å bruke helsesøsterens kompetanse til å styrke lærernes kunnskaper om psykisk helse hos barn og unge. Samtidig vil nettopp en slik bruk av skolehelsetjenestens ressurser kunne bidra til at problemer forebygges eller fanges opp tidlig.

Tradisjonelt har lærerne forholdt seg til Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) ved problemer relatert til psykisk helse hos elevene. I de fleste kommuner har PPT hatt et klart fokus på lærevansker og problemer i selve læringssituasjonen, ikke på psykisk helse mer generelt. Noe av dette kan kanskje bunne i at PPT domineres av spesialpedagoger. Dette kan også være en årsak til at lærerne finner det mer naturlig å forhold seg til PPT – en felles pedagogisk bakgrunn gir større forståelse mellom de to tjenestene. Et par av kommunene som inngår i studien har begynt å tenke nytt når det gjelder PPT, noe som ser ut til å ha åpnet tjenesten for et bredere tilfang av problemstillinger.

#### *Samarbeidet med legene (se avsnitt 5.4)*

Legene utgjør en helt sentral yrkesgruppe, særlig for barn og unge med mer alvorlige lidelser, fordi de kan henvise videre til andrelinjetjenesten. De aller fleste informantene er opptatt av at legene stort sett ikke deltar i tverrfaglig arbeid. En av kommunene opplever at det er et problem at den tradisjonelle skolelegen er borte. Nå er det kommunelegen som fungerer som skolelege, men han er ikke til stede på skolene. Kommunelegen henviser ikke, og han skal heller ikke ha kontakt med brukere. Tidligere kunne skolelegen skrive ut henvisning hvis det var behov for behandling etc. Dette er ikke lenger mulig, slik at helsesøster nå må be foreldrene ta barna med til fastlegen for å få dem videre i systemet. Helsesøstrene synes dette blir usikkert og tungvint, og mener at de har liten oversikt over hva som skjer med barn de mener har behov for hjelp.

### *Samarbeidet med andrelinjen (se avsnitt 5.5)*

Kommunenes oppgaver i forhold til barn og unges psykiske helse er i all hovedsak av primær- og sekundærforebyggende art. For å kunne gi et godt tilbud til barn og unge med større problemer, må det derfor være et nært samarbeid mellom kommunen og andrelinjen, først og fremst BUP.

I den kvantitative undersøkelsen fant vi at omtrent seks av ti kommuner vurderer barn og unges tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester (Myrvold 2004:100). Også i casestudien rapporterer mange av informantene at lang ventetid ved BUP skaper problemer, ved at kommunen etter beste evne må ta seg av situasjoner som den ikke har kompetanse på. Dette oppleves særlig som et problem i de minste kommunene, som har svært begrenset tilgang på spesialisert kompetanse internt i kommunen. I flere kommuner ser informantene det som et alvorlig problem at de sliter med å etablere gode kommunikasjonsrutiner overfor andrelinjen, for eksempel ved utskrivning av pasienter fra BUP.

### *Bruk av individuelle planer for barn og unge (se avsnitt 5.6)*

Det er svært få kommuner som har kommet i gang med å utvikle individuelle planer for barn og unge med psykiske lidelser, til tross for at det hevdes at det er denne gruppen av brukere – ved sine foresatte – som krever slike planer.

## Konklusjoner

Med bakgrunn i analysene av intervjumaterialet fra de syv casekommunene, gir vi i dette avsnittet kortfattede svar på de spørsmålene som ble stilt innledningsvis.

### **Hvordan arter modellene for organisering av psykisk helsearbeid seg i praksis? Har organisasjonsform betydning for det psykiske helsearbeidet? Hvilken betydning har ledelsen av arbeidet?**

Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sitt psykiske helsearbeid. Også innenfor samme hovedmodell er det store variasjoner, både når det gjelder det psykiske helsearbeidets tilknytning til andre tjenester, grad av delegering og ledelse av arbeidet. Organiseringsform har betydning for arbeidets fokus (målgrupper) og for det psykiske helsearbeidets status i kommunen. Sterk integrering i pleie og omsorg betyr gjerne fokus på eldre og noe lettere lidelser. Mer definerte enheter kan gi noe sterkere fokus på yngre og tynge brukere.

Svært mange kommuner har de siste årene organisert sin virksomhet med en flat struktur, dvs. at tjenesteproduksjonen skjer i avgrensede (resultat)enheter, der antall ledernivåer mellom enhetene og rådmannsnivået er redusert. Våre analyser tyder på at det psykiske helsearbeidet har bedre vilkår i kommuner der det har en egen faglig leder, gjerne plassert innenfor en større enhet med andre relaterte tjenester. Modellen der koordinerende oppgaver er lagt til egne enheter på rådmannsnivå, synes særlig gunstig. Det psykiske helsearbeidet ser ut til å fungere best når:

- lederen har økonomisk ansvar, med forutsigbare rammer, slik at hun slipper å bruke en stor del av sin tid på kommunikasjon oppover i systemet, og slik at
- lederen i hovedsak kan konsentrere sitt arbeid om lederskapsoppgaver knyttet til utviklingen av et godt tjenestetilbud, og der
- den enkelte medarbeider slipper å foreta tilpasninger i forhold til eksterne krav, for eksempel knyttet til økonomiske innstramninger

### **Hvordan trekkes ulike aktører og tjenester med i det psykiske helsearbeidet for å skape et bredt tilbud til innbyggerne? Hvordan fungerer samarbeidet mellom tjenestene?**

Klare institusjonelle strukturer knyttet til ledelse og koordinering medfører et sterkere fokus på samarbeid og samordning, både internt og eksternt. Et fåtall kommuner får dette til på en god måte. For noen kommuner med utpreget flat struktur, blir koordineringsoppgavene særlig tunge, og manglende institusjonalisert samordning kan gi "enhetsegoisme."

Kommunene varierer betydelig mht. bredden i tilbudet. Dette skyldes både kommunestørrelse og organiseringen av arbeidet. Noen kommuner skaper et bredt aktivitetstilbud ved et godt samarbeid med bl.a. kulturetaten og frivillige organisasjoner gjennom dagsentervirksomheten. Tilbudet i de mindre kommunene er svært begrenset.

Legene sees som en viktig del av kommunenes psykiske helsearbeid, spesielt i de mindre kommunene der fagmiljøet er svært lite. Samtidig rapporteres det at de fleste legene er lite villige til å jobbe tverrfaglig og bidra til samordning. Dette gjelder både for voksne og for barn/unge. Mange helsesøstre opplever at de er helt prisgitt legene når det gjelder å få behandling for barn og unge, og at situasjonen blir særlig vanskelig når skolelegen ikke lenger er tilgjengelig på skolene og kan henvise barna videre.

### **Hvor er det psykiske helsearbeidet for barn og unge forankret? I hvilken grad satser kommunene på slikt arbeid, og hvilke typer tiltak satser de på?**

De fleste kommunene har hatt liten oppmerksomhet knyttet til barn og unge. Arbeidet for denne gruppen har hatt uklar forankring, og i liten grad blitt sett i sammenheng med det psykiske helsearbeidet ellers i kommunen. Opptrappingsplanens krav om at 20 prosent av kommunens midler skal benyttes til tiltak for barn og unge har medført et styrket fokus på denne gruppen i flere av kommunene, men arbeidet er i startfasen. Ellers rapporterer mange kommuner (særlig de litt større) økt belastning knyttet til ADHD-problematikk, yngre brukere og rus/psykiatri.

Blant kommunene i utvalget er det én kommune som – ganske nylig – eksplisitt har lagt ansvaret for barn og unge til "psykiatritjenesten." Ellers er det stort sett helsesøstertjenesten som er forankringspunkt for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Det varierer imidlertid hvor klart dette forankringspunktet er definert i den enkelte kommune, og hvor eksplisitt det satses på utbygging av tilbudet til barn og unge. En av kommunene har skåret kraftig ned på helsesøsterstillinger den senere tid, noe som har svekket mulighetene for oppfølging av barnas psykiske helse. I de andre kommunene varierer det hvilke typer tiltak Opptrappingsmidlene finansierer – fra styrking av helsesøstertjenesten til utvikling av ulike typer kultur- og fritidstilbud.

I mange kommuner er det psykiske helsearbeidet for barn og unge ganske løst koplet til skolene og PPT, noe som kan skyldes et tradisjonelt skille mellom helsearbeid på den ene side og pedagogikk på den annen. Det er langt på vei opp til den enkelte helsesøster om hun vil bruke sin kompetanse på å undervise lærere om problemstillinger knyttet til barnas psykiske helse.

### **Hvordan arbeider kommunene med individuelle planer for innbyggere med psykiske lidelser? Hvilke forhold er av betydning for arbeidet?**

Så å si alle kommunene er i startfasen mht. arbeidet med individuell plan. En av årsakene til at arbeidet går tregt i mange kommuner kan være at motivasjonen for å utvikle individuelle planer mangler. Mange opplever det som problematisk at brukerne ofte ikke selv ønsker individuell plan, og at det er vanskelig å få med andrelinjen i dette arbeidet.



Det er svært få kommuner som har kommet i gang med å utvikle individuelle planer for barn og unge med psykiske lidelser, til tross for at det hevdes at det er denne gruppen – ved sine foresatte – som krever slike planer

### **Hvordan fungerer samarbeidet med andre- og tredjelinjen?**

Samarbeidet med DPS, BUP og sykehusene vurderes ganske forskjellig i ulike kommuner. Kapasitetsproblemer i DPS og BUP sees generelt som et problem, men også kommunikasjonen, særlig knyttet til utskrivninger, oppleves som vanskelig. I kommuner uten klar forankring av lederansvaret for psykisk helse, kan det oppstå usikkerhet knyttet til hvem andre- og tredjelinjen skal kontakte i kommunen. Det hersker stor forvirring rundt hvem i kommunen som får informasjon fra andre- og tredjelinjen, og hvordan denne informasjonen kan tilflyte de relevante tjenestene internt i kommunen. Inntrykket er at en del informasjon går *innen* yrkesgruppene: leger i andrelinjen snakker med leger i kommunen, sykepleiere med sykepleiere, sosionomer med sosionomer, men at det ikke oppleves å være noen klare retningslinjer for hvordan denne kommunikasjonen skal skje.

### **Hvordan takler de minste kommunene opptrappingen av det psykiske helsearbeidet? Står de minste kommunene overfor spesielle utfordringer i arbeidet?**

I utvalget har de minste kommunene drøyt 2000 innbyggere. Det er betydelig variasjon mellom de små kommunene som inngår i materialet, bl.a. pga. forskjeller i økonomiske og geografiske forutsetninger. Generelt gjelder det at småkommunenes psykiske helsearbeid er sårbart og personavhengig. Kommunikasjon, informasjon og samarbeid skjer gjerne muntlig og uformelt. Tjenestene mangler bredde i tiltakene, først og fremst når det gjelder fritids- og sosiale tiltak. Det er svært lite samarbeid med andre kommuner.

I små kommuner vil befolkningsgrunnlaget ofte være for lite til at det er hensiktsmessig å etablere egen tjenesteenhet for psykisk helsearbeid. Løsningen med å legge dette arbeidet i stab hos rådmannen forutsetter stor klarhet i ledelsesoppgavene på rådmannsnivået.

### **Hvilken betydning har Opptrappingsplanen for psykisk helse hatt for kommunenes arbeid?**

Opptrappingsplanen oppleves å gi økt fokus på psykisk helsearbeid i kommunene. Planen bidrar til høyere status og legitimitet for arbeidet, selv om enkelte kommuner må kutte også her. Særlig i de minste kommunene har midlene bidratt til å bygge opp nye tjenester.

Men utviklingen av det kommunale psykiske helsearbeidet preges av to viktige trekk i kommunene: stram økonomi og innføring av flat struktur. Økonomiske innstramminger oppleves å virke begrensende på samarbeidet mellom tjenester innad i noen av kommunene. Flat struktur svekker den faglige styringen, og fører i en del tilfeller til fragmentering av tjenestetilbudet og manglende koordinering mellom tjenester, selv om Opptrappingsmidlene i seg selv bidrar til klar styrking av tjenestefeltet. Mange kommuners psykiske helsearbeid er under omorganisering, for noen innebærer dette store og ressurskrevende konflikter.

## **Anbefalinger**

På bakgrunn av foreliggende analyser er det mulig å komme med noen anbefalinger til de sentrale helsemyndighetene knyttet til den videre utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Kommuneloven av 1992 gir imidlertid kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet som de selv ønsker. Dette setter klare begrensninger på hvilke krav som kan settes til kommunene når det gjelder organisering. Heller enn å gi helt konkrete anvisninger på

hvordan de observerte problemene kan løses, velger vi derfor å peke på noen utfordringer for kommunenes psykiske helsearbeid.

### **Organisering og koordinering**

Hva som er den mest hensiktsmessige organiseringen av det psykiske helsearbeidet vil avhenge av folketallet i kommunen og av kommunens økonomiske situasjon. Mange kommuner er i ferd med å organisere hele sin virksomhet med såkalt flat struktur, noe som er viktig å ta hensyn til i organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Samtidig er det psykiske helsearbeidet i en oppbyggingsfase i de fleste kommunene, og arbeidet har behov for å konsolidere seg både internt i tjenesten og i forhold til andre kommunale tjenester. Vi vil peke på enkelte momenter som vi tror er viktige i denne fasen:

- Det er viktig med en klar adresse for psykisk helsearbeid – både for brukere og pårørende, for instanser utenfor kommunen (bl.a. andrelinjen) og for andre tjenester internt i kommunen. En mulighet er å anbefale eller kreve at alle kommuner har en koordinator eller leder for det psykiske helsearbeidet.
- Det bør skapes institusjonaliserte ordninger for koordinering av tjenester i hver kommune, både for å sikre et bredt og samordnet tjenestetilbud og for å avhjelpe situasjoner med ”enhetsegoisme”.
- Det er en forutsetning for utvikling av gode tjenester i kommunene at det skapes rimelig ro og enighet omkring den enkelte medarbeiders arbeidssituasjon og oppgaver. Lederskap og ansvarsforhold bør derfor være avklart, også i forhold til hva som skal skje i en krisesituasjon.
- Det bør utredes nærmere hvordan en kan få fastlegene til å ta større ansvar knyttet til tverrfaglig samarbeid om tjenester for innbyggere med psykiske problemer.
- Ansvaret for å utarbeide individuelle planer må forankres klarere. Det synes også å være behov for ytterligere holdningsskapende arbeid i kommunene, ikke minst knyttet til hvordan brukere kan motiveres til å se nytten ved individuell plan. Mange ser malen for utarbeidelse av individuelle planer som lite hensiktsmessig. En anvisning på hvordan planer kan tilpasses den enkelt kommune på en ikke altfor ressurskrevende måte, kan være en vei å gå.

### **Samarbeidet mellom kommunene og andrelinjen**

Det hersker betydelig forvirring i kommunene omkring informasjonsflyten mellom andrelinjen og kommunen. Det bør skje en klargjøring av hvordan – til hvem og i hvilke situasjoner – informasjon skal gis, og hvordan den kan spres til relevante kommunale tjenester.

### **Barn og unge**

Når det gjelder kommunenes psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge, vil vi peke på følgende momenter:

- Hvis en ønsker å holde et sterkt fokus på utviklingen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge, vil det være hensiktsmessig å beholde øremerkingen av midler til denne gruppen. Dette kan særlig være viktig når kommunene føler at økonomien er svært presset, og når det psykiske helsearbeidet er i en oppbyggings- og konsolideringsfase.
- Det er viktig at kommunene forankrer det psykiske helsearbeidet for barn og unge på en klar og entydig måte.
- Det er viktig å øke lærernes kompetanse på psykisk helsearbeid, både når det gjelder å fange opp symptomer og faresignaler på et tidlig stadium, og med hensyn til hvor det er

---

mulig å henvende seg for å få hjelp. Dette kan for eksempel gjøres ved å la helsesøstre ha en mer aktiv rolle i forhold til å gi kurs og informasjon til lærere.

### **Småkommunenes tjenestetilbud**

Omtrent en tredel av alle norske kommuner har mindre enn 3000 innbyggere. Småkommunene er på mange måter sårbare i sin tjenesteproduksjon, selv om det også kan være fordeler knyttet til små forhold. Vi vil understreke følgende:

- Småkommunene kan oppmuntres til interkommunalt samarbeid og samarbeid med frivillige organisasjoner i nærmiljøet, spesielt for å skape et bredere fritids- og aktivitetstilbud til innbyggere med psykiske problemer.
- Økt vektlegging av skriftlighet i informasjon og samhandling kan bidra til å gjøre småkommunenes psykiske helsearbeid mindre personavhengig, og derved mindre sårbart for sykdom, fravær, etc.
- Spesialisthelsetjenesten bør følge opp småkommunene med mer systematisk veiledning.

# 1 Innledning

## 1.1 Innledning

Dette notatet er en del av rapporteringen fra prosjektet "Evaluering av Opptappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid." Prosjektet løper over en syvårsperiode, og består både av en spørreskjemaundersøkelse til kommunene som gjennomføres i tre runder, og av to omganger med casestudier. Analysen av data fra første runde av spørreskjemaundersøkelsen er rapportert tidligere (Myrvold 2004). I dette notatet analyseres informasjon innhentet i første omgang av casestudien, og består av intervjuer med informanter fra syv norske kommuner. Det er de samme hovedproblemstillingene som belyses i den kvantitative og den kvalitative delen av prosjektet. Den kvalitative analysen gir imidlertid en mulighet til å gå nærmere inn på noen spørsmål som de kvantitative dataene vanskelig kan gi svar på. På denne måten kan de to metodiske innfallsvinklene utfylle hverandre, og til sammen gi dypere innsikt i hvilke utfordringer og løsningsmekanismer som eksisterer i kommunene psykiske helsearbeid.

Prosjektet fokuserer på kommunenes implementering av Opptappingsplanen for psykisk helse, med særlig vekt på *organiseringen* av ulike tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet. Prosjektet evaluerer hvordan Opptappingsplanen fortolkes og iverksettes av kommunene, i forhold til intensjonene i Opptappingsplanen. Evalueringen legger opp til å gi et bredt bilde av hvordan Opptappingsplanen implementeres på kommunalt nivå, snarere enn en mer spesifikk evaluering av enkelttiltak eller -virkemidler innenfor planen.

## 1.2 Opptappingsplanens mål: et helhetlig og integrert tjenestetilbud

Opptappingsplanen for psykisk helse har som mål å bedre samordningen og samarbeidet i det psykiske helsearbeidet: "Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus" (St.prp.nr. 63 (1997-98)). Et helhetlig tilbud innebærer at kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet utvides, og at tjenestetilbudet til innbyggere med problemer relatert til psykisk helse blir bredere. Behovet for bolig, meningsfylt aktivitet, sosial omgang og kulturell og åndelig stimulans nevnes eksplisitt i Opptappingsplanen.

Med flere tjenester involvert i det psykiske helsearbeidet øker også behovet for at de ulike tjenestene samordnes og samarbeider. Samordningen må skje både mellom kommunale tjenesteenheter og mellom kommunale tjenester og tjenester fra relevante statlige instanser. Opptappingsplanens vektlegging av helhet og integrering innebærer derfor:

- Økt *bredde* i tilbudet – flere typer tjenester fra flere sektorer

- Økt *samordning* mellom tjenestene, og mellom tjenester fra ulike forvaltningsnivåer

Med utgangspunkt i intervjuer i de syv casekommunene belyser notatet disse to elementene i det kommunale psykiske helsearbeidet. Notatet søker å besvare følgende spørsmål:

- Hvordan arter de ulike hovedformene for organisering av psykisk helsearbeid seg i praksis? Har organisasjonsform betydning for det psykiske helsearbeidet? Er det av betydning hvilken tjeneste det psykiske helsearbeidet er organisert sammen med? Hvilken betydning har ledelsen av arbeidet for hvordan det psykiske helsearbeidet fungerer?
- Hvordan trekkes ulike aktører og tjenester med i det psykiske helsearbeidet for å skape et bredt tilbud til innbyggerne? Hvordan fungerer samarbeidet mellom tjenestene? Hva ser ut til å være årsaker til variasjon mellom kommuner?
- Hvor i kommuneorganisasjonen er det psykiske helsearbeidet for barn og unge forankret? I hvilken grad satser kommunene på slikt arbeid, og hvilke typer tiltak satser de på? Hvilke tjenester trekkes med i arbeidet?
- Hvordan arbeider kommunene med individuelle planer for innbyggere med psykiske lidelser? Hvilke forhold er av betydning for arbeidet?
- Hvordan fungerer samarbeidet med andre- og tredjelinjen?
- Hvordan takler de minste kommunene opptrappingen av det psykiske helsearbeidet? Står de minste kommunene overfor spesielle utfordringer i arbeidet?
- Hvilken betydning har Opptrappingsplanen for psykisk helse hatt for kommunenes arbeid?

### 1.3 Disposisjonen for rapporten

Notatet er relativt beskrivende i formen. Særlig i kapittel 3 er det lagt vekt på å beskrive ulike organisatoriske løsninger for psykisk helsearbeid i kommunene. Kapittel 4 studerer hvordan kommunene søker å samordne tjenester for innbyggere med psykiske problemer, og hvordan ansatte i kommunene mener samarbeidet fungerer. I kapittel 5 ser vi nærmere på arbeidet for barn og unge. Det er lagt vekt på å knytte observasjonene fra det kvalitative materialet til funnene gjort i analysen av spørreskjemadataene. Hvert av kapitlene innledes derfor med en oppsummering av relevante tall fra den kvantitative undersøkelsen, hentet fra rapporten ”Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering” (Myrvold 2004).

Aller først gir vi en redegjørelse for datamaterialet studien bygger på, hvordan utvalget av kommuner er foretatt, og hvilke slutninger vi kan trekke av analysen.

## 2 Datamateriale og metode

### 2.1 Hensikten med casestudiene

Hensikten med casestudiene er å få et skarpere bilde av hvordan kommunene arbeider med Opptrappingsplanen, hvordan de organiserer det psykiske helsearbeidet og hvilke faktorer som virker stimulerende eller hemmende på arbeidet. I tråd med problemstillingen i prosjektet er det lagt særlig vekt på organiseringen av arbeidet, spesielt på om tjenestene knyttet til psykisk helse ytes gjennom kommunens 'ordinære' tjenesteapparat eller om de ytes gjennom en særskilt enhet eller tjeneste. Kommunenes evne til å gi et bredt, helhetlig og samordnet tilbud er også vektlagt. Vi har derfor forsøkt å kartlegge hvilke tjenester som er involvert i det psykiske helsearbeidet, og hvilke tilbud som gis brukerne av tjenestene.

Vi har i det prosjektet som rapporteres her ikke sett på brukernes involvering i og vurdering av de kommunale tjenestene. Disse problemstillingene er behandlet i andre NIBR-prosjekter knyttet til evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Marit Helgesen benytter intervju materiale fra de samme kommunene som utgangspunkt for sin analyse av brukerinvolvering i psykisk helsearbeid (Helgesen 2004). Fire av kommunene har også vært utgangspunkt for trekking av et utvalg brukere (voksne, barn/unge og pårørende) som er intervjuet i Sverdrups prosjekt om brukernes vurdering av tjenestetilbud og medvirkning (Sverdrup et.al, kommer mai 2005).

### 2.2 Datamaterialet

Denne undersøkelsen er en kvalitativ studie av det psykiske helsearbeidet i syv norske kommuner. Datamaterialet består av intervjuer med kommunalt ansatte som er (potensielt) relevante i forhold til kommunens psykiske helsearbeid. Da kommunene er ganske ulike i størrelse og organisering, varierer det fra kommune til kommune hvilke stillinger som er valgt ut som informanter. Av hensyn til informantene og kommunene, har vi valgt å anonymisere dataene.

#### 2.2.1 Prinsipper for valg av kommuner

Utvalg av casekommuner er gjort ut fra flere hensyn. Det er viktig å påpeke at resultater fra en studie av syv kommuner ikke kan benyttes til å generalisere til samtlige norske kommuner. Problemstillingene som skal belyses er mange og vide. Vi har derfor sett det som vesentlig å få med i materialet et knippe kommuner som kan illustrere noe av mangfoldet både i kommunenes *forutsetninger* for å drive psykisk helsearbeid, og i kommunenes *faktiske* implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I utvalget av kommuner har det vært særlig viktig å inkludere kommuner av ulik størrelse. Nesten 60 prosent av norske kommuner har under 5000 innbyggere, og en tredel av kommunene har under 3000 innbyggere. Det er grunn til å tro at betingelsene for implementering av Opptrappingsplanen er svært forskjellig i store og små kommuner. Mens små kommuner ofte sliter med rekruttering av fagpersoner, spesielt spisskompetent arbeidskraft, står de kanskje bedre stilt enn store kommuner når det gjelder samordning av ulike tjenester overfor brukergruppene.

Kommunenes økonomiske situasjon vil også kunne influere på deres evne til å realisere intensjonene i Opptrappingsplanen. Av den grunn har vi stort sett valgt å utelate de aller rikeste og de aller fattigste kommunene i hver størrelsesgruppe.

Kommunenes geografiske plassering, sentralt eller perifert, har tidligere vist seg å være av betydning, både når det gjelder iverksettingen av sentrale/statlige planer og når det gjelder muligheten for å rekruttere fagpersonell til kommunen (Hovik og Myrvold 2001). Sentralitet kan forstås på to måter: plassering i forhold til 'staten' – hovedstaden – og plassering i forhold til regionale sentra/større byer. Vi har derfor inkludert to nordnorske kommuner i studien, samtidig som utvalget ellers varierer mht. beliggenhet i forhold til regionale sentra.

Sentralitet i forbindelse med studiet av psykisk helse kan imidlertid også ha en annen betydning: Kommunens beliggenhet i forhold til et distriktspsykiatrisk senter (DPS) eller en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Avstanden til slike sentra kan ha betydning for hvordan kommunen 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. Ambulerende DPS/BUP-team kan kanskje motvirke forskjeller i kommunenes tilgang på spesialisttjenester, men dette vil være et empirisk spørsmål som skal belyses i analysene. I utvalget har vi derfor tatt med kommuner med ulik reiseavstand til spesialisthelsetjenester innen psykiatri.

Den nye kommuneloven fra 1992 ga kommunene stor frihet til selv å velge hvordan de organiserer sin virksomhet. Dette har ført til en utvikling i retning av et variert spekter av organisatoriske løsninger. Hovedtendensen har vært at mange kommuner har lagt om den tradisjonelle hovedutvalgsmodellen – med politisk sammensatte utvalg med selvstendig beslutningsmyndighet – til en modell med komiteer eller utvalg uten (eller med svært begrenset) beslutningsmyndighet. En del kommuner har også valgt å avskaffe sektorutvalgene og heller danne bredere utvalg, der flere politikkområder sees i sammenheng. I forbindelse med implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, vil overordnet organisasjonsmodell kunne ha betydning for kommunenes arbeid med psykisk helse, kanskje særlig for evnen til å samordne ulike tjenester overfor brukerne.

Gjennom spørreskjemaundersøkelsen gjennomført i en tidligere fase av prosjektet (Myrvold 2004), har vi opplysninger om hvilken hovedmodell den enkelte kommune har valgt for organiseringen av eget psykisk helsearbeid. Fordi en viktig hensikt med prosjektet er å studere hvordan ulike modeller fungerer i praksis, har vi i utvalget av kommuner sørget for variasjon i organisasjonsmodell. Seks av kommunene ble valgt ut med bakgrunn i deltakelse i spørreskjemaundersøkelsen. Den siste kommunen – kommune E – er valgt på grunnlag av kunnskap bl.a. om kommunens psykiske helsearbeid. Kommunen har god økonomi og har lang tradisjon for å drive slikt arbeid. Kommunen er forholdsvis liten og ligger et stykke fra nærmeste store kommune.

## 2.2.2 Casekommunene

Tabell 1.1 gir en oversikt over kommunene som inngår i casestudien.

Tabell 1.1 *Oversikt over kommunene i det kvalitative materialet*

<b>Kommune</b>	<b>Beliggenhet</b>	<b>Innbyggertall</b>	<b>Politisk organisering</b>	<b>Administrativ organisering</b>	<b>Organisering av psykisk helsearbeid</b>
<b>A<sup>1</sup></b>	Vestlandet, sentralt	235450	Parlamentarisme med komiteer	Områdemodell	Egen tjeneste i Pleie/ omsorg
<b>B</b>	Østlandet, relativt sentralt	21884	Hovedutvalgsmodell	Virksomheter	Egen tjeneste i Pleie/ omsorg
<b>C</b>	Nord-Norge, relativt sentralt	22967	Komitemodell	Resultatenheter	Egen enhet
<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 Rehab.enhet
<b>F</b>	Nord-Norge, mindre sentralt	3136	Utvalg	Virksomheter	I stab hos rådmann
<b>G</b>	Vestlandet, mindre sentralt	2318	Utvalg	Sektororganisering	Integrert i Pleie/ omsorg

Kilder: Kommunenøkkelen, intervjuer i kommunene

Som Tabell 1.1 viser, varierer kommunene med hensyn til politisk og administrativ organisering. Hele seks av syv kommuner mener selv at de har det som kalles en flat administrativ struktur. Også den minste, sektororganiserte kommunen, har en slik flat struktur. De utvalgte kommunene viser stor variasjon når det gjelder organiseringen av det psykiske helsearbeidet. De fem største kommunene har alle en egen tjeneste eller enhet for psykisk helsearbeid – selv om det varierer hvor klart definert denne enheten er og hvordan den er ledet. Fire av disse kommunene har organisert arbeidet som en tjeneste innenfor rammene av et større tjenesteområde: to innenfor pleie- og omsorg, en innenfor helse og sosial, og en innenfor en forholdsvis nyetablert rehabiliteringsavdeling. Det er bare den minste kommunen som har sitt psykiske helsearbeid integrert i pleie- og omsorgstjenesten.

### 2.2.3 Intervjuene

På grunn av ulikheter i kommunenes organisering, som innebærer at informantene har litt forskjellige ansvarsområder og arbeidsoppgaver, har det vært hensiktsmessig med et fleksibelt opplegg for intervjuene. Intervjuene i kommunene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det er utarbeidet intervjuguider der det er bestemt hvilke temaer som skal belyses, og der noen spørsmål er faste for alle informantene. Samtidig gir et slikt opplegg rike muligheter for å stille oppfølgingsspørsmål tilpasset den enkelte kommune og den enkelte informant.

Informantene sitter i ulike posisjoner. Mange av dem arbeider i tilknytning til helsetjenesten (både klinikere og administrativt ansatte): leger, sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, helsesøstre og vernepleiere/ hjelpepleiere. I tillegg har vi intervjuet barnevernspedagoger, sosionomer og ergoterapeuter/miljøarbeidere (se Helgesen 2004:18 for nærmere beskrivelse av

<sup>1</sup> For denne kommunen dekker casestudien en bydel



---

informantenes utdanningsbakgrunn). Til sammen er det gjennomført intervjuer med 46 personer i de syv kommunene.

## 2.3 Mulighetene for å generalisere

Casestudiene kan ikke gi noe representativt bilde av situasjonen i norske kommuner. Det er heller ikke meningen. Poenget med casestudiene er først og fremst å få frem kunnskap om hvordan noen kommuner arbeider med Opptrappingsplanen for psykisk helse, og forstå hvilke faktorer som virker inn på arbeidet i disse kommunene. Ut i fra en slik studie er det mulig å peke på noen mekanismer som kan gjøre seg gjeldende i kommunene, men vi vil ikke kunne si noe sikkert om utbredelsen av disse mekanismene i norske kommuner generelt.

Nytten av case-undersøkelser er ofte helt avhengig av intervjuobjektens informasjonsverdi. I denne studien er vi til dels ute etter å hente inn opplysninger om hvordan den enkelte kommune faktisk løser en del oppgaver knyttet til psykisk helse, men også hvordan den enkelte informant opplever organiseringen, samarbeidet og samordningen av det psykiske helsearbeidet. I enkelte av kommunene, særlig der hvor det nylig er foretatt omorganiseringer, er det relativt store konflikter knyttet til organiseringen av arbeidet. For å sikre at opplysningene blir rimelig ”riktige”, og at vi får høre hvordan folk i ulike posisjoner ser på det som gjøres, har vi valgt å intervjuer ganske bredt i hver kommune. For å vise bredden i meningene har vi lagt inn mange sitater i analysekapitlene.

## 3 Organisering av kommunalt psykisk helsearbeid

### 3.1 Innledning

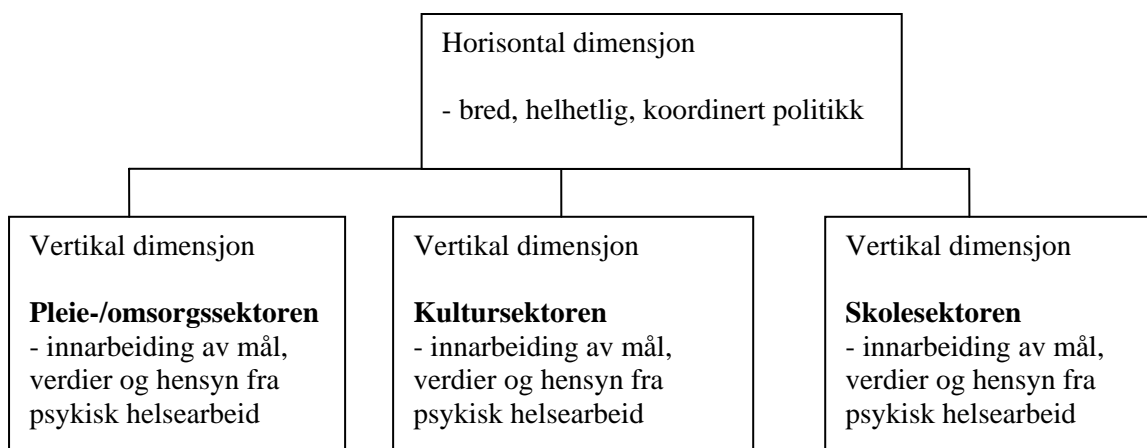
Integrasjon av politikkområder – ”policy integration” – er diskutert innenfor statsvitenskapen, først og fremst når det gjelder miljøpolitikk, men også på matsikkerhetsområdet (Lafferty and Hovden 2002, Ugland 2003, Veggeland og Ugland 2005). Spørsmålet er gjerne hvordan man på best mulig måte kan sikre at for eksempel miljøhensyn blir tatt innenfor relevante politikkområder. I nyere litteratur gjøres et skille mellom vertikal integrasjon og horisontal integrasjon (Lafferty and Hovden 2002:19-) – eller mellom integrasjon *innen* og *mellom* sektorer.

**Vertikal integrasjon** dreier seg om hvorvidt et politikkområde er innbakt i sektorpolitikken. I hvilken grad har ulike statlige eller kommunale sektorer tatt opp i seg de mål, hensyn og verdier som ligger til politikkområdet og avstemt dem i forhold til andre mål og hensyn innenfor sektoren?

**Horisontal integrasjon** omhandler i hvilken grad det er utviklet ordninger som sørger for at det utvikles en samlet politikk for et gitt område – på tvers av eksisterende sektorer. I hvilken grad eksisterer det organisasjons- og ledelsesstrukturer som sikrer en tverrsektoriell og samordnet politikk?

Disse begrepene er relevante også i forhold til diskusjonene om integrering av psykisk helsearbeid som et kommunalt politikkområde. Spørsmålet om vertikal integrasjon av psykisk helsearbeid dreier seg om i hvilken grad relevante kommunale sektorer – som helse, pleie/omsorg, skole og kultur – makter å ta opp i seg de mål, hensyn og verdier som ligger i det psykiske helsearbeidet. Horisontal integrasjon innebærer spørsmålet om kommunene faktisk makter å skape et bredt, helhetlig og koordinert tilbud til innbyggere med problemer relatert til psykisk helse.

Figur 3.1 Eksempel på horisontal og vertikal integrasjon



I faglitteraturen har det vært relativt lite diskusjon om forholdet mellom de to dimensjonene (Veggeland og Ugland 2005). Er det slik at de to elementene i integrasjonsbegrepet gjensidig støtter hverandre, eller kan de være i konflikt? Innebærer en styrking av den vertikale integrasjonen at horisontal integrasjon vanskeliggjøres, eller er vertikal integrasjon tvert i mot en forutsetning for å få til større helhet og sterkere koordinering i arbeidet?

Opptrappingsplanen for psykisk helse er opptatt av en styrking av begge dimensjonene. Den vertikale integreringen skal styrkes ved at psykisk helsearbeid integreres i allerede etablerte tjenester. Og den horisontale integrasjonen skal bli bedre, slik at tilbudet til innbyggere som trenger hjelp skal bli mer helhetlig og koordinert. Opptrappingsplanen gir imidlertid ingen anvisninger på hvordan slik horisontal integrering skal realiseres.

Spørsmålet dreier seg altså om hvorvidt det er mulig å få til *både* en styrking av de etablerte tjenestene og den overordnede samordningen samtidig, og hvordan arbeidet best kan organiseres for å sikre dette. Diskusjonen i fagmiljøene har gått på om det psykiske helsearbeidet er best tjent med at kompetanse spres på de ulike kommunale tjenestene, eller om etableringen av en egen tjeneste i større grad fremmer psykisk helsearbeid som politikkområde i kommunene. Mens en styrking av de etablerte tjenestene kan bety at psykisk helsearbeid forblir et noe sterkere, men fremdeles relativt svakt vertikalt integrert element i de ulike sektorene, kan etableringen av en egen tjeneste innebære at det dannes én sterkt vertikalt integrert enhet. Kan en slik sterk enhet bidra til den horisontale integrasjonen, eller vil en slik konsentrasjon av kompetanse tvert i mot svekke samordningen?

Det er denne diskusjonen som er utgangspunkt for analysene av organisering i dette notatet. I drøftingene vil det etter vår mening være viktig å ta hensyn til fire forhold:

- At mulighetene for integrering på tvers av sektorer også er avhengig av kommunens overordnede organisasjonsmodell og eksistensen av samordnende strukturer i kommunen
- At mulighetene for integrering internt i en tjeneste avhenger av hvordan lederskapet organiseres og utøves
- At psykisk helse som et prioritert arbeidsfelt er ganske nytt for mange kommuner (selv om det nok har vært mye psykisk helsearbeid implisitt i det arbeidet som har vært utført av mange kommunale tjenester), og at dette kan ha betydning for hvordan feltet bør organiseres

- At norske kommuner er svært forskjellige, både i folketall, areal og beliggenhet. Det som er optimal organisering for en stor kommune, kan være lite hensiktsmessig for en liten kommune

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan de forskjellige hovedmodellene for organisering av psykisk helsearbeid arter seg i praksis, og hvordan modellene tilpasses ulike kommunale forutsetninger. Særlig utforsker vi hvordan kommunens overordnede organisering av sin virksomhet – spesielt i form av flat struktur – preger funksjonsmåten til ulike modeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Vi studerer også hvordan ledelsen av det psykiske helsearbeidet er ivarettatt i de ulike modellene. I hvilken grad ivaretar ulike organisasjonsmodeller behovet for vertikal integrering av fagfeltet, i form av å skape handlingsrom for de profesjonelle medarbeidernes yrkesutøvelse?

## 3.2 Organisering

I spørreskjemaundersøkelsen til samtlige norske kommuner (Myrvold 2004) skisserte vi fire hovedmodeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet:

Modell 1: Arbeidet med psykisk helse er plassert i en egen enhet, på lik linje med pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og legetjenesten. Enheten har egen leder, eget budsjett og egen personalgruppe, som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid. **Enhetsmodellen**

Modell 2: Kommunen har etablert en egen 'psykiatritjeneste', med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. I tillegg legges det vekt på å styrke de etablerte tjenestenes arbeid med psykisk helse ved kompetanseoppbygging blant ansatte i de ordinære tjenestene. **Tjenestemodellen**

Modell 3: Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helse i stab hos rådmannen eller hos helse- og sosialsjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. De etablerte tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. **Stabsmodellen**

Modell 4: Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggere med psykiske problemer benytter. Ansatte i de etablerte tjenestene har eller bygger opp kompetanse i psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. **Integrert modell**

Vi ba respondentene om å krysse av for den karakteristikken de mener beskriver organiseringen av tjenestene for voksne innbyggere i sin kommune best. Kommunenes svar gir en klar indikasjon på at det foreløpig er langt igjen før alle kommunene har integrert tilbudet til voksne innbyggere med psykiske problemer i det ordinære tjenestetilbudet i kommunen (Tabell 3.1). Bare 24 av kommunene – 9 prosent – sier at de har organisert arbeidet på en slik måte. Det store flertall av norske kommuner har valgt å samle tjenestene for innbyggere med psykiske problemer i en egen enhet for psykisk helsearbeid (modell 1), eller i en egen tjeneste innenfor en av kommunens 'hovedtjenester' (modell 2). Blant kommunene med egen tjeneste for psykisk helsearbeid, har de fleste kommunene plassert tjenesten innenfor pleie og omsorg (53%), helsetjenesten (25%) eller sosialtjenesten (9%).

Tabell 3.1 *Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid*

		Antall	Prosent
<b>Enhets- modellen:</b>	Egen enhet for psykisk helsearbeid	42	17
<b>Tjeneste- modellen:</b>	Egen tjeneste for psykisk helsearbeid	173	68
<b>Stabs- modellen:</b>	Ansvar plassert i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef	11	4
<b>Integrert modell:</b>	Integrerte tjenester	24	9
	Ubesvart	4	2
Totalt		254	100

Kilde: Myrvold (2004)

I snitt har de kommunene som har en integrert modell for psykisk helsearbeid noe høyere folketall enn kommuner med andre organiseringsformer. Men forskjellene mellom kommunene er store i den gruppen som har integrert modell. Inntrykket er at gruppen av kommuner med integrert modell er svært sammensatt. Her finnes store og små kommuner, kommuner med tett og spredt bosetting, og rike og fattige kommuner.

En viktig motivasjon for casestudien er å studere nærmere hva disse modellene for organisering av psykisk helsearbeid innebærer i praksis. Den kvantitative analysen pekte på at det sannsynligvis er ganske ulike organisasjonsformer som skjuler seg under de mer generelle betegnelse, ikke minst når det gjelder tjenestemodellen og den integrerte modellen. Vi ønsker derfor å se på det psykiske helsearbeidets tilknytning til andre tjenesteområder og til rådmannsnivået. Er det noen organisasjons- og tilknytningsformer som ser ut til å fungere bedre enn andre, og i tilfelle hvorfor?

Vi starter kapitlet med en gjennomgang av de syv kommunenes organisering, og knytter noen kommentarer til hver av kommunene hentet ut fra intervjuer med informanter fra kommunene. Senere i rapporten kommer vi tilbake til en dypere analyse av viktige elementer i denne gjennomgangen.

Det kvalitative materialet omfatter alle modellene for overordnet organisering av psykisk helsearbeid (Tabell 3.2). Det er fire kommuner som har organisert sitt psykiske helsearbeid som en egen tjeneste innenfor et større tjenesteområde. Av disse har de to største kommunene (A og B) valgt å legge det psykiske helsearbeidet til pleie- og omsorgsetaten, mens én har valgt helse- og sosialetaten (kommune D) og én har valgt å legge det psykiske helsearbeidet til en forholdsvis nyetablert rehabiliteringsavdeling (kommune E). Kommune C har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet i en egen enhet, og kommune F har lagt det i stab hos rådmannen. Den siste og minste kommunen, G, har valgt å integrere psykisk helsearbeid i pleie- og omsorg. Den nærmere beskrivelsen av modellene vil begynne med kommune C, som har organisert psykisk helsearbeid til en egen enhet.

Tabell 3.2 *Organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet i casekommunene*

Kommune	Innb.	Adm. org.	Org. av psyk. helsearb.	Ledelse i psykisk helsearbeid	Arb.deling i psyk. helsearb.	Arb.deling ml. psyk. og andre enheter
<b>A</b>	235450	Områdem./ sektor, 3 ledelsesnivåer	Tjeneste i Pleie/ omsorg	Egen leder innenfor Pleie/ omsorg	Ja	Ja
<b>B</b>	21884	Virksomheter, 2 ledelsesnivåer	Tjeneste i Pleie/ omsorg	Egen leder innenfor Pleie/ omsorg	Ja	Ja
<b>C</b>	22967	Resultat-enheter, 2 ledelsesnivåer	Egen enhet	Egen leder uten mellomleder + deltidsledelse	Ja	Nei
<b>D</b>	14918	Virksomheter, 2 ledelsesnivåer	Tjeneste i Helse- og sosial	Leder i Helse- og sosial	Ja	Ja
<b>E</b>	3923	Resultat-enheter, 2 ledelsesnivåer	Tjeneste i Rehab.avd.	Leder i Rehabiliteringss-avdelingen	Ja	Ja
<b>F</b>	3136	Virksomheter, ett ledelsesnivå	I stab hos rådmann	Rådmann	Nei	Ja
<b>G</b>	2318	Sektor, 2 ledelsesnivåer	Integrert i Pleie/ omsorg	Leder i Pleie/ omsorg	Nei	Ja

Kilder: Kommunenøkkelen, intervjuer i kommunene

### 3.2.1 Enhetsmodellen: Egen enhet for psykisk helsearbeid

I kommune C ble det psykiske helsearbeidet reorganisert i 2002. Reorganiseringen innebar at ressursene i det psykiske helsearbeidet, som var desentralisert til distrikter i hjemmetjenesten og altså organisert til pleie- og omsorg, ble samlet i en egen enhet utenfor de eksisterende tjenesteområdene. Til enheten psykisk helsearbeid ble også dagsenteret og boenheten lagt, og til sammen omfatter enheten i overkant av 28 årsverk. Enheten ligger geografisk langt unna resten av kommuneadministrasjonen, og den er ikke fullverdig knyttet opp mot det kommunale databaserte saksbehandlingsprogrammet. I følge intervju ble plasseringen valgt med utgangspunkt i at dagsenteret og boenheten allerede var plassert her, og at det var hensiktsmessig å geografisk plassere alle tjenestene innenfor psykisk helsearbeid på samme sted. Den manglende administrative tilknytningen blir oppfattet som problematisk. Enheten opplevde også reduksjoner i budsjettene og måtte tilpasse seg nye, reduserte økonomiske rammebetingelser flere ganger i løpet av det siste året (11.11.03, leder psykiatrienheten, kommune C).

I kommune C hører helsesøstrene til i helse- og miljøetaten, som også utgjør en egen resultat enhet. Det er ansatt 20 helsesøstre som er fordelt på 18 skoler, samt at det er en nyansatt som skal arbeide spesielt med problemstillinger knyttet til psykisk helsearbeid. Vedkommende holder for tiden på med videreutdanning i psykiatri. Denne stillingen er etablert delvis for midler fra OP. Den skal arbeide på tvers av helsesøstrene i skolen, og i tett samarbeid med skolehelsesøster som er ansvarlig for henvisninger til BUP. Likevel har etaten

mistet to hele stillinger i løpet av reorganiseringen som er gjennomført, og i prosessen er også skolelegen fjernet i denne kommunen. Nå er det kommunelegen som fungerer som skolelege, og kommunelegen henviser til fastlegen hvis noe oppfattes som problematisk. Det innebærer at skolehelsesøster har problemer med å henvide i de tilfellene de mener at noe er i ferd med å utvikle seg. Nå må skolehelsesøster, som andre instanser, gå via fastlegen i henvisningssaker. For barn betyr det for eksempel at de må informere foreldre som selv må ta ansvar for at fastlegen kontaktes og at barnet kommer videre i systemet. Dette skaper stor usikkerhet i etaten om saker de avdekker faktisk går videre (10.11.03, helsesøster 1, kommune C).

Enheten for psykisk helsearbeid har ingen formalisert kontakt med de vanlige helsesøstrene, heller ikke med vedkommende som sitter i den helsesøsterstillingen som ble etablert spesielt for å arbeide med flyktninger og innvandrere. Fra denne helsesøsterens side sees dette som et problem, og det har vært gått noen innledende runder for å få til et samarbeid. Det skal utvikles rutiner slik at enheten for psykisk helsearbeid kan gi helsesøstrene veiledning i psykiatriske problemstillinger. Formalisering og rutiner vil også kunne bidra til å gjøre samarbeidet mindre personavhengig. En viktig årsak til at samarbeidet mellom psykiatrienheten og helsesøstrene til nå har vært så pass dårlig, er at det skorter på ressursene i enheten for psykisk helsearbeid, mener helsesøster. Det medfører at enheten beskytter seg mot nye brukere. Det opplever helsesøster også at andre enheter som PPT, BUP og VOP gjør (10.02.03, helsesøster 2).

Enheten for psykisk helsearbeid har kontakt med brukernes fastleger, og har dermed kontakt med mange fastleger. Fastlegenes evne og vilje til å engasjere seg i psykiatriske problemstillinger oppleves som varierende. Mens noen har interesse for dette arbeidet og stiller på ansvarsgruppemøter og viser vilje til å arbeide med individuelle planer, er det andre som konsekvent ikke vil gå inn i problemstillingene (11.11.03, leder psykiatrienheten, kommune C.). Enheten har heller ikke mye kontakt med barnevernet, noe som kan forklares i at den stort sett driver med voksenpsykiatri. Samarbeidet med barnevernet karakteriseres som problematisk også fra helsesøsters ståsted. Barnevernet oppfattes som viktig av helsesøster fordi det kommer inn der helsesøster må slippe taket i mange unge brukere. Likevel er samarbeidet vanskelig (10.11.03, helsesøster 1, kommune C).

Kommunen har altså ikke etablert relasjoner som går på tvers mellom ulike resultatenheter. Enhetene ser i stor grad ut til å arbeide spesialisert med egen gruppe av brukere uten å ta hensyn til andre enheters kompetanse. Samtidig er det i mange tilfeller behov for at det etableres samarbeid om brukere som har sammensatte problemer. Spesielt ble det tydelig at alle forbindelseslinjer mellom hjemmetjenesten og det psykiske helsearbeidet var kuttet ved reorganiseringen. Dette fremstår å være en ønsket utvikling fra hjemmetjenestens side. Det kan også se ut til at deler av hjemmetjenesten i denne kommunen har bygget opp en egen, ny kompetanse på psykisk helsearbeid. Helgesen (2004) viser til at enheten for psykisk helsearbeid hadde problemer med å få andre enheter og instanser til å delta på ansvarsgruppemøter, samt at ansvaret for å utarbeide individuelle planer ble oppfattet som å være et ansvar kun for enheten for psykisk helsearbeid. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

### 3.2.2 Stabsmodellen: Psykisk helsearbeid i stab hos rådmann

I materialet er det bare kommune F som har lagt psykisk helsearbeid i stab hos rådmannen. Kommunen har nylig reorganisert sin virksomhet til flat struktur, men det var enda ikke funnet noen organisatorisk løsning for kommunens 1,6 psykiatriske sykepleiere og en boenhet for psykisk syke. De var ikke egen driftsenhet, og de inngikk heller ikke i annen driftsenhet, men rapporterte direkte til rådmannsnivået. Det var tre alternative løsninger som var fremme i diskusjonen: at psykisk helsearbeid ble lagt til driftsenheten for psykisk utviklingshemmede, at de ble egen driftsenhet eller at det ble etablert en administrativ enhet. De psykiatriske

sykepleierne var mest innstilt på alternativ nummer to (18.02.04, kommunalråd; 19.02.04 psykiatriske sykepleiere, kommune F).

Kommunen er vidstrakt og samordning innenfor psykisk helsearbeid må planlegges godt, nå er det organisert med et møte i uken mellom de to psykiatriske sykepleierne. Kommunen er delt i to hjemmetjenestedistrikter, og de psykiatriske sykepleierne arbeider i hvert sitt distrikt uten administrativt å være en del av hjemmetjenesten. Samarbeidet karakteriseres som godt på den måten at brukere får tjenester fra både psykisk helsearbeid og hjemmetjenestene. Arbeidsdelingen mellom disse tjenestene ser altså ut til å fungere bra, også for de arbeidsoppgavene de to tjenestene utfører overfor de samme brukerne (19.02.04 psykiatriske sykepleiere, kommune F).

Medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet samarbeider ikke med helsesøster, barnevern eller skole. I stor grad ble dette forklart med at det kun drives voksenpsykiatri i psykisk helsearbeid. Tiltakene innenfor helsesøstertjenesten skal det gås nærmere inn på senere i rapporten, men det kan i stor grad se ut til at det er helsesøster som har ansvaret for tiltak av psykiatrisk karakter som skal settes i gang for barn og unge. I kommunen er det 1,5 helsesøsterstilling, kommunen har mistet en halv stilling fra 01.01.04. Tjenesten har derfor måttet slutte å ha kontortid ved kommunenes to barneskoler, og det er skåret ned på kontortiden ved ungdomsskolen. Videregående skole prioriteres, og arbeidet som drives er i stor grad å ha samtaler med enkeltelever, men helsesøster veileder også lærere i hvordan de kan snakke med unge. Helsesøster samarbeider også med BUP. Det vektlegges at i tilfeller der barn eller unge må vente på behandling, gir BUP veiledning til kommunenes helsesøstere, og de får oppfølgingsoppgaver overfor barn eller unge som har vært i behandling. Det påpekes videre at helsesøster har en del kontakt med foreldre i kommunen som har behov for veiledning i sin oppdragerrolle. Ut over dette har helsesøster kontakt med PP-tjenesten og fastlege (18.02.04, helsesøstre, kommune F).

Helsesøster har altså kontakt med og samarbeider med spesialisthelsetjenesten for sine brukere som har psykiske problemer. Det er ventetid, men ut over det mener helsesøster at samarbeidet med andrelinjen fungerer godt. Også de psykiatriske sykepleierne og at kommunelegen mener at dette samarbeidet fungerer bra. Rådmannsnivået, som altså har det overordnede ansvaret for psykisk helsearbeid i denne kommunen, er av en annen mening. Verken DPS eller nærmeste psykiatriske sykehus fikk her godt skussmål, og enhetene i spesialisthelsetjenesten ble karakterisert som upålitelige samarbeidspartnere fordi brukere ble sendt tilbake til kommunene før det var funnet egnede løsninger for dem (18.02.04, kommunalråd, kommune F).

### 3.2.3 Tjenestemodellen: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid integrert i et større tjenesteområde

Kommunene B, D og E har en overordnet kommunal organisering som også er basert på modellen om flat struktur og resultatenheter, men det psykiske helsearbeidet er lagt som en egen tjeneste innenfor et større tjenesteområde. De tre kommunene har valgt tre ulike tilknytninger for sitt psykiske helsearbeid: kommune B har valgt pleie- og omsorgsetaten, kommune D har valgt helse- og sosialetaten, mens kommune E har valgt rehabiliteringsavdelingen. Tjenestemodellen omfatter også kommune A som er en sektororganisert kommune der psykisk helsearbeid er egen tjeneste innefor pleie- og omsorgsetaten.

#### **Kommune B**

I kommune B er, på samme måte som i kommune C, det psykiske helsearbeidet organisert sammen med dagsenteret og to boenheter, men i denne kommunen altså i en egen tjeneste under pleie- og omsorgsraplyen. Tjenesten ledes av en psykiatrisk sykepleier, og det er



ansatt flere ulike yrkesgrupper i et team for psykisk helsearbeid. Dagsenteret er ledet av en psykiatrisk hjelpepleier. Det er etablert to boenheter som er bemannet med fagutdannede i lavere kategorier: en enhet for yngre og en enhet for eldre og utskrevne fra sykehus. En tredje boenhet for mennesker med dobbeldiagnose rus/ psykiatri er under oppføring. Også i denne kommunen var psykisk helsearbeid tidligere integrert i hjemmetjenestene, som er organisert i distrikter. Det er en del år siden reorganiseringen av ressursene i det psykiske helsearbeidet til egen tjeneste fant sted, men den overveiende delen av ressursene det psykiske helsearbeidet hadde tilgang på i 2003 var bygget ut under Opptappingsplanen. Det hadde ikke vært konflikter i kommunen om denne reorganiseringen, nå arbeider medlemmene av det ambulerte teamet opp mot hver sine distrikter, men er altså ikke administrativt tilknyttet (08.10.03 leder helse- og sosial; 08.10.03 leder psykisk helsearbeid, kommune B).

Psykisk helsearbeid utgjør sammen med hjemmetjenesten én resultatenheter og rapporterer til en mellomleder for pleie- og omsorg som tilhører rådmannsnivået. Samarbeidet mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og hjemmetjenesten karakteriseres som godt, og hjemmesykepleien har egne ressurser som kan tas i bruk, fordi de fleste medarbeiderne der har videreutdanning i psykisk helsearbeid. At tjenesten for psykisk helsearbeid er lagt under pleie- og omsorgs-paraplyen gir tjenesten tilgang til de samme organisatoriske ressursene som resten av pleie- og omsorg. Det vil si tilgang til koordineringsenheten som har ansvar for å sette sammen og drive ansvarsgrupper og etablere individuelle planer, samt bestillerenheten som har en koordinerende funksjon fordi den er ansvarlig for å vurdere og bestille tjenester for alle brukere som kommer til pleie- og omsorg. Begge disse vil det bli gått nærmere inn på nedenfor (08.10.03 leder helse- og sosial, kommune B).

Det er helsestasjonen som tar seg av kontakten med barn og unge, og det fokuseres spesielt på forebygging. Helsesøstrene har kontakt med skolene og lærere, og det er etablert en egen helsestasjon for unge. Det ser ikke ut til at det er utstrakt kontakt mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og helsesøstrene. Koordineringsenheten har ansvaret for å koordinere tjenester også for barn og unge, inklusive psykisk helsearbeid (08.10.03 leder helse- og sosial; 28.10.03, koordineringstjenesten, kommune B).

Kontakten med spesialisthelsetjenesten vurderes som god i denne kommunen, selv om det påpekes at det er få døgnplasser. Det er blant annet etablert faste rutiner for at medarbeiderne i psykisk helsearbeid kan motta veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og den inngår også i samarbeid med dagsenteret om enkeltbrukere hvis brukere selv ønsker det. Ellers har tjenesten for psykisk helsearbeid kontakt med fastlegene, sosialtjenesten, kulturkontoret og direkte med rådhuset.

## **Kommune D**

I kommune D er tjenesten for psykisk helsearbeid integrert i driftsenheten for helse- og sosialtjenester. Helse og sosialtjenesten består av psykisk helsearbeid, sosialtjenesten og barne- og ungdomstjenesten, som igjen omfatter helsesøstertjeneste, forebyggende tjeneste, PPT og en koordineringsenhet. Sammen med barne- og ungdomstjenesten og sosialtjenesten skulle tjenesten nå utgjøre en resultatenheter og rapportere til en leder for helse- og sosial, som så rapporterer til rådmannsnivået. Tjenesten hadde inntil nylig vært en egen enhet i denne kommunen, og reorganiseringen som nå var i gang hadde skapt en del uro, blant annet fordi medarbeiderne var opptatt av at tjenesten burde ha egen faglig ledelse. Den tidligere lederen for enheten for psykisk helsearbeid hadde hatt rollen som koordinator, og det var drevet et arbeid som medarbeiderne mente holdt en høy faglig standard. Tjenestens leder var nå fjernet og reorganiseringen hadde medført at medarbeiderne fryktet at den faglige kvaliteten på arbeidet de gjorde ville bli redusert. Bakgrunnen for denne frykten var blant annet at det var begynt en omlegging av arbeidet slik at teamet for psykisk helsearbeid ikke lenger skulle gå på hjemmebesøk, men kun motta brukere til konsultasjon på kontoret. Reorganiseringen medførte

blant annet at ansvaret for psykiatri både for barn/unge og voksne ble lokalisert hos samme leder, men i ulike tjenester innenfor avdelingen (03.11.03, leder helse- og sosial; 27.10.03, psykiatriske sykepleiere, kommune D).

Psykisk helsearbeid omfatter også i kommune D et dagsenter, en boenhet og et team for psykisk helsearbeid. I teamet er det ansatt fortrinnsvis psykiatriske sykepleiere, men også en sosionom. Dagsenteret er bemannet med en ergoterapeut og en aktivitør. Boenheten var enda ikke ferdigstilt eller bemannet, og prosessen med å be brukere søke om leiligheter var nylig satt i gang (27.10.03, psykiatriske sykepleiere, kommune D). Kommunen hadde tidligere en ordning der alle henvisninger til psykisk helsearbeid skulle gå gjennom lege. Slik er det ikke lenger fordi det er etablert et "én-inngangs-system", det vil si en skranke der alle brukere av kommunens tjenester innenfor helse- og omsorg kan henvende seg. Samarbeidet med lege er systematisert med møter hvert halvår, og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten karakteriseres som godt (03.11.03, leder helse- og sosialetaten; 27.10.03 psykiatrisk sykepleier nr. 2; 27.10.03, sosionom, kommune D).

Samarbeidet med hjemmetjenestene ble oppfattet som å fungere godt. Oppfatningen er at hjemmetjenestene er en ganske klart definert tjeneste med spesifikke oppgaver, mens psykisk helsearbeid krever mer tid og er mer uforutsigbart. Tjenestene kan likevel utfylle hverandre i en kommune der det er oppmerksomhet mot at brukere har behov for flere typer hjelp samtidig. I denne kommunen tar for eksempel hjemmetjenesten seg av all medisinering. Det er en klar oppfatning i kommunen om at psykisk helsearbeid ikke bør være en del av hjemmetjenestene. Da "slukes psykiatrien" og "alt blir psykiatri". Alt som kunne grense opp mot psykiske problemer ville i en slik situasjon bli overlatt psykiatriske sykepleiere, hevdes det. Oppfatningen er at en egen tjeneste vil bidra til at fokus rettes mot de sykeste brukerne og at det gir en mulighet til å ivareta de profesjonelle medarbeiderne bedre (03.11.03, leder helse- og sosialetaten; 27.10.03 psykiatrisk sykepleier nr. 2, kommune D).

Samarbeidet med helsesøster antas å bli bedre nå som tjenester for barn og unge og tjenester for voksne ligger til samme avdeling (men i ulike tjenester). Denne organiseringen er valgt fordi den kan bidra til å se psykisk helsearbeid for alle målgruppene i sammenheng, og det gis opplysninger om at medarbeiderne i psykisk helsearbeid gir veiledning til ansatte i andre tjenester. Helsestasjonen i denne kommunen har egen psykiatrifaglig kompetanse, og det er etablert en forebyggende tjeneste for barn og unge. Denne samarbeider særlig med skole, men også med barnevern og PP-tjenesten (03.11.03, leder helse- og sosialetaten, kommune D).

### **Kommune E**

I kommune E er psykisk helsearbeid en egen tjeneste under en nylig etablert resultatenheter for rehabilitering. Selv om kommunen er relativt liten, har psykiatritjenesten egen leder som fungerer som koordinator. Enheten for rehabilitering omfatter psykisk helsearbeid, tjenestene til psykisk utviklingshemmede, og sosialtjenesten (som inkluderer hjemmetjenestene). Alle disse enhetene har egen leder som rapporterer til lederen for rehabiliteringsenheten, som igjen rapporterer til assisterende rådmann. Tjenesten for psykisk helsearbeid består nå av en hjemmetjeneste bemannet med psykiatriske sykepleiere og miljøarbeidere, et dagsenter som er ledet av en miljøarbeider og som er miljøarbeidernes base, og en boenhet (31.03.04, miljøarbeider, kommune E).

Kommune E er en ganske rik kommune, som har lang erfaring med å drive psykisk helsearbeid. Tidligere var det psykiske helsearbeidet en del av hjemmetjenesten. I denne posisjonen hadde det psykiske helsearbeidet forholdsvis stor frihet, og ble ikke behandlet som en ekstraressurs som fikk henvist de av hjemmetjenestens brukere som hadde psykiske problemer, eller som måtte arbeide med somatiske hjemmetjenester når det var press der. Samarbeidet med hjemmetjenesten karakteriseres også nå som bra, men kommunen har

medarbeidere i miljøarbeiderstillinger som utfyller både det hjemmetjenesten og det de psykiatriske sykepleierne kan gjøre for brukere. Det uttrykkes som at miljøarbeiderne "går litt lenger", de deltar sammen med brukere i å gjøre daglige arbeidsoppgaver eller oppgaver som går ut over det som får hverdagslivet til å gå rundt. Eksempelene er å rydde i en hage eller være med på klatrekurs (31.03.04, miljøarbeider; 30.03.04, miljøarbeidere, kommune E).

Samarbeidet med fastlegen karakteriseres også som bra, og det samarbeides om enkeltbrukere. Tidligere var det faste møter mellom det psykiske helsearbeidet og legen, men dette er nå avviklet. Legen samarbeider og koordinerer den lokale virksomheten med spesialisthelsetjenesten. Legen mener samarbeidet med andre- og tredjelinjen fungerer dårlig, først og fremst fordi spesialisthelsetjenesten har for høy terskel for å ta inn brukere, og fordi det kommer svært lite informasjon tilbake til kommunene. Dette gjelder for alle målgruppene for psykisk helsearbeid. Spesialisthelsetjenesten er også lokalisert for langt unna, og i kommunene mener de det har skjedd en sentralisering etter foretaksreformen. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har inkludert et bo- og rehabiliteringstilbud for psykisk syke som kommunen drev, men som nå er besluttet lagt ned (30.03.04, leder psykiatrienheten, kommune E).

Det kan se ut til at det er helsesøster som har ansvaret for psykiske helsetjenester for barn og unge. Det er to helsesøstere ansatt i kommunen, samt en jordmor og en administrativt ansatt i 40 % stilling. Det er nylig etablert en 50 % stilling for en barne- og familieveileder i kommunen, stillingen skal bli 100 % fra 01.01.05. Denne stillingen er kommet innenfor rammene av Opptappingsplanen og skal fokusere på psykososial problematikk hos barn av psykisk syke foreldre. Helsesøstrene, jordmoren og familieveilederen er alle en del av helseavdelingen og er dermed kommunelegens medarbeidere. Helsesøster samarbeider med skole, barnevern og PP-tjenesten (31.03.04, helsesøster, kommune E).

### **Kommune A**

Kommune A er den største kommunen i materialet. Intervjuene ble gjennomført ca. et halvt år før en større reorganisering. På tidspunktet for intervjuene var kommunen områdeorganisert, og vi har studert ett område (en bydel). I bydelen er psykisk helsearbeid organisert som en egen tjeneste lagt til pleie- og omsorgsetaten sammen med hjemmetjenestene. Psykisk helsearbeid har egen ledelse og omfatter seks psykiatriske sykepleiere, et dagsenter og medarbeiderne i bofellesskapet. Organisasjonsformen karakteriseres som å være en tjeneste i grenseflaten mellom særomsorg og integrert tjeneste, og for å få til et godt samarbeid med hjemmetjenestene er dennes administrasjon og psykisk helsearbeid samlokalisert. Samarbeidet er nå godt og brukere kan få tiltak fra begge tjenestene samtidig, det er altså etablert en god arbeidsdeling. Brukere er likevel registrert kun ett sted, og det er der de får hoveddelen av tjenestene.

Psykisk helsearbeid ble i den store kommunen etablert som en egen tjeneste fra starten av, og altså ikke integrert i hjemmesykepleiedistriktenes ansvarsområde. Det skjedde sist på 1980- og tidlig på 1990-tallet, og medførte den gangen domenekonflikter i bydelen vi har studert, fordi lederne av hjemmetjenestedistriktene ønsket å ha kompetanse på psykisk helsearbeid selv i sine distrikter. Fortsatt er det et par spørsmål som tas opp med jevne mellomrom. Det dreier seg først og fremst om at psykiatriske sykepleiere ikke går i turnus, de kan altså ikke ta akutte utrykninger natt og helg. Det er også et spørsmål om kontorplasser, som er blitt viktig i denne kommunen. Kommunens hjemmetjenester har vanligvis, ut fra en tanke om at de er mye ute hos brukere, kun få kontorplasser. Tjenesten for psykisk helsearbeid ønsker imidlertid å kunne ta i mot brukere til konsultasjon på kontorene, blant annet som en del av brukernes trening. Under den rådende kontorsituasjonen, hvor psykiatriske sykepleiere må dele kontorer, var dette meget vanskelig. Ønsket om egne kontorer førte til at de psykiatriske sykepleierne ble betraktet som "eksklusive" av ansatte i hjemmetjenesten, og de psykiatriske sykepleierne mente at det tidvis har vært vanskelig å være under pleie- og omsorgsparaplyen. Selv om

forholdet mellom tjenestene har gått seg til over tid, var det noen rester av de gamle konfliktene som fremdeles var levende. Dette ga seg blant annet uttrykk i at noen hjemmetjenestedistrikter ikke ville ha veiledning fra de psykiatriske sykepleierne, verken om generelle problemstillinger knyttet til psykisk helsearbeid eller om enkeltbrukere som hjemmetjenesten har ansvar for (19.05.03, psykiatrikoordinator; 20.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A).

Tjenesten for psykisk helsearbeid i kommune A har som tidligere nevnt fått mer av ansvaret for fordeling av psykiske helsetjenester til barn og unge. Fordeling av slike tjenester har psykisk helsearbeid likevel lite erfaring med, og de er i ferd med å gå noen grenselinjer til samarbeidende instanser. Det dreier seg først og fremst om BUP, som de føler seg noe overkjørt av, men det dreier seg også om barnevern, PP-tjenesten og helsesøster. Det påpekes at skolene er lite inne i bildet fordi de brukerne det dreier seg om er for syke til å gå på skolen, selv om de er i skolealder. Ansvaret for å holde kontakt med skolen blir uansett lagt til helsesøster. Tjenesten for psykisk helsearbeid skal ha ansvar for å koordinere tjenestene til barn og unge, ved å etablere team, hovedsakelig med de medlemmene som er nevnt over, og ved å utarbeide individuell plan. Det er fattet en beslutning om at det er psykisk helsearbeid som skal ha ansvaret for å etablere individuelle planer for denne gruppen brukere (19.05.03).

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ser ut til å variere. Det er en målsetting at dette samarbeidet skal dreie seg om enkeltbrukere og om utskrivning fra institusjon. Det er spesialisthelsetjenesten som har et ansvar for å ta kontakt med kommunen om utskrivninger, og kommunen har så langt erfaring for at det gjøres angående barn og unge, men at det i mindre grad gjøres angående voksne brukere. Angående barn og unge inngår spesialisthelsetjenesten i teamet, men angående voksne var erfaringen gjerne at det bare ble ringt for å gi kommunen beskjed dagen i forveien (19.05.03, psykiatrikoordinator; 20.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A).

### 3.2.4 Integrert modell: Psykisk helsearbeid integrert i annen tjeneste

Kommune G er den eneste kommunen i materialet som har en integrert tjeneste. Der er psykisk helsearbeid 1,5 stilling i kommunens enhet for pleie og omsorg, der det ligger til stab og er samlokalisert med åpen omsorg som er kommunens hjemmetjeneste. Pleie- og omsorg omfatter i tillegg en avdeling for rehabilitering som i praksis er et sykehjem og to bokollektiver for funksjonshemmede. Da kommunen reorganiserte seg sist på 1990-tallet ble de gamle sektorene omgjort til resultatenheter, der pleie- og omsorg utgjør en resultatenhet. På grunn av endringer blant medarbeiderne har avdelingen for rehabilitering blitt løsrevet noe fra pleie- og omsorgsrapporten, men det er lederen her som rapporterer til rådmannsnivået. Kommunen tilbyr dagsentertjeneste en dag i uken, men kommunen hadde ingen særskilt boenhet for psykisk syke. Antallet stillinger i psykisk helsearbeid skal antakeligvis øke i nærmeste framtid, mener informanter i kommunen.

Helsesøstertjenesten består i denne kommunen av én stilling, vedkommende har noe videreutdanning med fokus på barn av psykisk syke foreldre. Helsesøster samarbeider med skole, PP-tjenesten, en skolepsykolog og legen. Skolepsykologen kan henvise til BUP, men det å ha tilgang på psykologkompetanse i kommunen har bidratt til å redusere antallet henvisninger til andrelinjen. Helsesøster tar initiativer overfor andre instanser med hensyn på utarbeidelse av individuelle planer, og deltar i ansvarsgrupper (04.02.04, helsesøster, kommune G).

Samarbeidet med legene i kommunen har vært vanskelig på grunn av lite kontinuitet i legetjenesten, men er i ferd med å bli bedre. Den manglende kontinuiteten i legetjenesten har også konsekvenser for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, fordi dette samarbeidet i stor grad avhenger av kommunens leger. Legetjenesten oppfattes som et forvanskende mellomledd

i samarbeidet, også fordi legene som har vært i kommunen ikke har vært interessert i å delta på samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten (04.02.04, psykiatrisk sykepleier, kommune G).

### 3.2.5 Oppsummering

Det kvalitative materialet omfatter alle hovedmodellene for overordnet organisering av psykisk helsearbeid: enhetsmodellen, stabsmodellen, tjenestemodellen og den integrerte modellen. Selv om den overordnede organiseringen i noen av kommunene er forholdsvis lik, viste gjennomgangen at det er betydelige forskjeller i hvordan modellene utformes og fungerer i praksis. I vårt materiale har vi sett dette innenfor tjenestemodellen. Det er fire kommuner som har valgt tjenestemodellen, og blant disse varierer det blant annet om det ble oppfattet som nødvendig at psykisk helsearbeid har egen ledelse. I en av kommunene ble det ansett som unødvendig. Det er også variasjon i hvordan kommunene har valgt å koordinere det psykiske helsearbeidet med andre tjenester i kommunen. Én kommune har etablert koordineringsenhet og bestillerenhet, en annen har valgt å etablere et felles inntak av brukere. I andre kommuner samhandles det på systemnivå og om enkeltbrukere. Dette vil vi komme tilbake til nedenfor. Som det kommer frem i gjennomgangen sier den overordnede organiseringen lite om tjenester for barn og unge – hvordan de er organisert, hvem som har hovedansvaret og hvilke enkeltelementer de består av. Det er kun kommune A som er eksplisitt på at tjenesten for psykisk helsearbeid også skal ha ansvaret for barn og unge. I resten av de kommunene vi har vært i henvises vi til helsesøster når slike spørsmål er på dagsorden. Vi kommer tilbake til kommunenes psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge i kapittel 5.

## 3.3 Psykisk helsearbeid og organisering av kommunens øvrige virksomhet

De senere årene har svært mange kommuner kvittet seg med sektormodellen, som nesten alle kommuner benyttet på 1980- og 90-tallet (Stigen og Vabo 2004). Sektormodellen ble antatt å medføre en oppsplitting av tjenesteproduksjonen, med blant annet manglende helhet i tilbudet som resultat. Det har vært en klar utvikling blant kommunene i retning av å organisere seg med en såkalt "flat struktur" – der tjenesteproduksjonen organiseres i resultatenheter eller virksomheter med delegert myndighet, og der antall ledelsesnivåer mellom de tjenesteproduserende enheter og rådmannen reduseres (Opedal, Stigen og Laudal 2002, Stigen og Vabo 2004).

Den overordnede organiseringen av den kommunale virksomheter er viktig for hvordan samordning og samarbeid er bygget inn i kommuneorganisasjonen. Det er derfor av interesse å se organiseringen av det psykiske helsearbeidet i lys av kommunens øvrige organisasjon, og hvordan disse spiller sammen. Dette skal vi studere i noe nærmere detalj i dette avsnittet.

Organisasjonsdatabasen (Hovik og Stigen, 2004) gir en oversikt over hvor mange ledelsesnivåer det var mellom administrasjonssjefen (rådmann) og ledere for de utøvende tjenestene i norske kommuner i 2004 (Tabell 3.3).

Tabell 3.3 *Antallet faktiske ledernivåer mellom administrasjonssjef og ledere for utøvende tjenester. Prosent, absolutte tall i parentes*

<b>Antall nivåer</b>	<b>Prosent</b>	<b>Antall kommuner</b>
Ingen	41	134
Ett	39	127
To	13	43
Flere	5	16
Varierer	3	9
<b>Totalt</b>	<b>101</b>	<b>329</b>

Kilde: Hovik og Stigen (2004)

Som tabellen viser er det fortsatt mer enn 50 prosent av kommunene som har ett eller flere nivåer mellom resultatenhetsleder og rådmannsnivå, mens det er 134 kommuner som har en "ren" flat struktur bestående av resultatenhetsleder og rådmannsnivå.

Alle kommunene som inngår i casestudien har reorganisert sin øvrige organisasjon og virksomhet. Seks av syv kommuner har valgt å implementere det de selv kaller flat struktur, og er i ferd med å gjennomføre, eller har nettopp gjennomført, store endringer. Den største kommunen, kommune A, er her unntaket. Kommunen har en områdemodell, det vil si at den er organisert i distrikter (bydeler) som har fått desentralisert både politisk og administrativt ansvar for alle "myke" tjenester. Viktige politiske og administrative beslutninger innenfor psykisk helsearbeid fattes altså lokalt i bydelen, men innenfor rammer lagt av kommunens politikere. Distriktet vi har studert er organisert i sektorer, og i fremstillingen omtales bydelen som en kommune. I denne kommunen er det fortsatt tre ledelsesnivåer mellom administrasjonssjefsnivå og ledelsen for de utøvende tjenestene.

De seks andre kommunene har altså implementert flat struktur som organisasjonsform. Flat struktur behøver ikke å være det samme i alle kommunene som sier at de har organisert seg på denne måten. Opedal et. al (2002) viser at kommuner som sier de har flat struktur kan ha 2, 2,5 eller 3 administrative ledelsesnivåer. Felles for dem er imidlertid at det er etablert enheter som rapporterer direkte til rådmann eller rådmannsnivået. I noen kommuner er det etablert en avdelings- eller etatsmodell der de tidligere etatene er omgjort til resultatenheter, og dette vil være typisk for kommuner der det er tre ledelsesnivåer. I vårt materiale gjelder det for kommunene B, D og E. Disse kommunene har tre ledelsesnivåer, men to mellom administrasjonssjefsnivået og lederne for de utøvende enhetene. Kommune G har også gjort om sektorer til virksomheter, men på grunn av at psykisk helsearbeid er integrert i hjemmetjenesten, og altså er uten egen ledelse, er det bare ett ledelsesnivå. I kommuner med to eller færre ledelsesnivåer er alle virksomhetene resultatenheter, i materialet gjelder det for kommune C, og dels for F.

Flat struktur legger opp til et klarere skille mellom rådmannens strategi- og forvaltningsansvar, hvor utarbeidelse av strategier, planer og fordeling av ressurser inngår, og resultatenhetenes driftsansvar som inkluderer utførelsen av de forskjellige oppgavene. Opedal et al (2002) viser til at utviklingen på rådmannsnivået kan gå i flere retninger. For eksempel kan rådmannen og hans stab være et strategisk sentrum i kommunen, hvorfra det drives overordnet styring, bidras med motivasjon, inspirasjon og visjoner. På den annen side kan nivået først og fremst drive situasjonsbestemt ledelse der brannslukking og håndtering av kriser blir det viktigste.

1980-årenes helt dominerende modell for organisering av kommunal virksomhet, sektor-modellen, ble etter hvert opplevd som utilstrekkelig både fordi det var for tette bånd mellom utførende enheter og administrativ ledelse i de ulike tjenestene, og fordi den politiske styringen kunne bli fragmentert og lite helhetsorientert fordi den ofte forholdt seg til ett og ett

politikkområde. Mange kommuner har etter hvert byttet ut sektormodellen til fordel for en flatere struktur med resultatenheter, der rådmannsnivået skal ha en sterkere koordinerende rolle. Erfaringer viser imidlertid at kommuner med flat struktur kan oppleve det som kalles enhetsegoisme; at enheter med utstrakt delegert myndighet velger å la være å samarbeide med andre om å finne optimale faglige løsninger, for eksempel for brukere med sammensatte behov. Kommuner med flat struktur og resultatenheter har derfor et behov for å skape helhet og sammenheng mellom ulike tjenester og nivåer i kommunen. Helhet skapes ved å etablere styrings- og koordineringstiltak, enten som felles møtearenaer som ledergruppe, faste møter mellom resultatenhetsledere, regelmessige nettverkspregede samlinger eller som individuell dialog mellom rådmannsnivået og enhetsledere, slik det for eksempel legges opp til i målstyringskonseptet. Det varierer hvordan kommunene velger å løse koordineringsutfordringene; det er både formelle og uformelle løsninger å finne i kommunene (Opedal et al. 2002, Aarsæther og Vabo 2002).

I dette avsnittet skal det fokuseres på det psykiske helsearbeidets posisjon i de ulike organisasjonsmodellene som er valgt. Vi skal gå noe inn på koordinering og samhandling mellom enheter og instanser i kommunen, men det er rådmannsnivået og relasjonen mellom psykisk helsearbeid og dette nivået som skal være mest sentralt. I materialet er det to ytterpunkter. Dette er kommune C, som har flat struktur med resultatenheter og som har etablert egen enhet for psykisk helsearbeid, og kommune A som har sektororganisert sin virksomhet. Diskusjonen begynner med kommune C.

### 3.3.1 Flat struktur, resultatenheter og enhetsmodellen for psykisk helsearbeid

Reorganisering til flat struktur i kommune C ble gjennomført samtidig som enheten for psykisk helsearbeid ble etablert, og var dermed klar for implementering i 2002. Flat struktur i denne kommunen innebærer at den har et rådmannsnivå som består av en rådmann og to assisterende rådmenn. I denne kommunen er enheten for psykisk helsearbeid egen resultatenhet på linje med andre enheter. Lederen av enheten er utdannet psykiatrisk sykepleier. Enheten har delegert ansvar innenfor drift, økonomi og personal. Det vil si at enheten for psykisk helsearbeid har ansvar for å fordele sin andel av budsjettet på hjemmetjenesten, dagsenteret og boenheten, samt drive faglig forsvarlig arbeid. I denne kommunen er det også etablert to 40 % koordinatorstillinger på nivået under den psykiatrifaglige ledelsen. Disse har ikke delegert ansvar innenfor verken økonomi eller personal, men har ansvaret for at driften er faglig forsvarlig ut fra de tildelte økonomiske midlene. De som har fått disse "uformelle" lederoppgaver opplever dette som frustrerende, og de ga i intervjuet uttrykk for at dette var en dårlig løsning (10.11.03, sykepleier og vernepleier, kommune C).

Tilknytningen mellom enheten for psykisk helsearbeid og den resterende kommunale organisasjonen ser ut til å være preget av vanskelige samarbeidsforhold og uenighet om hvilken enhet som har ansvaret for en del brukere som er i gråsonen mellom vanlige hjemmetjenester og psykisk helsearbeid. Reorganiseringen i 2002 ser ut til å ha vært godt forberedt og ønsket av de psykiatrifaglige ansatte i hjemmetjenesten, men skjedde ikke uten motstand i den resterende delen av organisasjonen (20.11.03, hjemmetjenesten, kommune C). Det kan se ut til at hjemmetjenesten i stor grad mislikte å måtte avgi både ansatte og den psykiatrifaglige kompetansen. Det ble i intervjuet hevdet at hjemmetjenesten fortsatt arbeidet med brukere som burde ha vært psykiatrienhetens ansvar, men som psykiatrienheten ikke ville ha. Dette dreier seg om demente og deprimerte brukere av hjemmetjenesten, samt om kronikere som har behov for hjemmetjenester (20.11.03, hjemmetjenesten, kommune C):

En del av pasientene kom raskt i retur fordi psykiatritjenesten mente de ikke var tilstrekkelig psykisk syke, men ressursene og pengene kom ikke i retur. Særlig eldre kronikere kom i retur til hjemmetjenestene. Hvis pasientene trenger mer enn ”prating”, mener psykiatritjenesten at de hører til hos hjemmetjenestene. Hvis det er det minste somatisk inne i bildet, får vi pasienten. Dette betyr ikke at det ikke er psykiatri – en psykotisk pasient er psykotisk også i stellet. Hjemmetjenesten må yte mye psykisk hjelp, men nå har vi ikke de samme ressursene som tidligere. Pasienter med psykiske problemer/lidelser i tillegg til de somatiske problemene, er dessuten svært ressurskrevende. Psykiatri krever mye mer tid. (20.11.03, leder av hjemmetjenesten i et distrikt).

Fra enheten for psykisk helsearbeid ble det hevdet at det ikke var mulig å få i stand et samarbeid mellom de to enhetene. Hjemmetjenesten mente at enheten for psykisk helsearbeid skal ha ansvaret for alle sider ved brukers behov, hvis enheten først tar inn en bruker. I enheten for psykisk helsearbeid var holdningen at det burde være mulig at hjemmetjenesten fordeler hjemmetjenester, mens enheten for psykisk helsearbeid fordeler tjenester innenfor psykisk helsearbeid, slik at de samme brukerne kunne få tjenester fra ulike enheter (10.11.03, leder psykiatrienheten, kommune C). Slik organiseringen nå er, er et samarbeid ikke mulig. Brukerne defineres enten til å høre hjemme i hjemmetjenesten eller i enheten for psykisk helsearbeid, og det er innført et gjennomgående skille mellom enhetenes domener.

Det er heller ikke kommet i stand samarbeid med helse- og miljøetaten, og kommunen har problemer, som så mange andre, med å få fastlegene interessert i psykisk helsearbeid. Det er etablert et kvalitetsutvalg som skal samordne prosedyrer etc. ved klientbehandling i kommunen, men psykisk helsetjeneste er ikke med her. Etter psykiatrienhetens mening var det vanskelig å samarbeide med hjemmetjenestene i utvalget, og psykiske helsetjenester etablerte sitt eget utvalg (11.11.03, leder av psykiatrienheten, kommune C). Det ser ikke ut til å være noen i kommunen som tar et overordnet ansvar for å få de ulike enhetene til å kommunisere, og vi så at hjemmetjenesten fikk en mulighet til å trekke seg fullstendig tilbake fra samarbeid med det psykiske helsearbeidet.

### 3.3.2 Flat struktur, resultatenheter og stabsmodellen for psykisk helsearbeid

Kommune F har, som vi har sett, reorganisert til flat struktur og resultatenheter, men psykisk helsearbeid hadde enda ikke fått noen organisatorisk tilknytning. Det var verken egen resultatenhet, organisert til annen resultatenhet eller tilknyttet som en tjeneste integrert gjennom pleie- og omsorg, men lagt direkte til rådmannsnivået. Dette framstår på mange måter som å være en organisasjon lik modell tre – stabsmodellen – der det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helse i stab hos rådmannen eller hos helse- og sosialsjefen. Denne modellen forutsetter også at de etablerte tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. Dette var på tidspunktet ikke gjort i kommune F, og kommunen var, som vi også så, på leting etter en brukbar organisatorisk modell. På rådmannsnivå ble situasjonen bedømt slik at psykisk helsearbeid i kommunen var for lite til at det forsvarte en egen organisasjon, og at arbeidet sannsynligvis ville bli lagt til resultatenheten for tjenester for psykisk utviklingshemmede (PU). Trolig ville deler av den faglige ledelsen av denne enheten da bli ivaretatt av en koordinatorstilling som allerede var etablert på rådmannsnivå, men det ble også uttalt at det ville være nødvendig å finne plass til ledelse på nivået under (18.02.04, kommunalråd, kommune F). De psykiatriske sykepleierne i kommunen var uenig i en slik løsning, både fordi de mente at PU var faglig for fjernt fra psykisk helsearbeid, og fordi de mente denne løsningen var for personavhengig. De stilte seg spørsmålet om hva som ville skje hvis det kom en annen leder i posisjonen som ikke hadde de samme personlige forutsetningene



for å se de særegne behovene psykisk helsearbeid har (19.02.04.psykiatriske sykepleiere, kommune F). Den lederen på rådmannsnivået som i dag innehar denne stillingen, er opprinnelig psykiatrisk sykepleier.

Slik situasjonen er nå har kommunen problemer med å fatte beslutninger som angår spørsmål de enkelte profesjonelle medarbeiderne ikke har myndighet over. Slike saker går direkte til rådmannsnivået, noe rådmannsnivået fremstod som ikke å være forberedt på. Kort tid før vi besøkte kommunen hadde det oppstått en uventet krise. Rådmannsnivået "oppdaget" da at de i organisasjonen som var faglig kompetente ikke hadde administrativ myndighet, og at de med administrativ myndighet ikke var faglig kompetente. Rådmannsnivået fikk altså en stor krise rett i fanget fordi organisasjonen ikke var på plass, og ledelsen det kan drive overfor det psykiske helsearbeidet må kalles meget situasjonsbestemt.

I denne kommunen eksisterer det et møteforum, kalt psykiatrisk team, der de resterende enhetene psykisk helsearbeid samarbeidet med møter hverandre. Dette teamet brukes til å diskutere psykiatriske problemstillinger og hvordan de fremstår innenfor den enkelte tjeneste. Kommunens plan for psykisk helsearbeid var arbeidet fram i dette teamet. Det er likevel ikke et forum som tas i bruk for å fatte vedtak i konkrete saker, eller koordinere og samordne det løpende arbeidet. Til det ble det tatt i bruk ansvarsgrupper, som jo koordinerer tjenestene i relasjon til enkeltbrukere. Kommunen er ikke kommet langt i arbeidet med individuelle planer, så slike kunne kun i liten grad fungere koordinerende. Virksomheten i kommunen ser dermed ut til å være drevet noe ad hoc, og med forholdsvis mye faglig myndighet delegert til de enkelte profesjonelle medarbeiderne, men som samtidig må karakteriseres som å ha stor vilje og evne til å samarbeide for å løse oppgavene til brukernes beste.

### 3.3.3 Flat struktur, resultatenheter og tjenestemodellen for psykisk helsearbeid

Når vi ser detaljert på de ulike modellene ser vi at kommunene som har en tjenestemodell for organiseringen av sitt psykiske helsearbeid er ulike med hensyn på om de har valgt flat struktur eller ikke for kommunens virksomhet. Kommunene B, D og E har flat struktur, de har likt antall ledelsesnivåer, men ulik kommunal tilknytning for det psykiske helsearbeidet. Vi så over at de faglige oppgavene i kommune C, som har ett ledelsesnivå mellom enheten for psykisk helsearbeid og rådmannsnivå, ble desentralisert til lavest mulig nivå i enheten; altså til de profesjonelle medarbeiderne. I de tre kommunene som har valgt en modell med egen tjeneste for psykisk helsearbeid, har lederne også ansvar for økonomi, personal og faglige beslutninger. De inngår imidlertid i ledelsesdialog med en mellomleder, ikke direkte med rådmannsnivået. I dette avsnittet skal vi gå nærmere inn på hvordan spørsmålene om ledelse, koordinering og samarbeid er ordnet i denne modellen.

#### **Kommune B**

I kommune B så vi over at psykisk helsearbeid er organisert til pleie- og omsorg sammen med hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten er organisert i distrikter og medlemmene av psykisk helsearbeids team arbeider opp mot distriktene, men er organisert i egen tjeneste med egen leder. I denne kommunen er det to ledelsesnivåer mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og rådmannsnivået. Tjenesten for psykisk helsearbeid er knyttet til rådmannsnivået via en av distriktslederne i hjemmetjenesten, og lederen for psykisk helsearbeid har delegert ansvar for økonomi, personal og faglige spørsmål. Mens lederne for alle tre hjemmetjenestedistriktene er knyttet direkte til rådmannen, er altså ikke lederen for psykisk helsearbeid det. I psykisk helsearbeid stilles det likevel ikke spørsmål ved den plasseringen tjenesten har i organisasjonen eller ved tilknytningsformen, og det uttrykkes ikke misnøye med myndigheten eller muligheten til å forme tjenesten faglig. Det ser altså ut til at denne lederen kan

konsentrere arbeidet om å drive tjenesten internt. Det pekes på at antallet stillinger det er planlagt med ikke er på plass, men det pekes også på at tjenesten har mulighet til å drive arbeidet sitt på en god måte etter at Opptrappingsplanen kom i gang (08.10.03 spesialrådgiver og leder psykiatritjenesten).

I denne kommunen er det etablert fora og enheter som går på tvers mellom enhetene. På ledernivå eksisterer det *en tverrenhetlig gruppe* som tar seg av samhandlingen på systemnivå angående psykisk helsearbeid. Gruppen omfatter kultur, helse, sosial, undervisning, samt pleie- og omsorg, og den prioriterer og fordeler midler til det psykiske helsearbeidet.

Samtidig har denne kommunen erfart at mange enheter ikke prioriterer ansvarsgrupper og samarbeid om brukere hvis de ikke må. Det er derfor etablert en *koordineringstjeneste* som har myndighet på rådmannsnivå. Som beskrevet over, har koordineringstjenesten ansvaret for å sette sammen og drive ansvarsgrupper og etablere individuelle planer for brukere med sammensatte behov. Koordineringsenheten ligger i linje over andre enheter og har myndighet til å kalle inn til møter. Koordineringsenheten tar seg også av kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten for pasienter som skal skrives ut, og har ansvaret for at det avholdes møter der behandling og kommunens oppfølging av pasientene diskuteres (28.10.03, koordineringsenheten, kommune B).

Et tredje tiltak i denne kommunen som fungerer koordinerende er *bestillerenheten*. Det er en forvaltningsenhet som gjør vurderinger av brukeres behov, fatter vedtak og gir bestillinger om tjenester for enkeltbrukere til andre enheter i kommunen. Den koordinerer spesielt med pleie- og omsorg, og er etablert først og fremst for å sikre likhet i beslutninger for brukere med like behov. Da beslutningsmyndigheten i pleie- og omsorg lå til distriktene, gjorde kommunen en erfaring med at vedtakene, og dermed tjenestene, ble ulike for brukere som hadde tilsvarende behov for tjenester. Det er profesjonelle medarbeidere som vurderer, fatter vedtak og bestiller. Når det dreier seg om psykisk syke brukere er det en psykiatrisk sykepleier som har ansvaret for bestillingen av tjenester. Tjenestens treffsikkerhet ble opplevd som bedre i denne løsningen enn tidligere, samt at det ble enklere å ta vedtak opp til ny vurdering. Det vil si at vedtak får en bestemt levetid, deretter tas de opp til ny vurdering og kan endres i forhold til eventuelt endrede behov hos brukere (08.10.03, bestillerenheten, kommune B).

### **Kommune D**

I kommune D ligger tjenesten for psykisk helsearbeid under en felles ledelse for helse- og sosialtjenesten. Den inkluderer, som vi så over, tre enheter: psykisk helsearbeid, sosialtjenesten og barne- og ungdomstjenesten (som inkluderer helsesøster, forebyggende tjeneste, PP-tjenesten og en koordinerende enhet). Denne endringen var initiert høgt oppe i det kommunale administrasjonshierarkiet, og iverksatt i tråd med en overordnet kommunal visjon for relasjonen mellom kommunen og innbyggerne. Det innebærer blant annet at tjenester til brukere skal koordineres så godt som mulig. Psykisk helsearbeid hadde tidligere ligget til omsorgsetaten, som omfattet hjemmebasert omsorg, institusjonspleie og omsorg for psykisk utviklingshemmede, men flyttet over til driftsenheten for helse- og sosial etter en brukerundersøkelse der det kom fram at brukere opplevde at de ble sendt fra sted til sted i de kommunale tjenestene.

Som vi så over er det etablert et én-inngangs-system i kommunen. Dette innebærer at det er etablert en skranke som alltid skal ha en saksbehandler til stede med kompetanse innenfor aktuelle fagfelt. Meningen er at brukere skal fortelle sin historie bare én gang, og på bakgrunn av den skal de henvises til den eller de tjenestene som kan gi brukerne hjelp. Det har vært luftet om dette vil presse ut de svakeste brukerne som ikke vil være i stand til å henvende seg til en slik skranke, og det er uenighet om hvorvidt det vil komme til å skje. I ledelsen regnes det ikke med at det vil skje, fordi henvisningene fra lege og fra spesialisthelsetjenesten skal

fortsette. Blant de profesjonelle medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet var de redd for at deres brukere ville stille bakerst i køen fordi mennesker med alvorlige psykiske problemer i liten grad har oppfatninger om egne behov, og derfor ikke, på samme måte som andre, være i stand til å ta i bruk en slik skranke. Vi fikk også opplyst at det til nå ikke har vært vanlig å operere med vedtak i det psykiske helsearbeidet, og henvisninger fungerte derfor som en bestilling på tjenester, og var grunnlaget for kommunikasjon mellom involverte tjenester. Såkalte bestillinger ser ut til å være detaljerte, det kan dreie seg om at det gis bestillinger på bo- eller støttesamtaler for brukere. Det var likevel etablert rutiner på at alle brukeres saker går gjennom en til to ganger i året og vurderes på nytt (03.11.03, leder helse- og sosialetaten; 27.10.03, psykiatriske sykepleiere, kommune D).

Både henvisningsrutinene og skrankeordningen er tiltak som kan fungere koordinerende. Siden brukerne skal fortelle sin historie bare én gang, blir ansatte, profesjonelle medarbeidere og andre nødt til å samarbeide om å fordele brukere på ulike tjenester. Kommunen vil dermed ha kunnskap om alle brukere som har henvendt seg til skranken av en eller annen grunn. Det er også kommunens målsetting å unngå det de kaller "ikke mitt bord-problematikk" (03.11.03, leder helse- og sosialetaten, kommune D), som kan være særlig relevant for denne gruppen brukere. I tillegg til at samlokalisering av flere tjenesteområder under én leder ble antatt å fungere koordinerende mellom tjenester innenfor enheten, koordineres det psykiske helsearbeidet både i arbeidet med enkeltbrukere og på systemnivå. Dette gjaldt både internt i kommunen hvor ulike tjenester nå er pålagt å samarbeide, og med spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten på systemnivå er enhetslederens ansvar, mens de enkelte medarbeidere koordinerer tiltakene med spesialisthelsetjenesten for enkeltbrukere. Dette gjøres i liten grad i ansvarsgrupper, fordi kommunen har dårlig erfaring med slike grupper. Heller ikke individuelle planer benyttes til å koordinere tjenester for enkeltbrukere, først og fremst fordi oppfatningen blant de ansatte er at mange brukere ikke ønsker slike planer (27.10.03, psykiatriske sykepleiere, kommune D).

### **Kommune E**

Vi så over at kommune E har valgt å organisere sitt psykiske helsearbeid i en forholdsvis nyetablert rehabiliteringsavdeling. Den er ny og en del av kommunens reorganisering som var klar til implementering 01.01.03. Rådmannsnivået består av rådmann og assisterende rådmann, som leder en stab for planlegging og utvikling. Kommunikasjonen med enhetsledere foregår fra denne staben. Rehabiliteringsavdelingen er egen enhet, og psykisk helsearbeid er en tjeneste i rehabiliteringsavdelingen. Tjenesten har egen ledelse, men vedkommende leder er også operativ i det direkte arbeidet med brukere. De andre er sosialtjenesten og tjenesten for psykisk utviklingshemmede. I kommunen er det valgt ulik organisering for ulike tjenesteområder. Innenfor skolesektoren er for eksempel hver skole en resultat enhet, mens alle barnehagene igjen er samlet i en resultat enhet. Strukturen er altså ikke like flat for alle enheter, og det ble karakterisert som at den var flat for de enhetene som hadde lite kontinuitet i sin virksomhet. Lederen for rehabiliteringsavdelingen har økonomiansvar, mens ansvaret for administrasjon og drift er delegert til lederen for psykisk helsearbeid. Arbeidsdelingen er nå formalisert, mens det tidligere var en uformell ordning (30.03.04, leder psykiatrienheten, kommune E).

Hvor den faglige ledelsen av psykisk helsearbeid i denne kommunen skulle ligge var uklart etter at ny organisasjon var innført. Lederne på begge nivåer mente den skulle ligge hos dem, men det ble etter en stund avklart at den burde ligge i tjenesten for psykisk helsearbeid (30.03.04, leder psykiatrienheten, kommune E). I denne kommunen har tjenesten for psykisk helsearbeid etablert arbeidsdeling mellom to psykiatriske sykepleiere, hvor én av dem fungerer som leder av tjenesten og en gruppe miljøarbeidere. Miljøarbeiderne har variert utdanningsbakgrunn og noen har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Faglig ledelse innebærer dermed å avgrense et sett arbeidsoppgaver for miljøarbeiderne, og i all hovedsak arbeider de med å

aktivere brukerne, mens de psykiatriske sykepleierne tar seg av andre typer konsultasjoner som samtaler, samt koordinering. Innenfor denne rammen diskuteres det hvordan arbeidet med enkeltbrukere bør legges opp, men det diskuteres også hvordan arbeidet med brukere generelt bør legges opp (01.04.04, psykiatrisk sykepleier, kommune E). I denne kommunen kan det se ut som om arbeidet med brukere er omforent, og at det i stor grad skyldes at det er etablert en egen tjeneste for psykisk helsearbeid som kan utgjøre en organisatorisk ramme.

I rehabiliteringsavdelingen er det tatt tak i en del administrative spørsmål. Blant annet er det etablert et inntaksteam som består av kommunelege og leder for psykisk helsearbeid. Det er også satt i gang prosesser for å innarbeide rutiner om at det skal fattes vedtak, og at vedtak skal evalueres etter en viss tid. Det er oppfatningen at dette er prosesser som har åpnet psykisk helsearbeid i kommunen, og det arbeides videre med å få på plass prosedyrer som skal sikre brukernes rettssikkerhet (30.03.04, leder psykiatrienheten, kommune E).

Organisatorisk pekes det på at det er problematisk å få enheten til å fungere som én enhet. Tjenestene er faglig ulike, noe som begrenser hvor detaljert de kan gå i ulike spørsmål på fellesmøtene. Den enkelte tjenestes faglige ledelse varierer også, noen ledere er uerfarne fordi de er nye i stillingen eller nyutdannede, og de krever mer ledelse fra enhetsleders side enn andre. Det forhindrer at det foregår koordinering mellom de ulike tjenestene i enhetene på dette nivået. Trolig foregår koordineringen på tjenestenivå om den enkelte bruker. I denne kommunen er ansvarsgrupper mye brukt, og de er kommet ganske langt i arbeidet med individuell plan (30.03.04, leder psykiatrienheten; 31.03.04, miljøarbeider; 01.04.04, psykiatrisk sykepleier, kommune E).<sup>2</sup> Trolig er det i utgangspunktet etablert gode rutiner for samarbeid om enkeltbrukere på kommunalt nivå i kommune E.

### 3.3.4 Sektororganisering og tjenestemodellen for psykisk helsearbeid

Kommune A er fortsatt organisert i sektorer, og har ikke flat struktur som de andre kommunene i utvalget. Psykisk helsearbeid er en egen tjeneste innenfor pleie- og omsorgsetaten, og tjenesten har egen leder med tittel koordinator. Pleie- og omsorg består i tillegg av hjemmetjenestens seks distrikter og er samlokalisert med den felles administrasjonen for distriktene. Psykisk helsearbeid arbeider altså opp mot seks hjemmesykepleiedistrikter. Tjenesten for psykisk helsearbeid har trolig ikke delegert myndighet fordi samarbeidet med pleie- og omsorg omtales som uformelt. Lederen har uformelt ansvar for alle sider knyttet til det psykisk helsearbeidet og rapporterer til lederen for pleie- og omsorg som er nærmeste leder og medlem av områdetets ledergruppe (19.05.03).

I denne sektororganiserte kommunen ble samarbeidet med lederen for pleie og omsorg omtalt som godt, men også som personavhengig. I det ligger det at den som for tiden er leder for pleie- og omsorgstjenesten har forståelse for psykisk helsearbeid, slik at samarbeidet flyter godt akkurat nå. I tjenesten for psykisk helsearbeidet oppfattes det som meget uheldig at samarbeidet ikke er formalisert, noe de mener bidrar til å skape et avhengighetsforhold til pleie og omsorg. Lederen for tjenesten for psykisk helsearbeid argumenterer derfor også i denne kommunen for å bli egen enhet med leder som møter i ledergruppen. Oppfatningen var at dette var den eneste måten å sikre en direkte kanal til det nivået der beslutningene fattes, og at å ha en slik kanal er viktig for tjenesten fordi det har vært vanskelig å være organisert under pleie og omsorg tidligere. Et argument som framføres i denne kommunen er at psykisk helsearbeid nå har ansvaret også for barn og unge som trenger psykiske helsetjenester. Pleie-

---

<sup>2</sup> I tjenesten for psykisk helsearbeid har det vært interesse for å kjøpe inn programmet for saksbehandling av individuell plan som er anbefalt fra Sosial- og helsedirektoratet. Det godkjennes imidlertid ikke på sentralt nivå i kommunen. Argumentet er at det bør arbeides med felles saksbehandlingsprogrammer i kommuner, og at dette spesielle programmet derfor ikke prioriteres.

og omsorg oppfattes som sterkt fokusert mot eldre, og det er nå ønskelig å løfte psykisk helsearbeid ut av dette fokuset (19.05.03).

Det er ikke etablert koordinerende enheter på områdenivå, men det er etablert en koordinerende enhet i stab i kommunen sentralt. Der koordineres virksomhet knyttet til psykisk helsearbeid som skal dekke hele kommunen, som blant annet visse dagsentertjenester, arbeid og grønn omsorg, og det drives prosjektarbeid som kommer alle bydelene til gode. Koordineringen foregår i hovedsak om den enkelte bruker. Ansvarsgrupper er mye brukt som arbeidsredskap, individuelle planer er i startgropen, og for brukere som trenger det etableres det team med medlemmer fra de tjenestene brukere skal ha tilgang til. Dette er et arbeidsintensivt redskap som i all hovedsak skal tas i bruk overfor barn og unge under 18 år.

### 3.3.5 Flat struktur, resultatenheter og integrert modell for psykisk helsearbeid

I kommune G er pleie og omsorg en resultatenheter. Åpen omsorg og psykisk helsearbeid er integrerte tjenester i pleie- og omsorgsenheten. Psykisk helsearbeid ligger til staben i pleie og omsorg og har dermed sykepleiefaglig ledelse. Det kan likevel se ut til at det ligger en del beslutningsmyndighet hos psykiatrisk sykepleier. For eksempel ser det ut til at psykiatrisk sykepleier kan fatte beslutninger om når en bruker også har behov for somatiske hjemmetjenester. Det har vært tilløp til noen domenekonflikter som dreier seg om at psykiatrisk sykepleiere ikke går i turnus, om arbeidsoppgavene psykiatriske sykepleiere har og om hvor grensene går mellom hva som er psykiatrisk sykepleies og hjemmetjenestens brukere. Et spørsmål som kom opp med jevne mellomrom var hvor store somatiske plager en bruker skulle ha før hjemmetjenesten skulle kobles inn. I den somatiske hjemmetjenesten var de av den mening at brukere for raskt ble overlatt dem (05.02.04, leder åpen omsorg, kommune G). I følge leder for pleie og omsorg kom spørsmål som kan dreie seg om domenekonflikter opp regelmessig, men spørsmålene ble alltid løst før de ble problemer, fordi de kunne snakke seg til enighet i enheten. Intervjuet med administrasjonssjefen i kommunen viste at spørsmålene var brakt opp på dette nivået, men det fremstår likevel som uklart i hvilken grad administrasjonssjefen deltok i å finne løsninger på slike spørsmål.

Det som er klart er at kommunen har meget lav formaliseringsgrad på sin interne kommunikasjon. Det innebærer at det i liten utstrekning fattes skriftlige vedtak, og vedtak blir i liten grad tatt opp til ny vurdering etter noen tid. Informasjon om brukere ble derfor bare gitt i åpen omsorgs rapportmøter, og det ble dermed viktig for psykiatrisk sykepleier å delta i disse. Dette er en ordning som nylig var kommet i stand. I rapportmøtene flyter det informasjon begge veier mellom den somatiske og psykiatriske hjemmetjenesten. Psykiatrisk sykepleier gir informasjon om observasjoner som gjøres av forskjellige brukere, og må støtte seg til den informasjonen de somatiske hjemmetjenestene kan gi om egne brukere (04.02.04, psykiatrisk sykepleier; 05.02.04, leder åpen omsorg, kommune G). Likevel ser det altså ut til at arbeidsdelingen mellom dem ikke var ordnet. Å få på plass skriftlige rutiner var for tiden en prioritert arbeidsoppgave i kommunen, for eksempel eksisterte det ikke et register som viste brukeres adresse, noe som skapte problemer ved en akuttutrykning som måtte foretas i det intervjuet med lederen for åpen omsorg ble gjennomført.

Rapportmøtene er den viktigste mekanismen for koordinering mellom somatisk og psykisk hjemmetjeneste. Det koordineres da omkring enkeltbrukere, og det ser ut til å være mønsteret for koordineringen også med andre instanser. Mangelen på skriftlighet medfører at koordineringen blir personavhengig. I tillegg til at akuttutrykninger blir problematisk, skaper det problemer ved ferieavvikling og for kommunikasjon mellom tjenester i kommunen. Koordineringen med legen var spesielt berørt, fordi det hadde vært lite kontinuitet i

kommunens legetjenester. Stadig nye leger måtte igjen og igjen høre brukeres og psykiatriske sykepleieres versjoner av sykehistorier. Den sterke vekten på muntlig kommunikasjon og de små forholdene i kommunen medførte at ansvarsgrupper blir oppfattet som overflødig. Det blir tatt kontakt når det er nødvendig. Men mangelen på skriftlighet skaper problemer for iverksetting av individuelle planer som kommunen, ikke uventet, var kommet meget kort med.

### 3.3.6 Oppsummering

Når vi i presentasjonen av datamaterialet har gått detaljert inn på hvordan de syv kommunene i materialet har valgt å organisere seg, ser vi at modellene for organisering av det psykiske helsearbeidet preges av den kommunale organiseringen forøvrig, slik at noen av kommunene får det vi kan kalle hybride løsninger.

Rådmannsnivået får, som beskrevet innledningsvis, en tydeligere rolle i styringen av kommunal virksomhet når kommunen er organisert med flat struktur enn i en sektororganisert kommune. I kommuner med flat (eller flatere) struktur er deler av mellomledelsen tatt bort og myndighet er delegert til de enkelte enheter, som i varierende grad har ansvar for økonomi, personal og drift. I tråd med flat-strukturmodellen er det delegert enten til leder for psykisk helsearbeid eller til nærmeste mellomleder. Som vi så i gjennomgangen over varierer det hvilket ledelsesnivå som er borte; leder av psykisk helsearbeid eller mellomleder på nivået over.

Tre av de syv kommunene (D, F og G) har valgt ulik organisering av det psykiske helsearbeidet. D har valgt egen tjeneste i pleie- og omsorg, F i stab hos rådmann og G som integrert tjeneste i åpen omsorg. De har alle likevel valgt å organisere det psykiske helsearbeidet uten å gi det egen faglig leder, ledelsen ligger på et nivå over. Den delegerte myndigheten ligger dermed ikke innenfor tjenesten psykisk helsearbeid, men i helse- og sosialenheten, hos rådmannen og i enheten pleie og omsorg.

I kommune E er også det psykiske helsearbeidet egen tjeneste, og innenfor rammene av en rehabiliteringsavdeling har den fått ansvaret for personal og drift. Kommunen har valgt å ha to ledere; en leder for det psykiske helsearbeidet og en mellomleder for rehabiliteringsavdelingen. En organisering med to ledelsesnivåer er også valgt i kommune B der det psykiske helsearbeidet i kommunen har egen ledelse med delegert myndighet innenfor både økonomi, personal og drift. Det psykiske helsearbeidet er likevel underlagt lederen i et hjemmetjenestedistrikt som så har ansvaret for å kommunisere med rådmannsnivået. I kommune C er strukturen flatere, og det er etablert egen tjeneste for psykisk helsearbeid som har delegert myndighet på alle tre områdene. Der kommuniserer lederen for psykisk helsearbeid direkte med rådmannsnivået. Kommune A har egen enhet med egen leder i en sektororganisert kommune, og har derfor ingen delegert myndighet. Denne ulike organiseringen gir også forskjellige lederroller, noe vi kommer tilbake til i neste avsnitt.

Ut fra beskrivelsene som er gitt av de ulike organisasjonsformene ser vi at kommunene er svært ulike. De varierer ikke bare angående spørsmålet om organisering av psykisk helsearbeid, delegasjon av myndighet, antallet mellomledere og tilknytning til rådmannsnivået, men de varierer også med hensyn på hvilken rolle rådmannsnivået kan innta overfor det psykiske helsearbeidet. Kommune F – der de psykiatriske sykepleierne er plassert i stab til rådmannen – utgjør et ytterpunkt. Ledelsen av det psykiske helsearbeidet i denne kommunen fremstår som uklart. Rådmannsnivået måtte drive intensiv ”brannslukking” og det vi kan kalle situasjonsbestemt ledelse da det oppsto en krise knyttet til det psykiske helsearbeidet i kommunen. Dette skyldes at det ikke var etablert en egen organisasjon for det psykiske helsearbeidet og det var ingen under rådmannsnivå som hadde myndighet til å fatte beslutninger om hvordan det skulle handles da krisen oppsto. Det andre ytterpunktet er kommune A. I en sektororganisert

kommune av en slik størrelse er det flere ledd mellom rådmannsnivået og den enkelte tjeneste, og all myndighet går i den tradisjonelle linjen. Slik blir rådmannsnivået nærmest ”usynlig” for den enkelte tjeneste.

I de andre kommunene, som også har valgt ulike måter å knytte det psykiske helsearbeidet til rådmannsnivået, kan det se ut til at rådmannsnivået i større grad kunne spille en innovativ rolle. Kommune B særmerker seg ved å ha etablert enheter som går på tvers av resultat-enheter i kommunen, og som hadde tydelige koordinerende oppgaver. Det er altså tatt noen grep for å løse opplevde samarbeidsproblemer. Også i kommune E kan rådmannsnivået ha en innovativ rolle, og kommunen har tatt organisatoriske grep for å styrke samarbeid og koordinering. Kommunen ser likevel ut til å ha satt seg i en situasjon som har skapt et noe konfliktfylt forhold mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og nærmeste mellomleder. Også i kommune D ser det ut til at rådmannsnivået kunne spille en slik rolle, og det er iverksatt et ”én-inngangs-system” som skulle fungere på tvers av tjenester. Kommunen har nylig reorganisert og fjernet lederen for psykisk helsearbeid. Tjenesten er lagt til en større enhet som omfatter flere tjenester, og også her så dette ut til å skape konflikter fordi de profesjonelle medarbeiderne ble usikre på sin yrkesrolle.

I kommune C framstår rådmannsnivåets posisjon overfor det psykiske helsearbeidet som noe uklart. Ved siden av at de profesjonelle medarbeiderne mente at den balanserte målstyringen ikke fungerte, ser det ut til at kommunens dårlige økonomi medførte at ledelsen rådmannsnivået kunne drive i stor grad var situasjonsbestemt. Enheten for psykisk helsearbeid måtte tilpasse seg nye økonomiske rammebetingelser flere ganger i løpet av et år, og brukte mye ressurser på å argumentere mot nedskjæringene og finne løsninger som rådmannsnivået kunne godkjenne. Kommune C er også preget av det vi har kalt enhetsegoisme, særlig tydelig er dette i relasjonen mellom psykiske helsetjenester og kommunens hjemmetjeneste, der det overhodet ikke var noen form for kommunikasjon. Også i relasjonen mellom psykiske helsetjenester og helsesøstertjenesten er det mulig å finne spor av slik egoisme, der er det den psykiske helse-tjenesten som oppfattes å ville beskytte seg mot å få brukere fra helsesøster. Også kommune E så noen spor av dette fenomenet, det omfatter riktignok ikke tjenesten for psykisk helsearbeid direkte, men den blir likevel berørt. Der oppfattet helsesøster at barnevernet og PP-tjenesten var seg selv nok og ikke hadde behov for å samarbeide med andre tjenester etter at de ble slått sammen til en enhet.

### 3.4 Ledelse i psykisk helsearbeid

Ledelse har tradisjonelt ikke hatt en selvsagt plass i offentlige organisasjoner. Dette skyldes at iverksettingen av offentlig politikk har foregått i tett relasjon til det politiske nivået, og at det dermed er politiske organer som gir lederne oppdrag og styrer deres oppmerksomhet. Offentlige organisasjoner skal ta demokratiske hensyn og ledere i offentlige organisasjoner er ansvarlige overfor borgerne og velgerne, ikke overfor spesielle grupper av befolkningen. Viktige kriterier har derfor vært at beslutningene i offentlige organisasjoner skal være synlige og akseptable for offentligheten, samt at likebehandling og forutsigbarhet kan forventes av beslutninger som fattes i offentlige organisasjoner (Strand 2001, Christensen et al 2004). Christensen et al (2004) peker på at offentlige organisasjoner er multifunksjonelle, og at de dermed skal ta hensyn til mange og motstridende krav. For eksempel skal berørte parter kunne delta, men tjenesten skal likevel uttrykke likebehandling, og tjenestene skal holde god kvalitet, men samtidig være kostnadseffektive. Konkretisert kan ledelsesoppgavene være å planlegge, organisere, drive personalpolitikk, styre, koordinere, rapportere, budsjettere, initiere og føre regnskap. Øgar (2004) framhever at noen viktige ledelsesoppgaver i den kommunale helse-organisasjonen er å skape og vedlikeholde en formålstjenlig organisasjonsstruktur, sørge for

oppslutning blant medarbeiderne og gi dem rammer som gjør at de kan utnytte sin kompetanse og utvikle seg videre, samt beskytte kjernevirksomheten mot ytre påvirkninger og svingninger. Alle disse oppgavene vil bli satt på spissen fordi kommunale tjenesteytende organisasjoner opererer i spenningsfeltet mellom kommunens politiske signaler og endringer i lover og forskrifter, samt andre retningslinjer som kommer fra statlig hold.

Reorganiseringer som gjennomføres i tråd med New Public Management, som for eksempel innføringen av flat struktur-modeller for kommunal organisering, aksentuerer betydningen av ledelse i kommunene (Opedal et al 2002). Innenfor en sektormodell styres det detaljert gjennom målfastsetting, regler, behandling av enkeltsaker og budsjettstyring. Myndighet er ikke delegert, og styringen kan gjennomføres tett i relasjon til politisk nivå, som kan inngå direkte i dialog med driftsenheter. Men den gjennomføres også tett i relasjon til det administrative nivået i kommunen, og det styres i linjen fra rådmann og nedover. I flat strukturmodeller får rådmannen og rådmannsnivået en viktigere rolle fordi det krever mer å styre kommuneorganisasjonen. Dette nivået får blant annet ansvaret for helheten i den kommunale tjenesteproduksjonen, og det må ha detaljert kunnskap om alle delene av kommuneorganisasjonen. Det er en av årsakene til at denne modellen ikke er ansett for å egne seg så godt for gjennomføring av tjenester som er komplekse og sammensatte, og som krever mye samhandling og koordinering mellom ulike deler av organisasjonen. Flat-strukturmodellen har også en tendens til å skape en topptung organisasjon fordi det etableres staber og flere lederstillinger på rådmannsnivå (Øgar 2004). Tabell 2.4 viser hvor mange kommuner i Norge som har delegert myndighet i budsjettsaker fra politikk til administrasjonen, og hvor mange som har delegert den videre til enten overordnet etat, enkeltvirksomhet eller begge deler.

Tabell 3.4 *Delegasjon til kommuneadministrasjonen i budsjettsaker 2004. Absolutte tall. N=328*

Andel som har:	Typer enheter videredelegert til:				
	Delegert til administrasjonssjefen	Videre-delegert	Overordnet enhet/etat	Enkeltvirksomheter/institusjoner/bedrifter	Begge deler
Fullmakt til å om-disponere brutto-budsjett	230	168	76	71	21
Anledning til å overføre hele el. deler av overskudd til neste års budsjett	68	34	13	17	4

Kilde: Hovik og Stigen 2004:42

Det er 328 kommuner som har svart på dette spørsmålet i det utsendte spørreskjemaet. Som tabellen viser er det 230 av disse kommunene som har delegert budsjettansvar fra politikere til administrasjonssjefen eller rådmannen. Av de kommunene som har delegert ansvar nedover i organisasjonen, er det til sammen 168 som har videredelegert budsjettsaker til enten en overordnet etat, til en enkeltvirksomhet eller til begge typer enheter. Av disse igjen er det 34 kommuner som har delegert myndighet til å overføre midler til neste års budsjett.

Vårt utvalg speiler ganske godt tallene fra Organisasjonsdatabasen. Fire av de syv kommunene som inngår i studien har delegert myndighet over økonomispørsmål til enhetsledere.

I kommuner med resultatenheter fjernes driften av konkrete tiltak fra den politiske, til dels også fra den administrative, styringen. Dette skjer fordi resultatenheter vanligvis innebærer at



enhetene har delegert myndighet innenfor drift. Dette inkluderer beslutninger om hva som er en faglig forsvarlig drift, økonomi og personal. Enhetsledere får mer ansvar og flere administrative oppgaver i tillegg til de faglige. De kan bli utsatt for kryssende forventninger; de skal være lojale mot rådmannen ved å holde budsjetter, følge opp vedtak og imøtekomme effektivitetskrav, samtidig som det blir forventet at de tar opp saker de ansatte er opptatt av (Opedal et al 2002:82-83). Erfaringene til enhetsledere i kommunene viser at det økte ansvaret oppleves som positivt; det medvirker til ansvarliggjøring og myndiggjøring av enhetsledere. De tar i større grad fatt i problemer selv, det er mindre som kan dyttes oppover i systemet, og det er i mindre grad hensiktsmessig å gjøre det fordi ansvaret for å fatte adekvate beslutninger ligger på enhetsnivå. Ansvaret medfører altså at enhetsledere får økt armslag, de får større innflytelse over eget arbeid og over enhetens virksomhet. Det negative er imidlertid at enhetsledere mener det blir langt flere administrative oppgaver enn tidligere og at de får for lite tid til eget fag. De ønsker i større grad å kunne holde seg selv faglig á jour for å utvikle seg selv og for å løfte enheten faglig (ibid).

Ledelse er altså avhengig av flere faktorer: Statlig og kommunal styringskontekst, helheten i den kommunale organisasjonen, organisasjonsmodellen kommunene har valgt for det psykiske helsearbeidet, arbeidssituasjon- og oppgaver, samt fordeling av tjenestene til brukere er noen slike faktorer. Hvordan ledelse av psykisk helsearbeid kan gjennomføres er altså avhengig av eksterne så vel som interne faktorer, og om og hvordan relevante eksterne faktorer omgjøres til interne faktorer. Et av spørsmålene vi stiller er om det er den enkelte profesjonelle medarbeider selv som har ansvaret for å omdanne dem til interne faktorer, eller om det er en leder for det psykiske helsearbeidet eller en leder på et mer overordnet nivå som har et slikt ansvar.

I den kvantitative analysen er det ikke fokusert direkte på ledelse, men det er spurt om kommunene har koordinator på systemnivå. 70 prosent av kommunene sier at de har en slik koordinator (Myrvold 2004), men vedkommende behøver ikke ha en posisjon som leder av det psykiske helsearbeidet. Blant de syv kommunene i det kvalitative materialet er det fire som har etablert en lederposisjon for det psykiske helsearbeidet. I samtlige av disse fire kommunene (A, B, C og E) er det knyttet en koordinatorfunksjon til denne lederposisjonen. I kommune D var den tidligere lederen av enheten også koordinator, men stillingen var nå avvirket. De to minste kommunene, F og G, har ikke hatt egen ledelse og heller ikke koordinator for det psykiske helsearbeidet. Dermed er det tre av kommunene som har valgt ikke å la det psykiske helsearbeidet ha egen ledelse, men lagt ledelsen til nivået over. I kommune D ligger ledelsen hos en felles leder for helse- og omsorg, i kommune F ligger ledelsen hos rådmannen, og i kommune G, hvor det er en integrert modell, ligger ledelsen i enheten for pleie og omsorg. I de resterende kommunene som har egen ledelse varierer det i hvilken grad lederne har delegert myndighet. I kommune A har lederen ikke delegert myndighet på noen områder og samarbeidet med nivået over karakteriseres som uformelt. I kommune B har lederen delegert myndighet angående både økonomi, personal og drift, det samme har lederen i kommune C. Kommune E har delegert myndighet på personal og drift.

Vi har i redegjørelsen over sett at sammenhengen mellom kommunal organisasjon, modell for psykisk helsearbeid og om det psykiske helsearbeidet har egen ledelse ikke er entydig. Kommuner med like modeller for psykisk helsearbeid, for eksempel B, D og E, som alle har tjenester som er integrert i et større tjenesteområde, har valgt ulike tilnæringer til spørsmålet om ledelse. Kommunene har også valgt ulike tilnæringer til spørsmålet om det skal delegeres myndighet til ledere av det psykiske helsearbeidet. I dette avsnittet skal vi gå noe nærmere inn på hvordan casekommunene har forholdt seg til spørsmålet om delegasjon og hvilken betydning det har for det psykiske helsearbeidet at det har egen ledelse.

### 3.4.1 Ledelse i den sektororganiserte kommunen

Det er kommune A som er den sektororganiserte kommunen i vårt materiale. Her er det ikke delegert myndighet til enhetsledere innenfor noen av de angjeldende områder. Ledelsen i enheten drives dermed i tråd med byråkratiske verdier som fokuserer regler og myndighetsorientering, og den drives tett i relasjon til det overordnede nivået, som altså er pleie- og omsorg. Trolig preges dermed virksomheten i det psykiske helsearbeidet av de verdiene som er rådende i pleie- og omsorg, det er også sannsynlig at kommunikasjonen mellom lederen for pleie- og omsorg og ledergruppen vil preges av slike verdier. Vi så at lederen for det psykiske helsearbeidet i denne kommunen er opptatt av at psykisk helsearbeid burde ha et bredere perspektiv på sin virksomhet fordi det også skal omfatte barn og unge (19.05.03). Tjenesten skal dermed inngå i samhandling og koordinere seg med andre tjenester som ligger utenfor pleie- og omsorg, og det er viktig at det legges til rette for slik koordinering.

Vi så også at samarbeidet mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og den somatiske hjemmetjenesten ble oppfattet som å være godt i denne kommunen og at brukere fikk tjenester fra begge. Den somatiske hjemmetjenesten har dermed behov for å ha kunnskap relatert til de psykiatrifaglige sidene ved arbeidet med noen av deres brukere. Problemet med dette i denne kommunen er at de ansatte i den somatiske hjemmetjenesten langt på vei overlater alle psykiatriske problemstillinger til de psykiatriske sykepleierne. Behovet for psykiatrifaglig kompetanse artikuleres ikke av den somatiske hjemmetjenesten eller av lederen for pleie- og omsorg, men av den psykiske helsetjenesten. Denne må argumentere overfor sin nærmeste leder om ressurser til å gjennomføre kurs, utvikle veiledningsrutiner og gjennomføre veiledning for de ansatte i somatisk hjemmetjeneste. Samtidig konkurrerer den psykiske helsetjenesten med den somatiske hjemmetjenesten om ressurser til slike kompetansehevende tiltak. Erfaringen hos de psykiatriske sykepleierne er at verdigrunlaget i avdelingen tilsier at de ofte blir taperne i denne konkurransen. Riktignok er det blitt bevilget midler til å gjennomføre noen runder av "Støtte og lære", men det var på langt nær alle hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i den somatiske hjemmetjenesten som hadde gjennomført kurset. Det er helt opp til gruppelederne i den somatiske hjemmetjenesten om de vil prioritere kursing og veiledning av ansatte i psykiatrirrelevante problemstillinger. I denne kommunen, som har seks selvstendige distrikter for somatisk hjemmetjeneste, var det i hovedsak bare ett distrikt som hadde benyttet seg av tilbudene det psykiske helsearbeidet ga. Resultatet ble at sykepleiere og hjelpepleiere i den somatiske hjemmetjenesten tok individuell kontakt med medarbeidere i psykisk helsearbeid for å få veiledning angående konkrete brukere (19.05.03, psykiatrikoordinator; 21.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A).

Koordinatorens eller lederens rolle blir å legge til rette for det arbeidet de psykiatriske sykepleierne skal gjøre. I den forbindelse ble det pekt på at opplærings situasjonen for tjenestens egne profesjonelle medarbeidere er god. Mange av dem har videreutdanning og nivået er høyt. Tjenesten har innarbeidet ansvarsgrupper som arbeidsform og er kommet rimelig langt i arbeidet med individuell plan. Det påpekes at individuell plan krever mye samordning, men at hovedvekten av arbeidet med slike planer ligger i å overbevise brukere om at de er et godt arbeidsredskap også for dem. Det ligger altså i den individuelle relasjonen mellom profesjonell medarbeider og bruker, men må samordnes i tjenesten. Det inngår også i lederrollen å argumentere overfor pleie- og omsorg om kontorsituasjonen og at tjenesten ikke bør gå i turnus. Det kan generelt se ut som at grensene mellom psykisk helsearbeid og pleie- og omsorg er noe uklare fordi leders arbeidsoppgaver dermed i stor grad blir å skape handlingsrom for de psykiske helsetjenestene.

### 3.4.2 Ledelse i integrert modell: psykisk helsetjeneste i pleie og omsorg

Den minste kommunen i vårt utvalg, kommune G, har valgt en integrert modell for sitt psykiske helsearbeid. Der utgjorde psykiatriressursen 1,5 stilling lagt til stab i pleie- og omsorgstjenesten, som til sammen har om lag 20 medarbeidere. Ressursene i det psykiske helsearbeidet var antatt å skulle øke til to hele stillinger i løpet av neste halvår (04.02.04, psykiatrisk sykepleier; 05.02.04, leder åpen omsorg, kommune G). Det ble fattet beslutning om å utvide enheten med en stilling for psykiatrisk sykepleier tidlig på 90-tallet, denne beslutningen ble fattet av administrasjonssjefen. Da kommunen ikke fikk søkere til stillingen ble det bestemt at en allerede ansatt sykepleier i åpen omsorg (hjemmetjenesten) skulle få videreutdanning som psykiatrisk sykepleier, og vedkommende var klar til å gå inn i stillingen i 1995.

Posisjonen det psykiske helsearbeidet får i stab medfører at de psykiatriske sykepleierne kan gjennomføre sine arbeidsoppgaver noenlunde uavhengig. De kan inngå i forhandlinger med åpen omsorg om de skal involveres i tjenesteytingen overfor enkeltbrukere, og de deltar på rapportmøter for å gi og få informasjon om felles brukere. Trolig kan slike rapportmøter også tas i bruk til å gi veiledning angående både psykiatrifaglige problemstillinger generelt og enkeltbrukere i den grad det er nødvendig. Psykiatrisk sykepleier har i denne posisjonen mulighet til å utforme arbeidsoppgavene på et selvstendig grunnlag, men det kan ikke hindre at den åpne omsorgen setter spørsmålsteget ved innholdet i arbeidsoppgavene. Misnøyen i pleie og omsorg om den typen tjenester psykiatrisk sykepleier fordeler til sine brukere var artikulert gjentatte ganger. Oppfatningen er at å ha samtaler og drive ulike former for trening, for eksempel sosial trening som kan innebære å trene på å bruke offentlig kommunikasjon, handle inn varer, og til og med at sykepleier og bruker går på kafé, ikke burde høre inn under det arbeidet åpen omsorg skulle drive (05.02.04, leder åpen omsorg; administrasjonssjef, 04.02.04; psykiatrisk sykepleier; 05.02.04, kommune G). Selv om det ble påpekt at uenigheter og kontroverser om arbeidsoppgaver ble løst før det ble problemer, hadde slike kontroverser vært løftet opp på administrasjonssjefsnivå, og de måtte finne sin løsning der. Trolig fungerer derfor administrasjonssjefen som beskytter av det psykiske helsearbeidet.

Mangelen på skriftlighet i saksbehandling i denne kommunen har, som vi så, implikasjoner for koordineringen, og det har dermed også betydning for iverksettingen av tiltak som individuell plan og ansvarsgrupper. Ledelse som innebærer at slike spørsmål blir arbeidet med ble kun drevet hos administrasjonssjefen. Verken psykiatrisk sykepleier eller leder for pleie og omsorg tok ansvar for å begynne arbeidet med å etablere skriftlige rutiner. Det var imidlertid begynt både hos legen og helsesøster. Kommunen har et lavt nivå på videreutdanning i psykisk helsearbeid, trolig er det ingen i hjemmetjenesten som har videreutdanning, og psykiatrisk sykepleier deltok kun på kursene som ble gitt i forbindelse med fylkeslegens samlinger.

Dette tyder også på, som i modellen over, at det psykiske helsearbeidet blir avhengig av å ha mye godvilje på nivået over. Det er der alle prioriteringer og beslutninger skal gjøres, og det er der det tas avgjørelser om hvilken retning arbeidet skal ta. Når psykisk helse er integrert i pleie og omsorg kan det ikke sikres at den sykepleiefaglige ledelsen har den nødvendige innsikt slik at psykisk helse faktisk prioriteres. Det kan trolig ikke unngås at det blir stilt spørsmål ved det psykiske helsearbeidet, hvordan det skal utformes og hva det skal inneholde. Diskusjonene som har gått både i kommune G og i kommune A, der den somatiske hjemmetjenesten argumenterer for at også psykiatriske sykepleiere skal gå i turnus, indikerer at grensene er uklare. Den psykiske helsetjenestens motargument mot turnus er at det vil være lite hensiktsmessig bruk av ressurser. Med et lite antall psykiatriske sykepleiere, og et fåtall brukere og situasjoner som krever psykiatrisk kompetanse utenom vanlig arbeidstid, vil de ikke kunne fylle en turnus med tilstrekkelig viktige oppgaver. Som denne diskusjonen er en indikator på, betyr ledelse av psykiske helsetjenester i stor grad å skape handlingsrom slik at

profesjonelle medarbeider kan gjennomføre sine arbeidsoppgaver uten for mye friksjon i forhold til andre tjenester.

### 3.4.3 Ledelse i enhetsmodellen

Kommune C er den kommunen i materialet som har valgt å legge psykisk helsearbeid i egen enhet. Enheten har delegert myndighet på alle de nevnte områdene, men sliter med å tilpasse seg stadig nye og dårligere økonomiske betingelser. I denne kommunen er det innført balansert målstyring. Det er det gjort i omlag 14 prosent av norske kommuner (Hovik og Stigen 2004). Det innebærer at fokuset settes på resultater og at det defineres ambisjoner for et sett strategiske fokusområder. På fokusområdene defineres det suksesskriterier som måles kvantitativt. Fokusområdene økonomi, brukere og medarbeidere skal være en del av den balanserte målstyringen. Indikatorer på suksess er, for eksempel på økonomiområdet, at det er god økonomistyring og at tjenesteproduksjonen er effektivisert. I tillegg til de kvantitative målene, kan også resultatene bedømmes på kvalitative sider ved de tjenestene som produseres og fordeles. Da spørres ofte brukere om hvordan de opplever kvaliteten på tjenestene. Styringsredskapet i denne modellen er dialog mellom kommunenes ledelse og resultatenhetsledere. Resultatenhetsledere har en meget sentral rolle i denne styringsmodellen, som den som både skal følge opp resultater fra undersøkelser gjort for brukere og medarbeidere, og sette i verk tiltak. Forventningene til lederrollen er ofte kryssende da de ansatte forventer at leder er deres talsmann overfor rådmannsnivået, mens rådmannsnivået forventer lojalitet i i verksettingen av den kommunale politikken (Opedal et al 2002, KR D 2004). Som vi så var ledelsesoppgavene i enheten splittet opp og driftsoppgaver, inkludert den faglige ledelsen, var delegert ut til profesjonelle medarbeidere i enheten.

En av årsakene til at ledelsesoppgavene var løst på denne måten var at enhetslederen brukte mye tid på kommunikasjon med rådmannsnivået. Kommunikasjonen var konsentrert om de stadig dårligere økonomiske betingelsene for gjennomføringen av det psykiske helsearbeidet i kommunen. Fordi det gikk med mye administrasjonstid til denne kommunikasjonen, karakteriserte en av medarbeiderne relasjonen enheten har til rådmannsnivået som en "energilekkasje" (10.11.03, sykepleier, kommune C). Det skulle blant annet finnes fram til gode løsninger som kunne fremmes, og skrives forslag til hvordan nedskjæringer kunne unngås, eventuelt søke om ekstrabevilgninger. For eksempel mente leder av enheten for psykisk helsearbeid at enheten måtte unntas når det kom krav om nye nedskjæringer i budsjettperioden fordi det er en opptrapping i gang på feltet psykisk helsearbeid. Dette fikk enheten ikke støtte i, og den ble utsatt for de samme krav til nedskjæringer som andre enheter i kommunen. Det gikk også med mye ekstra administrasjonstid på grunn av den manglende tilknytningen til kommunens saksbehandlingssystem. Særlig tydelig ble dette når enheten skulle samkjøres både internt og eksternt med andre enheter, for eksempel ved deltakelse i andre enheters prosjekter, som bolig for bostedsløse. Det oppfattes som vanskelig å finne tid til koordinering (11.11.03, sykepleier, kommune C).

Leder ved enheten for psykisk helsearbeid var av den mening at den balanserte målstyringen ikke fungerte særlig bra. I balansert målstyring foregår styringen i en relasjon mellom enhetsleder og rådmannsnivå, men det skjedde ikke i kommune C. Det ble også pekt på fra annet hold at assisterende rådmann, som er ansvarlig for det sosialfaglige området, ikke har verken sosialfaglig eller psykiatrifaglig bakgrunn, og oppfatningen var at vedkommende ikke kunne spille noen faglig lederrolle (21.11.03, spesialrådgiver, kommune C). Vi har tidligere argumentert for at rådmannsnivået, på grunn av den upredikerbare økonomiske situasjonen i kommunen, kun var i stand til å drive situasjonsbestemt ledelse av enheten for psykisk helsearbeid. Enheten måtte derfor selv drive en del brannslukking forårsaket av stadig nye krav til innstramminger. Den balanserte målstyringen kan sies å ikke fungerer også fordi

beslutninger om faglig forsvarlig drift av psykisk helsearbeid innenfor de gitte økonomiske rammene, delegeres ned til det laveste mulige nivå. Det er delegert til koordinatorene under enhetsnivå å ta viktige faglige avgjørelser, og medarbeidere i det psykiske helsearbeidet har rollen som deltidsledere på sine felter (10.11.03, sykepleier; 11.10.03, leder psykiatrienheten, kommune C).

Et eksempel på mangelfull ledelse er opplysningen som ble gitt om at det ikke var budsjettert reelt for bilbruk og vikarer. De problemene som oppstod på grunn av dette hadde fagkoordinatoren fått delegert ansvar for å finne en driftsløsning på, innenfor de kravene til forsvarlighet som stilles til tjenesten. Samtidig hadde fagkoordinatoren ikke noen tilgjengelige redskaper for å drive ledelse. Hvilke sider ved driften som skulle endres ble altså ikke fastlagt i dialogen mellom rådmannsnivået og resultatenhetslederen, slik den balanserte målstyringen forutsetter, men på nivået under resultatenhetslederen. Utformingen av den tjenesten brukere får tilgang til foregår altså meget langt nede i organisasjonen, delegert langt vekk fra både det politiske og administrative beslutningsnivået. I kommune C ser dette ut til å innebære at de faglige aspektene tones ned til fordel for et fokus på økonomi.

Ut over at ansatte har videreutdanning i psykisk helsearbeid er nivået på videreutdanning lavt i denne enheten. Det ble betegnet som vanskelig å finne midler for å gi profesjonelle medarbeidere kurs etc. Det legges heller ikke til rette for at profesjonelle medarbeidere skal få veiledning. Også i denne modellen for organisering av psykisk helsearbeid er det lagt vekt på rapportmøtene, de får rollen både som koordinerende instanser og fora der profesjonelle medarbeidere må veilede hverandre. Det skjedde fortrinnsvis i tilknytning til enkeltsaker. Kommunen er heller ikke kommet langt i arbeidet med individuelle planer, men det var tatt et initiativ om å samordne det på enhetsnivå. Ansvarsgrupper var det vanskelig å få i stand, og profesjonelle medarbeidere la opp til utviklingsforløp i enkeltsaker som ikke involverte andre enheter (10.11.03 sykepleier; 11.11.03, sosionom, kommune C).

Ledelsen i enhet for psykisk helsearbeid, slik den fremstår i kommune C, ser dermed ut til å være meget orientert utad, mot rådmannsnivået og mot å gjennomføre arbeidsoppgaver som var tillagt lederposisjonen av aktører eksterne for psykisk helsearbeid. Andre arbeidsoppgavene som ledelse i psykisk helsearbeid gjerne innebærer blir vanskelig å gjennomføre, og at arbeidet blir meget situasjonsbestemt. Det er viktig å merke seg hvilken kontekst enhetsmodellen i kommune C ble studert i: kommunens organisasjonsmodell var relativt ny og omdiskutert da vi besøkte kommunen, samtidig som økonomien ble opplevd som svært stram.

### 3.4.4 Ledelse i stabmodellen

Kommune F har lagt ledelsen av det psykiske helsearbeidet i stab hos rådmann, og som vi viste over, har dette ført til at ansvaret for å fatte en del viktige beslutninger er blitt pulverisert. Det vil si at rådmannsnivået – ganske uforberedt – måtte fatte beslutningene da en krisesituasjon oppsto. Vi viste også at ulike måter å knytte det psykiske helsearbeidet organisatorisk til kommunen var under diskusjon, og at de psykiatriske sykepleierne mente det burde etableres en egen enhet med egen ledelse. I denne kommunen er det psykiske helsearbeidet et ansvar som ligger hos de profesjonelle medarbeiderne, men uten at de har delegert administrativ myndighet til faktisk å fatte beslutninger som angår utøvelsen av eget arbeid. Det er ikke etablert rutiner eller lignende som koordinerer arbeidet med andre instanser i kommunen, all koordinering skjer rundt enkeltbrukere. Heller ikke de to psykiatriske sykepleierne koordinerer arbeidet i forhold til hverandre. De har ansvaret for hvert sitt distrikt i en langstrakt, men griskrendt befolket kommune. Kommunen er kommet kort i arbeidet med individuelle planer, og nivået på videreutdanning utover psykisk helsearbeid er lavt. Det ble betegnet som vanskelig å få gehør for et eventuelt behov for videreutdanning og kurs. Over har vi beskrevet relasjonen mellom psykisk helsearbeid og rådmannsnivået som situasjons-

bestemt og preget av at det foregikk brannslukking. Ledelse i stab hos rådmannen, slik det utspiller seg i kommune F, ser dermed ut til å innebære liten eller ingen ledelse så lenge det ikke oppstår problemer.

### 3.4.5 Ledelse i tjenestemodellen

#### **Ledelse i tjenestemodellen når psykisk helsearbeid har egen leder**

Kommunene B og E er organisert med egen tjeneste for psykisk helsearbeid innenfor et større tjenesteområde, og tjenesten er gitt egen leder. I kommune B er både økonomi, personal og drift delegert til lederen for psykisk helsearbeid, mens i kommune E er det kun personal og drift som er delegert. Vi så over at misnøyen med organisasjonsformen og tilknytningen til rådmannsnivået var forholdsvis stor i kommune E, mens det i kommune B var lite misnøye.

Vi så over at rådmannsnivået i kommune B har etablert en koordineringstjeneste med ansvar for å drive ansvarsgrupper og initiere og lage individuelle planer for brukere. Også andre koordinerende instanser (bestillerenheten) medvirker til at nødvendige prosedyrer er etablert for at saksbehandling, vedtak og behandling av brukere skal være så enkel som mulig. Disse institusjonelle ordningene avlaster tjenesten for psykisk helsearbeid for arbeid knyttet til bl.a. koordinering, slik at ledelsen i det psykiske helsearbeidet i større grad kan rettes mot å etablere gode tjenester for brukerne og gode arbeidsforhold for de ansatte. Profesjonelle medarbeidere oppfatter det som mulig å få tilgang til videreutdanning og kurs, og det organiseres veiledning for de ansatte. I tjenesten ble det også arbeidet med utvikling av tiltak for brukere. Slike tiltak blir iverksatt ved dagsenteret, som for eksempel har en omforent innstilling til inntak av brukere (28.10.2003, dagsenteret, 28.10.03, koordiningsenheten, kommune B). I kommune B oppfatter lederen av psykisk helsearbeid sin rolle som å fatte beslutninger om arbeidsdeling mellom enhetene innad i tjenesten for psykisk helsearbeid, fordele budsjettet, drive veiledning og avklare rollene de ansatte inngår i med brukere i utførelsen av sine arbeidsoppgaver. Det ble videre sett som uproblematisk at tjenesten var tilknyttet rådmannsnivået gjennom en leder av et hjemmesykepleiedistrikt (08.10.03 spesialrådgiver og leder i psykiaritjenesten, kommune B).

I kommune E er arbeidet med individuelle planer kommet forholdsvis langt, det er etablert rutiner for arbeidsdeling som også innebærer at tiltakene i psykisk helsearbeid stadig videreutvikles, og koordinering med instanser i kommunen forløper forholdsvis friksjonsfritt. Et eksempel på dette er familievernstillingen som er etablert hos helsesøster. Oppfatningen blant medarbeidere er at det er forholdsvis lett å få videreutdanne seg eller delta på kurs og lignende. Tjenesten for psykisk helsearbeid anses å være selvstendig fordi den har fått delegert forholdsvis mye ansvar og enhetsleder argumenterer med at det ansvaret setter tjenesten direkte i kontakt med rådmannsnivået. Medarbeidere i tjenesten for psykisk helsearbeid oppfattet det likevel slik at de må kjempe med andre tjenester om enhetslederens oppmerksomhet og ressurser, og at de må drive interessekamp for å synliggjøre tjenesten. I det psykiske helsearbeidet argumenteres det videre med at tjenesten ligger for langt ned i organisasjonen og at det ikke er mulig å synliggjøre verken tjenestens eller brukernes behov. Et uttrykk for det, mente de profesjonelle medarbeiderne, var blant annet at det – i en opptrappingsperiode – ikke var funnet nødvendig å ha en egen rubrikk for psykisk helsearbeid i kommuneplanen. I tjenesten for psykisk helsearbeid arbeides det aktivt for at organisasjonen skal endres. Denne situasjonen skapte ikke åpne og direkte konflikter, men det ble oppfattet som problematisk av enhetsleder som i utgangspunktet hadde problemer med å danne en enhet av rehabiliteringsavdelingen (30.03.04, leder psykiatrienheten; 31.03.04, miljøarbeider; 01.04.04 psykiatrisk sykepleier, kommune E).

Holdningen i kommunen er at psykisk helsetjeneste er ledet av faglig dyktige medarbeidere, og derfor ikke har behov for direkte kontakt med rådmannsnivået. Denne direkte kontakten ville psykisk helsetjeneste likevel gjerne ha, men dette ble ikke problematisert i relasjonen mellom enhetslederen og rådmannsnivået. Der er det enighet om at organisasjonen bør være som den er og at psykisk helsearbeid bør være en tjeneste under rehabiliteringsavdelingen (30.03.04, leder psykiatrienheten, kommune E).

Ledelse av psykisk helsearbeid i kommune E framstår som å være orientert mot interne forhold, på samme måte som ledelsen i kommune B. Det er spørsmål om å drive personalpolitikk, utvikle tjenesten, fastlegge arbeidsoppgaver for miljøarbeidere og tilrettelegge for å utvikle en god tjeneste for brukere. Samtidig oppleves det slik at det må arbeides en del mot eksterne aktører for å få handlingsrom.

I kommunene B og E er altså lederne for psykiske helsetjenester beholdt, men likevel ulikt organisert og med ulik myndighet. En mulig forklaring kan være at tjenestene som inngikk i kommune Es rehabiliteringsavdeling er veldig ulike og at det kreves mye av lederen for å skape en enhet av tjenesten for psykisk helsearbeid, sosialtjenesten og tjenesten for psykisk utviklingshemmede. Det kan dermed være ulik grad av kommunikasjon som er nødvendig for å lede de ulike tjenestene, og med så ulike tjenester lagt til en enhet kan det oppstå uklarheter om ressursfordelingen. I kommune E er oppfatningen blant medarbeiderne i psykisk helsearbeid at de må drive interessekamp for å synliggjøre tjenestens behov og sikre nødvendige ressurser, dette fant vi ikke i kommune B. Det ser ut til at kommune B i større grad er preget av enhetlighet og konsensus om organiseringen, men kommunen er også preget av å ha skapt noen løsninger angående koordinering, som trolig gjør arbeidet med psykiske helsetjenester enklere fordi en del arbeid mot eksterne aktører er løftet vekk fra tjenesten og dens ledelse.

Vi ser også at tjenestelederne i de to kommunene ikke har like stort myndighetsområde. I kommune B er ansvaret for både økonomi, personal og drift delegert, mens i kommune E er den delegerte myndigheten begrenset til drift og personal. De har altså ikke ansvaret for økonomi, noe som kan forklare oppfatningen de profesjonelle medarbeiderne i denne kommunen har av at de må kjempe for ressurser til sin tjeneste. Lederne på tjenestenivå har, i denne modellen, dermed ikke lik myndighet på tvers av kommuner, og det kan oppstå forskjeller i hvordan de velger å utforme de aktuelle tjenestene innenfor det psykiske helsearbeidet. Med ulikt lederskap kan tjenestene altså bli ulikt utformet, selv om den overordnede organiseringen av psykisk helsearbeid er lik.

### **Ledelse i tjenestemodellen når psykisk helsearbeid *ikke* har egen leder: ledelse på overordnet nivå**

Som vi så har kommune D valgt å fjerne lederen for tjenesten psykisk helsearbeid i sin siste reorganisering. Argumentet var at det ikke lenger var nødvendig å ha ledere på dette nivået. Den kommunale ledelsen hadde en målsetting om å myndiggjøre den enkelte medarbeider, og å fjerne mellomledere var redskapet som kunne gjøre det mulig. Det medførte at også i denne kommunen var tre tjenester organisert i en enhet. I kommune D er det nå bare ett nivå mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og rådmannsnivået, mens det tidligere var to.

Da vi intervjuet ansatte i kommunen, var reorganiseringen nylig gjennomført og satt i verk under motstand fra profesjonelle medarbeidere som mente de ikke var hørt. De mente at endringen ville overstyre det psykiske helsearbeidet, og som vi også så over, skapte den en del usikkerhet og uro i tjenesten og tjenesten ble også uten koordinator i den nye ordningen. Mens den tidligere lederen hadde bakgrunn som psykiatrisk sykepleier, har den nye kun sykepleiefaglig bakgrunn. Hva myndiggjøringen innebærer var på tidspunktet uklart for de profesjonelle medarbeiderne i psykisk helsearbeid. De skulle få ansvar og myndighet til å utforme tjenesten for den enkelte bruker, men opplevde at retningslinjene var uklare og at det

ikke var noen steder å henvende seg. Dermed ble også egen rolle som profesjonell medarbeider uklar, og uten leder ble de sårbare. De oppfatter at rammene for deres arbeid er endret, men uten at det var mulig å finne ut hvor ansvar faktisk ligger (27.10.03, psykiatriske sykepleiere; 03.11.03, leder helse- og sosialetaten, kommune D). Prosessen ble karakterisert som vanskelig, og de profesjonelle medarbeiderne i psykisk helsearbeid så ikke at det var noen gevinst for deres arbeidsområde av denne reorganiseringen, og det hadde bredt seg en holdning om at den var initiert kun for å spare penger. Prosessen resulterte i at tidligere leder nå var langtidssykemeldt.

Svarene på våre spørsmål ble derfor gitt i forhold til den organisasjonen som nylig var avviklet i kommunen. Innenfor den tidligere modellen oppfattet de profesjonelle medarbeiderne at de hadde hatt gode rammevilkår for videreutdanning og kursing. Det var mulig å få til samarbeid med andre instanser, det var utviklet rutiner for henvisning og annen type koordinering. For eksempel var det faste møter med leger og andre instanser. Det var videre utviklet en god arbeidsdeling i forhold til dagsenteret. Det var etablert tiltak som differensierte mellom grupper av syke, og som ble iverksatt ved dagsenteret. Holdningen var at det psykiske helsearbeidet var i godt gjenge før organisasjonsendringen, men at reorganiseringen hadde skapt uro. Det eksisterte utbredt usikkerhet og uklarhet om hvordan den nye organisasjonen ville fungere. For eksempel var relasjonen mellom psykisk helsearbeid og andre instanser i kommunen i ferd med å endres, blant annet av etableringen av én-inngangssystemet og av fjerning av en veletablert henvisningsordning. Relasjonen mellom tjenesten for psykisk helsearbeid og dagsenteret var i ferd med å endres fordi kommunens ledelse ville innføre et privat, brukerstyrt alternativ som vil løfte dagsenteret ut av det psykiske helsearbeidets kontroll. Det var også skapt uklarheter om gjennomføringen av oppgavene psykisk helsearbeid består i fordi det ble stilt krav til at alle konsultasjoner skulle foregå fra kontoret.

Ledelse i denne modellen kan, på det tidspunktet vi besøkte kommunen, karakteriseres som å være ikke-eksisterende, og driften av det psykiske helsearbeidet flyter på rutiner, prosedyrer og tiltak som var etablert under den forrige ledelsen. På den ene siden vil kommunens og enhetens ledelse at det skal settes i verk store endringer i det psykiske helsearbeidet. På den andre siden er en meget uklar myndighet til faktisk å iverksette endringene overlatt de enkelte profesjonelle medarbeiderne. Medarbeiderne er uenige i endringene ut fra et faglig ståsted og mener at de ikke har noen steder å henvende seg for å få svar på sine spørsmål om hvordan de skal opptre og hvilke tilpasninger som skal gjøres. Likevel blir det forventet fra ledelsen at medarbeiderne skal opptre lojalt og ta sin faglige kunnskap i bruk for å tilpasse sin yrkesutøvelse til nye krav og nye organisatoriske betingelser.

### 3.4.6 Oppsummering

Etter denne gjennomgangen er det mulig å si at det synes å spille en viss rolle om det psykiske helsearbeidet er organisert med egen leder og om det er delegert myndighet til lederen. Det kan se ut som om medarbeiderne i psykisk helsearbeid i kommune F, G og D har mer usikre rammer rundt sin yrkesutøvelse enn i de andre kommunene. I disse kommunene blir tilpasning av yrkesutøvelsen til eksterne betingelser og krav lagt som et ansvar direkte på den enkelte profesjonelle medarbeider, som ikke har noen formalisert arena for samordning og omforening av praksis. Det er ingen leder som kan fungere som buffer mot krav fra kommunalt og statlig nivå, og for eksempel se det som sitt ansvar å trekke ut og presisere oppgaver for det psykiske helsearbeidet fra offentlige dokumenter. Dermed har det psykiske helsearbeidet i disse kommunene heller ikke noen som ser det som sitt ansvar å tilrettelegge for å gjennomføre det psykiske helsearbeidet på best mulig måte, for eksempel med hensyn på koordinering internt i kommunen og eksternt med spesialisthelsetjenesten. Kommune G er for så vidt et lite unntak med hensyn på det første fordi medarbeiderne i psykisk helsearbeidet deltar på pleie og



omsorg sine rapportmøter som, i teorien, kan fungere som arenaer der det er mulig å komme fram til omforente løsninger.

Også kommune C, som er egen resultatenhetsleder med egen leder som rapporterer direkte til rådmannen, har ledelsesproblemer. Disse manifesterte seg både i relasjonen mellom enhetsleder og rådmannsnivået, fordi den balanserte målstyringen ikke fungerte og fordi leder fikk mange ekstraoppgaver, og i relasjonen mellom enhetsleder og de profesjonelle medarbeiderne. Heller ikke i denne kommunen kunne lederen fungere som en buffer mot eksterne krav og forventninger, og også her ble de ført direkte ned på et nivå under enhetsleder hvor profesjonelle medarbeidere fikk ansvar for å tilpasse tjenesten faglig til stadig nye finansielle vilkår. Kommunen har også store problemer med å koordinere på tvers mellom ulike enheter og det er nokså klart at den opplever enhetsegoisme. Denne egoismen er tydelig i den måten hjemmetjenestene forholder seg til det psykiske helsearbeidet på, men andre enheter mente også at psykisk helsearbeid forholder seg egoistisk til samarbeid med dem. Det er denne kommunen og kommune F som har flatest strukturer, og begge er preget av at rådmannsnivåets rolle blir brannslukkerens. Det oppstår situasjoner som er ute av kontroll, enten i form av manglende ressurser og enhetsegoisme, som i kommune C, eller i form av at ansvaret for koordinering innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten ikke er plassert noe sted i organisasjonen, som i kommune F.

For kommunene E, B og A, som alle har egen leder for en egen tjeneste for psykisk helsearbeid lagt inn under et videre tjenesteområde, ser ledelsen ut til å fungere godt. Kommune B kommer trolig best ut. Der har lederen delegert ansvar for økonomi, personal og drift, og koordinering i form av ansvarsgrupper, individuelle planer og beslutning om å tildele tjenester er løftet ut av tjenestens domene. Slike funksjoner ligger til egne forvaltningsenheter, og begge disse forholdene bidrar til at ledelsen i det psykiske helsearbeidet kan konsentrere seg om å legge til rette for gjennomføring av gode tjenester for brukerne. Arbeidet kan konsentreres om interne forhold og det er utviklet differensierte tiltak for brukere.

I kommune E er situasjonen nokså tilsvarende kommune B, men økonomispørsmålene er ikke delegert til tjenesten og oppfatningen blant de profesjonelle medarbeiderne er at det måtte kjempes om ressursene til tjenesten. Medarbeiderne i tjenesten forklarte dette med tjenestens plassering i den kommunale organisasjonen, som er for langt nede i organisasjonen. Dette er også trolig en av forklaringene på at det ble brukt ressurser på å argumentere for at organisasjonen burde endres. Også det faktum at det var problematisk for lederen av den overordnede enheten å få tre nokså ulike tjenester samordnet til én enhet, bidrar til å forklare dette. Psykisk helsearbeid var den tjenesten i enheten som fungerte best og som hadde god kontinuitet, og fikk dermed minst oppmerksomhet fra enhetsledelsen. Utover det ser det ut til at det psykiske helsearbeidet i kommune E har gode vilkår for å utvikle en differensiert tjeneste tilpasset brukernes behov.

I kommune A har lederen ingen delegert myndighet, og dette medfører at relasjonene til nivået over er uformelle og personavhengige. Tjenesten for psykisk helsearbeid er avhengig av at lederen for pleie og omsorg har interesse for psykiatrifaglige problemstillinger og er villig til å prioritere dem. Lederens arbeid består i stor grad i å skape handlingsrom for medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet. Mangelen på delegert myndighet kan dermed også spille en rolle når tjenesten skal koordineres med andre tjenester, særlig pleie og omsorg, men også med spesialisthelsetjenesten. Derfor er mye av denne koordineringen lagt til de profesjonelle medarbeiderne. For eksempel hadde de selv ansvaret for å fatte beslutning om det skulle utarbeides individuelle planer for deres brukere. Lederen av psykisk helsearbeid kan likevel konsentrere en del oppmerksomhet mot interne forhold og arbeide for å utvikle tjenesten og skape arenaer for å omforene løsninger via veiledning og kursing av egne ansatte.

Det ser dermed ut til at psykisk helsearbeid ikke trives i den flateste organisasjonsmodellen fordi denne ikke legger til rette for koordinering og for arenaer der profesjonelle medarbeidere kan komme fram til omforente løsninger når tjenesten skal tilpasses nye eksterne krav. Det ser ut til at det er den modellen som både har egen leder for det psykiske helsearbeidet, flere ledelsesnivåer og et forholdsvis topptungt rådmannsnivå som fungerer best. I denne modellen legges det best til rette for å utvikle det psykiske helsearbeidet. Det legges inn flere buffere mot eksterne krav og dermed skapes en ro i tjenesten som brukes til å utvikle selve tjenesten.

## 4 Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for voksne

### 4.1 Innledning

De senere årene har det vært et stadig sterkere fokus på betydningen av å gi brukere av offentlige tjenester et helhetlig og samordnet tilbud. Også Opptrappingsplanen for psykisk helse legger stor vekt på helheten i tjenestetilbudet til innbyggere med psykiske problemer. Dette innebærer et krav om koordinering og samarbeid både mellom ulike kommunale tjenester og mellom det kommunale nivået og andre- og tredjelinjen. Det er kommunenes erfaringer med samarbeid som er fokus for dette kapitlet. Med utgangspunkt i tema som ble analysert av spørreskjemadataene, og som trenger ytterligere belysning ved hjelp av informasjonen fra casestudiene, stiller vi spørsmålene:

- Hvordan skjer samordning og samarbeid i kommunene? Hvilke tiltak for samordning har kommunene?
- I hvilken grad tar kommunene i bruk individuelle planer og ansvarsgrupper, og hvilke erfaringer har de med disse tiltakene?
- Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet? Hvordan er erfaringene med samarbeid med ulike tjenester?
- Hvilken betydning har organiseringen av det psykiske helsearbeidet for samordningen og for bredden i samarbeidet?
- Er det forskjeller mellom store og små kommuner i hvordan de løser samarbeids- og samordningsutfordringene?
- Forekommer det noe interkommunalt samarbeid knyttet til det psykiske helsearbeidet?
- Hvordan vurderer kommunene samarbeidet med andre- og tredjelinjen? Står små og større kommuner overfor ulike utfordringer i samarbeidet?

I dette kapitlet skriver vi i all hovedsak om tilbudet til voksne brukere, mens det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge blir behandlet i neste kapittel.

### 4.2 Samarbeid og samordning

I dette avsnittet kartlegger vi hvilke ordninger kommunene har etablert for å sikre samordning og samarbeid i tjenestene som ytes til innbyggere med psykiske problemer. Vi ser spesielt på bruken av individuelle planer og ansvarsgrupper. Tar kommunene i bruk individuelle planer og ansvarsgrupper, og hvordan vurderer de hensiktsmessigheten i redskapene? Er det mulig å identifisere noen faktorer som kan forklare forskjeller mellom kommunene? Vi har et særlig

fokus på betydningen av kommunestørrelse og kommunenes organisasjonsmodell for det psykiske helsearbeidet.

#### 4.2.1 Tiltak for samarbeid og samordning

Opptrappingsplanens anbefaling om å organisere tjenestene for psykisk syke innenfor kommunens ordinære tjenestetilbud er motivert ut fra forventningen om at dette vil fremme integrering av denne gruppen innbyggere i lokalsamfunnet, og samtidig innebære en sterkere samordning av (et bredere spekter av) tjenester overfor brukerne. Som drøftet i kapittel 3, oppnås denne effekten bare dersom kommunens ordinære tjenester faktisk er koordinert. Det er generelt en utfordring for kommunene, særlig i kommuner som har en flat organisasjonsstruktur, å skape fora som ivaretar samordningen mellom de kommunale enhetene. Slik samordning kan skje på flere nivåer – på systemnivå, på tjenestenivå, og på individnivå – ved koordinatorene, tverrfaglige team og grupper, individuelle planer eller ansvarsgrupper.

I spørreskjemaundersøkelsen spurte vi kommunene om hvilke tiltak for samordning de hadde når det gjaldt tjenester for innbyggere med problemer relatert til psykisk helse (Tabell 4.1). Den kvantitative undersøkelsen kunne imidlertid ikke gi svar på hvordan ulike tiltak er utformet eller hvordan de fungerer i kommunene. Vi har derfor benyttet det kvalitative materialet for å belyse dette.

Tabell 4.1 *Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon).*

	Antall kommuner	Prosent (N=254)
Koordinator, av disse:	177	70 %
• på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning)	177	70 %
• på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere)	151	59 %
Tverrfaglig team, av disse:	119	47 %
• på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning)	102	40 %
• på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere)	86	34 %
Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester overfor enkeltpersoner	119	47 %
Individuell plan		
• for noen	141	59 %
• for alle	62	26 %
Ansvarsgruppe		
• for noen	181	72 %
• for de aller fleste	52	21 %
Annen modell for samordning	42	17 %
Primærkontakt (av og til/vanligvis)	217	85 %

Et særtrekk for kommuner med flat struktur er, som vi har vist i kapittel 3, at de har spesielle utfordringer angående spørsmålet om koordinering. Den oppsplittingen av kommunal tjenesteutøvelse som skjer gjennom flat struktur, innebærer et sterkt behov for å etablere et eller flere fora for koordinering der psykisk helsearbeid inngår. De fleste kommunene i casestudien har ikke etablert slike koordinerende organer, i hvert fall ikke med myndighet ut over eget arbeidsfelt.

Som vi viste til i forrige kapittel, har de kommunene som har egen leder for en enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid også en koordinator på systemnivå som har som oppgave å arbeide med planlegging, økonomi og personal, samt gi veiledning. Dette gjaldt for kommunene A, B, C og E, altså for fire av de syv kommunene. Samtlige kommuner som inngår i casestudien hadde imidlertid etablert en ordning med koordinatorene på individnivå, med ansvar for oppfølging av enkeltbrukere. I noen kommuner ble dette kalt primærkontakt, men innholdet i arbeidet var i stor grad det samme. I store trekk dreier det seg om å ha kontakt med enkeltbrukere, koordinere kommunale tjenester de har fått tilgang på, koordinere eventuelle ansvarsgrupper og holde kontakt med spesialisthelsetjenesten. Mens spørreskjemaundersøkelsen skilte mellom koordinering på individnivå og primærkontakter, fant vi at dette i liten grad ble gjort i praksis. Det synes å være begrepet primærkontakt som er mest innarbeidet i det kommunale psykiske helsearbeidet.

Når det gjelder tverrfaglige team synes de forskjellige kommunene å ha ganske ulike forståelser av hva dette er. Det er kun en av casekommunene, kommune F, som kan vise til at det faktisk er etablert et tverrfaglig team på systemnivå som har som målsetting å diskutere psykiatrifaglige problemstillinger i et bredt perspektiv. I flere kommuner er det etablert bredere grupper som bl.a. har som mål å koordinere arbeidet, der psykisk helsearbeid er ett blant flere fagfelt som kan diskuteres. Erfaringen fra noen av kommunene er imidlertid at representantene for det psykiske helsearbeidet etter hvert har trukket seg ut av slike grupper, delvis fordi psykiatrifaglige problemstillinger sjelden kom på dagsorden (21.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A; 11.11.03, sykepleier, kommune C; 31.03.04, miljøarbeider, kommune E). Flere informanter rapporterer om at slike grupper, som kan ha benevnelsen kvalitetsutvalg eller integrert gruppe, eller som kan være et forum for mer eller mindre generell koordinering mellom tjenester, i stor grad konsentrerer seg om somatiske problemstillinger og ellers er dominert av hjemmetjenesten. I kommunene B og D er begrepet tverrfaglig team brukt konkret om organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Det referer til at det er ansatt personale med ulik faglig bakgrunn som arbeider sammen. Enkelte profesjonelle medarbeidere har fortsatt ansvar som primærkontakter for sine brukere, men i tillegg er det etablert en samarbeidsgruppe der det er mulig å ta opp problemer som angår enkeltbrukere. Koordineringsredskapet i den minste kommunen, kommune G, er hjemmetjenestens rapportmøter. Av casekommunene var det kun kommune A som rapporterte at de var begynt å arbeide med team for barn og unge.

Blant kommunene som inngår i studien er det kun informantene i kommune E som rapporterer at de har etablert et team av tverrfaglig karakter med ansvar for inntak av brukere. Tjenesten for psykisk helsearbeid sitter i teamet sammen med kommunelegen, som deltar i kraft av å være leder for kommunens helseavdeling. Informantene synes imidlertid at helseavdelingen har vanskelig for å følge opp dette arbeidet, og det er reist spørsmål om lederen for rehabiliteringsavdelingen skulle erstatte helseavdelingen i inntaksteamet. I fem av de resterende kommunene foregikk inntak av brukere etter henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten. I den siste er det, som vi viste til i kapittel 3, etablert en bestillerenhet som vurderer brukere og fatter vedtak om det skal gis tilbud om tjenester innenfor det psykiske helsearbeidet.

## 4.2.2 Individuelle planer

Kommunehelsetjenesteloven (§ 6.2) pålegger kommunene å utforme individuell plan for brukere med langvarige og sammensatte behov for tjenester (Kjellevold 2002:61). Hensikten med individuelle planer er å sikre mennesker ”et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten” (Sosial- og helsedepartementet 2001). Slike planer har også som mål å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere innen eller på tvers av forvaltningsnivåene, og mellom tjenesteytere og brukeren, eventuelt også brukerens pårørende.

Som det fremgår av Tabell 4.1 svarte omtrent seks av ti kommuner i spørreskjemaundersøkelsen at de gir tilbud om individuelle planer overfor enkelte brukere med langvarig behov for et sammensatt tjenestetilbud. En av fire kommuner oppgir at de gir tilbud om slik plan til alle i målgruppen. Spørsmål om hvor mange innbyggere som det faktisk er utarbeidet individuell plan for, viser imidlertid at det er få kommuner som har mye erfaring i å arbeide med slike planer overfor innbyggere med langvarige psykiske lidelser (Myrvold 2004:34).

Intervjuundersøkelsen gir også klare indikasjoner på at mange kommuner er i startfasen når det gjelder arbeidet med individuelle planer, men at det er færre som har kommet langt i dette arbeidet. Av de syv kommunene som inngår i vår studie, er det bare kommune A og kommune E som sier at de er kommet i gang med å bruke individuelle planer. I de andre kommunene er arbeidet stort sett i startgropa. Kommune C er ganske typisk for kommunene i vårt utvalg: Arbeidet med individuelle planer var ikke påbegynt på det tidspunktet vi besøkte kommunen, men det var planlagt et møte om det i enheten for psykisk helsearbeid. Lederen av psykiatrienheten forteller at det har vært et samarbeid med det regionale sykehuset og alle kommunene i fylket om utforming av en mal for individuelle planer, men at det stopper ved å ta planene i bruk.

Informantene anfører både praktiske og ressursmessige grunner for at de *ikke* har kommet skikkelig i gang med å utarbeide slike planer. Intervjuene avdekker også ganske ulike holdninger blant informantene til nytten av individuelle planer.

En innvending mot bruk av individuelle planer som mange informanter trekker frem er at brukerne selv ikke ønsker å få utarbeidet en plan. Særlig de brukerne som ikke har sykdomsinnsikt eller sykdomsforståelse er vanskelige å få til å ønske seg individuell plan. En psykiatrisk sykepleier i kommune D sier at det i slike situasjoner er ”større sjanse for at individuell plan blir det jeg ønsker enn det de ønsker” (27.10.03, psykiatrisk sykepleier nr. 2, kommune D). Sosionomen i den samme kommunen uttrykker det slik: ”De er skeptiske. Mange er jo paranoide og lurer på hva en slik plan er; om det er til deres beste eller om det er noe lureri” (27.10.03, sosionom, kommune D). Enkelte informanter er enige i at det kan være vanskelig å få aksept hos brukerne for en individuell plan, men understreker at det er de ansattes ansvar å få til en dialog som muliggjør dette.

I de to kommunene (A og E) som har jobbet med individuelle planer en stund, var informantene fra kommunene stort sett veldig positive til individuelle planer som verktøy. Men også i disse kommunene nevner informantene at det må jobbes med brukere for at de skal være villige til å ta i mot tilbudet om individuell plan:

Det er et problem at brukere trekker seg tilbake, de er engstelige. Brukerne må ha tillit til hjelperne, og det er ingen brukere som krever individuell plan (19.05.03, psykiatrikoordinator, kommune A).

En annen psykiatrisk sykepleier i kommune A synes også at det er problematisk at individuelle planer bare skal brukes hvis brukerne selv vil. Hun sier imidlertid at det hender at hun setter

opp en plan bare for å bruke den som et arbeidsredskap for seg selv, selv om brukeren ikke ønsker en slik plan. Hun synes individuelle planer er et svært godt arbeidsredskap, som kan bidra til å gjøre arbeidet mer meningsfylt:

Planen er bra fordi en lettere kan se læring og mestring hos pasientene, de pasientene som vil ha plan kan da lettere aktivt ta stilling til tiltakene og målene de setter opp. (...) Individuell plan gjør arbeidet på en måte målbar. Det er bra, for det som savnes i jobben er å se sår gro. Derfor er det også lett å bli sliten (20.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A).

Ressursbruken er en annen grunn til at noen kommuner nøler med å ta i bruk individuelle planer. Kommune B har regnet ut at det vil kreve minst 18 timer å utarbeide en individuell plan for en bruker. Andre er opptatt av at individuelle planer innebærer for mye byråkrati. En psykiatrisk sykepleier i kommune D sier at individuelle planer må brukes med fornuft, "og det er ikke fornuftig å flytte papir. Det gagnar ikke brukere" (27.10.03, psykiatrisk sykepleier nr. 1, kommune D).

Flere av informantene i materialet understreker at koordinering mellom kommunale enheter, og mellom kommunen og andrelinjen, er en viktig forutsetning for gode individuelle planer. Mange mener imidlertid at koordineringsproblemer utgjør en stor utfordring i arbeidet med individuelle planer.

I kommune A, som har individuelle planer for 10 av sine ca. 120 registrerte brukere, synes de at sykehuset er kommet for kort med individuelle planer:

Der skal de tenke på utskriving med en gang. Alle tvangsinnlagte skal ha individuell plan når de skrives ut, andre pasienter skal ha det hvis de selv vil. I den individuelle planen får de på plass behandlingsopplegg som kan videreføres av andre. Når bruken av dem synker inn på sykehusene vil det bli bedre. Nå kontakter sykehuset gjerne førstelinjen uten å ha tenkt på individuell plan. De institusjonelle erfaringene med pasientene er en bit av den individuelle planen (21.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A).

Også samarbeidet med andre kommunale instanser oppleves som vanskelig. Fastlegene sees som lite villige til å ta ansvar i forbindelse med utarbeiding av individuelle planer: "Mitt inntrykk er at det er en del å hente hos dem angående samarbeid" (21.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A). Det påpekes at det er et problem at individuell plan ikke setter opp koordinator, det er få som vil ha den funksjonen.

### **Hva kan forklare forskjellene i bruk av individuelle planer?**

Spørreskjemaundersøkelsen viste en klar og entydig sammenheng mellom kommunestørrelse og tendensen til å ha etablert samordnende tiltak, både på systemnivå og på individnivå. Små kommuner rapporterer gjennomgående i mindre grad at de benytter tverrfaglige grupper, ansvarsgrupper eller individuell plan i det psykiske helsearbeidet (Myrvold 2004:86). Dataene viste også en tendens til at kommuner som har organisert det psykiske helsearbeidet i egen kommunal enhet eller tjeneste har flere samordnende tiltak enn kommuner som benytter en integrert modell for arbeidet. Ut fra det kvantitative materialet var det imidlertid ikke mulig å slå fast om de observerte forskjellene skyldes ulike behov for koordinering i ulike typer kommuner, eller om det kan være andre årsaker til forskjellene. Dette er spørsmål vi har forsøkt å belyse nærmere ved hjelp av casestudiene.

Som vist hos Helgesen (2004) varierer det mye hvordan de profesjonelle medarbeiderne vurderer individuell plan som arbeidsredskap. Ytterpunktene var å oppfatte planene som spesielt gode arbeidsredskaper til ikke å se nevneverdig nytte av dem. Det var meget sjelden at

brukere kom fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale tjenesten med en påbegynt plan, og det ble vist til at det var uheldig at det ikke var spesifisert en koordinator for planarbeidet. Planene ble ikke sett som et spesielt godt redskap for å involvere brukere fordi profesjonelle medarbeidere i stor grad måtte drive et utstrakt motivasjonsarbeid for å få brukere interessert.

Det kvalitative materialet gir ingen enkle svar når det gjelder forskjellene mellom kommuner i bruk av individuelle planer. Det synes å være en viss tendens til at informantene i kommuner som har kommet i gang med arbeidet med individuelle planer gjennomgående er mer positive til denne måten å arbeide på. Det er imidlertid ikke uten videre gitt om dette er en årsak til eller en virkning av innføringen av individuelle planer. På den ene side kan den mer positive innstillingen i kommunene som bruker individuelle planer skyldes at erfaringene har vært gode, og at usikkerheten knytte til redskapet er overvunnet. På den annen side er det også nærliggende å anta at kommuner der sentrale medarbeidere først og fremst ser de problematiske sidene ved planarbeidet, ligger etter i arbeidet med innføringen av individuelle planer. Blant informantene i materialet var det generelt ganske mange innvendinger mot arbeidet med individuelle planer, samtidig som det var stor bevissthet rundt at kommunene er pålagt å utarbeide planer for en del brukere, så sant brukerne ønsker det. Det er også mulig at innvendingene mot individuelle planer benyttes for å unnskylde og begrunne hvorfor de ikke arbeider mer aktivt med dette redskapet.

Blant kommunene som inngår i casestudien er det ikke noe entydig mønster når det gjelder kommunestørrelse og bruken av individuell plan. Som vi allerede har sett, er det bare to kommuner – en stor (A) og en forholdsvis liten (E) – som har kommet i gang med å bruke individuelle planer som verktøy. Det er viktig å påpeke at kommune E er en svært ressurssterk liten kommune. Årsakene til at de andre ikke er kommet i gang, ser imidlertid ut til å variere i forhold til kommunens størrelse.

I den minste kommunen, G, kan problemer med å tilby individuell plan i noen grad tilskrives innarbeidede muntlige rutiner for vedtak og koordinering. I den kommunale administrasjonen ble det pekt på at det ikke var utarbeidet skriftlige rutiner for vedtak og annet som angår brukere. I tråd med dette ble det ikke oppfattet som nødvendig å innføre individuell plan som arbeidsredskap. I tillegg ble det oppfattet slik at voksne brukere ikke var interessert i å ha slike planer. Det ble referert til at det fungerte bra slik de hadde det i kommunen nå (04.02.04, psykiatrisk sykepleier, kommune G). Denne kommunen bruker også pleie og omsorgs rapportmøter som koordineringsinstans for det psykiske helsearbeidet, og oppfatningen var at det ville bli problematisk å samordne individuelle planer med denne enheten.

Kommune F er den nest minste kommunen, og også i denne er arbeidet med individuelle planer kommet svært kort, selv om det i noen grad ser ut til å være opp til den enkelte medarbeider å jobbe med dette verktøyet. Det er intervjuet to psykiatriske sykepleiere i kommunen. De gir ganske ulike svar på spørsmålet om individuelle planer utarbeides eller ikke. Mens én av sykepleierne utarbeider planer i den grad de etterspørres, påpeker den andre at kommunen ikke arbeider med individuelle planer og at kommunen er dårlig på dette. Selv arbeider vedkommende med én individuell plan fordi det er et krav i relasjonen til DPS (19.02.04, psykiatriske sykepleiere, kommune F).

Av de større kommunene har kommune C ingen rutiner på å arbeide med individuelle planer, mens kommune B er kommet noe lenger. Her er ansvaret for individuelle planer ganske nylig lagt til koordineringsenheten.

Kommunestørrelse kan være av en viss betydning for variasjonen i materialet. Antallet profesjonelle medarbeidere, og det vi kan kalle en vilje til å satse på psykisk helsearbeid i kommunen, kan ha betydning for om individuell plan er innført. Få profesjonelle medarbeidere og et lite, eller helt manglende faglig profesjonelt fellesskap, vil trolig kunne



forklare deler av de tendensene vi ser. I kommuner med små profesjonelle staber vil det, som rådgivere hos fylkeslegen også påpekte, kunne oppleves endringstretthet når stadig nye krav til utførelsen av arbeidsoppgaver forventes gjennomført. I overveiende grad er det overlatt den enkelte medarbeider selv å fatte beslutning om individuell plan er et godt arbeidsredskap, og eventuelt hvordan planarbeidet skal integreres i det daglige arbeidet med brukerne.

### 4.2.3 Ansvarsgrupper

Ansvarsgrupper en nok en måte å sikre at tjenester overfor enkeltpersoner koordineres. En ansvarsgruppe settes vanligvis sammen slik at alle enhetene en bruker har behov for tjenester fra, enten disse er kommunale eller statlige, er representert i gruppen. Brukerne selv og/eller deres pårørende skal også som regel være med i ansvarsgruppen.

I spørreskjemaundersøkelsen ble kommunene spurt om de etablerer ansvarsgrupper for samordning av tjenester overfor voksne brukere med psykiske lidelser. Tre av fire kommuner svarer at de bruker ansvarsgrupper for noen voksne brukere. Bare 11 kommuner sier at de ikke bruker ansvarsgrupper eller en tilsvarende modell.

Alle de syv kommunene i casestudien har innarbeidet rutiner på bruk av ansvarsgrupper, og det fremstilles som om det er et tiltak som tilbys alle voksne brukere med behov for tjenester fra flere tjenestesteder. Ansvarsgrupper synes å være et vel innarbeidet arbeidsredskap, selv om holdningene til slike grupper er litt varierende.

I kommune C mener informanter at ansvarsgruppene etter hvert er blitt et virksomt redskap, og at arbeidet stort sett prioriteres i etatene. Erfaringene med ansvarsgruppene er imidlertid litt forskjellige:

Noen ganger fungerer det bra med ansvarsgrupper, andre ganger saboteres de av pasienten selv eller av involverte tjenester. Legetjenesten uteblir veldig ofte (selv om enkelte leger er greiere å ha med å gjøre). Det er veldig viktig at legene er med, men all samhandling med leger dreier seg om betaling. Legene er lite tilgjengelige på telefon, de ringer ikke tilbake, skriftlig beskjed gir ikke respons, etc. Fastlegereformen har i hvert fall ikke bedret kommunikasjonen. Tidligere hadde vi faste møter med legene, men dette er helt umulig nå (20.11.03, hjemmetjenesten, kommune C)

Det er flere informanter som er litt skeptiske til bruk av ansvarsgrupper. Noen mener at det kan være tøft for brukere å møte i grupper med mange fagpersoner. Særlig problematisk er det hvis det er uenighet mellom fagfolkene, slik at konflikter utspilles med bruker til stede (03.11.03, leder helse- og sosialetaten, kommune D). Uenigheten kan være knyttet til hvilke behandlingstiltak som bør prioriteres, eller til hvem som skal ha ansvaret for brukeren:

Jeg har egentlig en litt negativ innstilling til ansvarsgrupper fordi det hender at brukere diskuteres når det er andre brukere og utenforstående instanser til stede. For eksempel har det forekommet en del at brukere har sittet og hørt at gruppen har diskutert hvilken instans som skal ha ansvaret for vedkommende. Det er ikke bra. Det gjør ansvarsgrupper til et ikke helt godt redskap... I psykiatrienheten har vi egentlig en åpen innstilling, men vi merker at det ligger noen forventninger til oss fra brukere som ikke er helt bra. For eksempel deltar brukere på ansvarsgruppemøte og får høre om tjenester det er mulig å få, det skaper forventninger om at de faktisk skal få dem. Men de må søke for å få tjenester, de kommer ikke av seg selv etter at vedkommende har deltatt på et slikt møte (08.10.03, leder psykiatriseksjonen, kommune B)

Alle kommunene i materialet, uavhengig av størrelse, arbeider med ansvarsgrupper, selv om en av kommunene sier at de er i ferd med å trappe ned bruken av ansvarsgrupper. Holdningen til slike grupper blant de profesjonelle medarbeiderne er meget varierende. Som Helgesen (2004) viser har profesjonelle medarbeidere i kommunene erfaring med at slike grupper ikke er i stand til faktisk å plassere ansvaret for brukere hos ulike involverte enheter og instanser. De virker i noen tilfeller kontrært til sin hensikt – ansvarsgruppemøtene tydeliggjør for brukerne at ingen ville ha ansvaret, og det blir gjerne diskutert økonomi mens brukere er til stede. Det kan også være problematisk faktisk å samle ulike kommunale enheter og tjenester til ansvarsgruppemøter fordi andre enheter ikke mener de er forpliktet til å delta. Dette gjelder særlig for fastlegen, men det gjelder også for andre instanser i en del kommuner. I kommune C har dette arbeidet over tid blitt problematisk og enheten for psykisk helsearbeid har, som vist til over, valgt å legge opp det psykiske helsearbeidet uten særlig medvirkning fra andre enheter i kommunen.

#### 4.2.4 Betydningen av ulike organisasjons- og ledelsesformer

##### **Koordinering på systemnivå**

Den kvantitative studien forsøkte å analysere sammenhengen mellom organisasjonsmodell og samordning og samarbeid, bl.a. ved hjelp av indekser basert på opplysninger om koordineringstiltak og oppgitte samarbeidsrelasjoner (se Myrvold 2004:38). Analysen viste at kommunene i snitt hadde relativt få koordinerende ordninger på systemnivå. Det er med andre ord få kommuner som har gitt koordinatorene eller tverrfaglige team omfattende ansvar for personell, økonomi, plan og kompetanseoppbygging innenfor psykisk helsearbeid. Samtidig viste dataene at kommuner med egen enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid har klart flere slike koordinerende tiltak enn kommuner med en integrert modell. Ut fra den kvantitative analysen var det ikke mulig å fastslå om dette skyldes at kommuner med integrerte tjenester har bakt koordineringen inn i sin overordnede modell, og derfor har mindre *behov* for slike koordineringsordninger, eller om kommuner med en integrert organisering er mindre dyktige til å etablere ordninger for å koordinere tjenestene for innbyggere med psykiske lidelser.

Analysene av intervjumaterialet viser at behovene for koordinerende tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet avhenger av samspillet mellom kommunens overordnede modell for organisering av sin virksomhet generelt og kommunens modell for organisering av det psykiske helsearbeidet mer spesielt. Med utgangspunkt i at seks av syv kommuner i utvalget har valgt en eller annen form for flat struktur, har denne organisasjonsformen fått særlig oppmerksomhet. I kommuner med flat struktur er det større behov for koordinering og samordning enn i kommuner med andre modeller, fordi det blir mer krevende å lede og drive arbeidet med de kommunale tjenestene. Særlig kan organisering av komplekse og sammensatte tjenester by på problemer. I vårt materiale er det bare én kommune – kommune C – som har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet i en egen enhet. Denne enheten fremstår som svært lite koordinert med andre kommunale tjenester, blant annet på grunn av dype konflikter i forbindelse med den nylig gjennomførte omorganiseringen av kommunen. Kommune C kan kanskje sees som et eksempel på at behovet for koordinering blir særlig stort i en kommune med flat struktur og separat enhet for psykisk helsearbeid, men hvor det ikke er etablert noen ordninger på systemnivå for å koordinere tjenestene.

Observasjonene fra intervjumaterialet er at de mindre kommunene i større grad koordinerer uformelt enn hva større kommuner kan gjøre. I den grad en del av småkommunene velger en integrert modell for psykisk helsearbeid fordi det rett og slett ikke er befolkningsgrunnlag nok til å etablere en egen tjeneste, kan manglende formell koordinering i noen grad kompenseres ved uformell samhandling.

Ut fra diskusjonen i avsnitt 3.4 utgjør stabsmodellen, når ansvaret er lagt til stab hos rådmannen eller helse- og sosialsjef, et interessant unntak. Ut fra logikken om at kommuner med flat struktur har behov for flere koordineringsmekanismer enn andre kommuner, kunne vi ha forventet at de som var organisert slik koordinerte mest på systemnivå. Vårt eksempel er kommune F, der inntrykket er at det koordineres forholdsvis lite. Svært mye er overlatt til de psykiatriske sykepleierne, som ikke har noen operativ leder over seg. Dermed kan størrelse bringes inn som forklaring; det er mulig å anta at kommuner som velger å legge sitt psykiske helsearbeid i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef er forholdsvis små og at den resterende koordineringen kan foregå på uformell basis. For eksempel kan muntlig og uformell koordinering stimuleres ved samlokalisering av de forskjellige tjenestene som skal samarbeide med psykiske helsetjenester. Et tredje aspekt ved størrelse er at små kommuner har færre tjenester og instanser som skal koordineres og trenger derfor færre koordineringsmekanismer.

I avsnitt 3.4 så vi at tre av fire kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid hadde både egen leder og en leder på nivået over. Dette kan bety at kommuner med slik modell har behov for færre formelle koordineringsordninger fordi koordinering er innarbeidet i ledelsens arbeidsoppgaver. Situasjonen i den siste kommunen med egen tjeneste styrker for så vidt dette som forklaring. I kommune D var lederen for det psykiske helsearbeidet nylig fjernet, og tjenesten lagt direkte til enheten for helse og sosial. Dette skapte mye uro og usikkerhet både om hva som i framtiden ville bli innholdet i de profesjonelle medarbeidernes yrkesrolle, men også om hvorvidt oppgavene som tidligere var lagt til lederen av det psykiske helsearbeidet ville bli gjennomført i den nye organisasjonen. Dette inkluderte blant annet en del oppgaver som angikk koordinering av arbeidet internt i tjenesten, som enkelte medarbeidere nå var i tvil om den nye lederen for den bredere enheten ville ivareta.

### **Koordinering på individnivå – overfor enkeltbrukere**

Tjenester for mennesker med psykiske problemer kan også koordineres på individnivå, overfor den enkelte tjenestemottaker. Det finnes en rekke metoder for samordning på individnivå: Koordinator, tverrfaglig team eller gruppe, individuell plan, ansvarsgruppe, primærkontakt. Som tidligere nevnt viste data fra spørreskjemaundersøkelsen at småkommunene har færre koordinerende tiltak på individnivå enn større kommuner, og at kommuner med egen enhet eller egen tjeneste for psykisk helsearbeid har noe flere tiltak enn kommuner med integrert modell (Myrvold 2004:40, 86). På bakgrunn av denne undersøkelsen var det imidlertid ikke mulig å fastslå hvorvidt det lavere antallet koordineringstiltak i visse typer kommuner skyldes et mindre *behov* for slik koordinering eller mindre *evne* til å iverksette koordinerende tiltak.

Intervjuundersøkelsen antyder at noe av forklaringen på forskjellene som fremkommer i det kvantitative materialet kan skyldes uklarheter om bruk av ulike mekanismer for koordinering, kanskje særlig i de små kommunene. Et eksempel er om mekanismene for koordinering på individnivå overhode registreres da det i overveiende grad er delegert til profesjonelle medarbeidere selv å fatte beslutning om å ta dem i bruk. Det kvalitative materialet viser til at ut over primærkontakter og ansvarsgrupper er bruk av koordineringsordninger på individnivå i liten grad omforent på systemnivå.

Som vi har nevnt tidligere i kapitlet, bryter kommune C klart med det mønsteret som tegnes av den kvantitative analysen. Kommune C er en forholdsvis stor kommune med en egen enhet for psykisk helsearbeid. Til tross for at behovet for koordineringsordninger synes stort for kommunen, gitt en svært utpreget flat struktur på kommuneorganisasjonen, er det kun én ordning for koordinering som var omforent. Dette er individuell plan, som kommunen foreløpig ikke hadde kommet i gang med, med som det var besluttet at det skulle holdes internkurs om i enheten. Ansvarsgrupper, som lenge hadde vært i bruk, var imidlertid i ferd med å opphøre som koordineringsmekanisme i kommune C (Helgesen 2004). Dette føyer seg

inn i en mer generell tendens til at kommunene med den flateste strukturen, som har større press på å utvikle mekanismer for koordinering, likevel overlater til de enkelte profesjonelle medarbeiderne selv å fatte beslutninger om hvorvidt ordninger for koordinering på individnivå skal tas i bruk. Vi ser dette også i kommune F, der den eneste koordineringstiltak er det psykiatriske teamet, og der det ellers er opp til de profesjonelle medarbeiderne selv å koordinere seg med sine samarbeidspartnere. Det foregår da om den enkelte bruker.

Samtidig ser vi også i enkelte andre kommuner at det er delegert til den enkelte medarbeider å ta i bruk diverse mekanismer for koordinering. Dette kan tolkes som at profesjonelle medarbeidere får stor frihet i arbeidssituasjonen til å legge opp sitt arbeid som de selv ønsker. Kommune B, som har organisert selve tjenesten i tverrfaglig team, og som har etablert koordineringsenhet og bestillerenhet, utgjør et unntak blant kommunene. Her tar tjenesten i bruk en mulighet til å forankre ulike koordineringsordninger i tjenesten, samtidig som særlig tyngende oppgaver, som å fatte vedtak, etablere ansvarsgrupper og utarbeide individuelle planer, er løftet vekk fra tjenesten for psykisk helsearbeid. Tjenesten kan dermed konsentrere seg om å utforme og tilby tiltak til brukere.

Måten de fleste kommunene ordner koordineringen på styrker inntrykket som er gitt i kapittel tre om at psykisk helsearbeid i en del kommuner må bruke tid og krefter på å kjempe om oppmerksomhet og ressurser i kommuneorganisasjonen. Både enheter, tjenester og individuelle medarbeidere oppgir at dette er situasjonen, og at det i seg selv er meget ressurskrevende. Det tar ledelsens oppmerksomhet vekk fra utvikling av tjenestene og annen type faglig ledelse, og krever at den rettes mot økonomi og forhold på systemnivå i kommunen. Som vi har sett er dette situasjonen uavhengig av organisasjonsmodell og spørsmålet om psykisk helsearbeid har egen ledelse. Vi finner det i kommune A som er en sektororganisert kommune med egen leder i en egen tjeneste for psykisk helsearbeid lagt til pleie- og omsorgstjenesten. Vi finner det i kommune C, som har egen leder for egen enhet for psykisk helsearbeid, og vi finner det i kommune D, som har en enhet i helse og sosial uten egen ledelse. Likeså finner vi det i kommune E, en forholdsvis rik kommune der psykisk helsearbeid er en tjeneste med egen leder integrert i rehabiliteringsavdelingen, så vel som i kommune F. Det er kun kommunene B og G som ikke rapporterer at de opplever kamp om ressursene til det psykiske helsearbeidet.

## 4.3 Bredden i samarbeidsrelasjonene internt i kommunene

Opptrappingsplanen har som klart mål at det psykiske helsearbeidet i kommunen skal involvere et bredt spekter av tjenester. I dette avsnittet ser vi nærmere på hvilke tjenester som involveres i det psykiske helsearbeidet i casekommunene, og hvordan samarbeidsrelasjonene mellom tjenestene vurderes. Er det mulig å peke på noen grunner til at visse tjenester ikke er inkludert i arbeidet i enkelte kommuner? Vi har særlig fokus på kultursektorens plass i det psykiske helsearbeidet.

### 4.3.1 Involveres kultursektoren i det psykiske helsearbeidet?

Opptrappingsplanen har som klart mål å skape et bredt og helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser. For å gjennomføre dette må tjenestene til denne gruppen favne bredt, og settes sammen på en måte som er tilpasset den enkeltes situasjon, ønsker og behov. Opptrappingsplanen understreker behovet for å trekke med tjenester som tradisjonelt ikke har vært sentrale i det psykiske helsearbeidet, bl.a. innenfor kultursektoren. Tanken er at denne typen tjenester, knyttet til fritid og sosialt liv, er et nødvendig supplement til helsetjenestene for å skape et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske problemer, og for å sikre at de

integres i det lokalsamfunnet de bor i. I spørreundersøkelsen til kommunene fant vi at legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten ble vurdert som de kommunale tjenestene som var sterkest involvert i det psykisk helsearbeidet for voksne. Også sosialkontoret ble vurdert som en aktiv tjeneste, mens kommunens kultursektor og fysioterapi/ergoterapi/rehabiliterings-tjenesten i liten grad så ut til å være med på å gi innbyggere med psykiske lidelser et tilbud (Myrvold 2004:42).

Casestudien viser et annet bilde enn spørreskjemaundersøkelsen. I fire av syv kommuner er kultursektoren til dels ganske sterkt delaktig i det psykiske helsearbeidet. Dette er kommunene A, B, D og E, altså både store og mindre kommuner.

I kommune B er kultursektoren en vesentlig del av arbeidet. Kommunen har eksplisitt prioritert sysselsetting og kultur i sin psykiatriplan, de har ikke vært så opptatt av pleie- og omsorg i forbindelse med utviklingen av tilbudet (08.10.03, spesialrådgiver, kommune B). Kultursektoren tildeles midler over Opptappingsplanen, og disse midlene tar kultursektoren i bruk for å samarbeide med tjenesten for psykisk helsearbeid. Samarbeidet foregår i stor grad via dagsenteret, som står for den direkte koordineringen. I mange tilfeller er samarbeidet mellom dagsenteret og kultursektoren organisert ved at dagsenteret holder lokaler, mens kultur tilbyr diverse innslag av typen konserter og kurs. Det avholdes kurs som har innslag av kunst og kunsthåndverk, som malekurs, treskjærerkurs og knivlagingskurs. Kulturenheten er også involvert i en del tur- og reisevirksomhet som dagsenteret organiserer (28.10.03, dagsenteret, kommune B).

I kommune B er kulturetaten (i tillegg til helse, sosial, undervisning, barnehage, pleie- og omsorg) med i en tverrenhetlig gruppe på ledernivå, som tar seg av samhandling på systemnivå. Gruppen prioriterer og fordeler midler til det psykiske helsearbeidet (08.10.03, spesialrådgiver, kommune B).

I kommune E tildeles ikke kultur midler over opptappingsplanen, men det er innledet et godt samarbeid med kultursjefen. Kultur involveres dermed ved at brukerne av psykiske helse-tjenester oppfordres til å ta i bruk et ellers meget aktivt kulturhus. Kultur er også her en integrert del av dagsenterets virksomhet, og oppmerksomheten er rettet mot litteratur i form av prosa- og lyrikkgrupper, men også mot forskjellige former for kunsthåndverk (observasjoner perioden 30.03-01.04.04). Kunsthåndverk er også sentralt i virksomheten ved dagsenteret i kommune C, men der samarbeides det ikke med den kommunale kulturenheten om tilbudet. I kommune A samarbeider dagsenteret med kulturkontoret og med sitt lokale DPS om å arrangere tegne- og malekurs, samt at det er satt i gang et prosjekt "Kunst/kultur og psykisk helse". Det har også vært arrangert et skrivekurs. Ellers drives vanlig hobbyvirksomhet (20.10.03, sosionom, kommune A). Også i kommune D er det en enhet for kultur som det samarbeides med, men det gis ikke inntrykk av at kultur tildeles midler over Opptappingsplanen. Vi får opplyst at det brukes en del kulturmidler i de psykiske helsetjenestene ved at det leies inn kulturpersonligheter som leder og driver arrangementer, samt at det arrangeres reiser til nærmeste større by for å gå i teater. Det kan se ut til at dette samarbeidet er noe person-avhengig, da det særlig er en av de psykiatriske sykepleierne som tar ansvar for samarbeidet. Dagsenteret er involvert i dette arbeidet, men de ansatte der var selv mest opptatt av den fysiske aktiviteten de tilbød sine brukere (27.10.03, sykepleier og dagsenter, kommune D).

I kommunene F og G er kultur ikke involvert i det psykiske helsearbeidet. Dette skyldes trolig at kommunene er små, med relativt få brukere, og at de ikke har noen egen enhet for kultur. I de andre kommunene er samarbeidet med kultursektoren i stor grad koplet til dagsenter-virksomheten, men kommune F har ikke noe dagsenter. Begge kommunene ligger i rimelig nærhet til en større kommune der det tilbys kulturaktiviteter, men det ble ikke opplyst om det ble gjennomført organiserte arrangementer som kunne sikre at brukere får tilgang til kulturelle opplevelser.

Noen av kommunene nevner at innstramminger i kommuneøkonomien kan være et problem i forhold til å involvere kulturetaten i det psykiske helsearbeidet. Til tross for en sterk satsing på kulturtiltak og et tett samarbeid mellom psykisk helsearbeid og kultur, er en av informantene i kommune B bekymret for hva kommunens stramme økonomi vil bety for samarbeidet:

De har selvfølgelig ikke nok ressurser, kultur kjenner en del på det og de formidler det sterkt. (...). Via opptrappingsplanen får kommunen 4-5 mill. per år. Det er en dråpe i havet. (...) Kommunens utfordringer nå er at det må prioriteres i de øremerkede midlene. Kommunen har vanskelig økonomi og er til dels under administrasjon. Utbyggingen av psykiatri trekker mye ressurser og det er lite rom for å være visjonær. Trolig vil kommunen måtte kanalisere mer Opptrappingsplanmidler mot alvorlige behov i pleie og omsorg. Det har tidligere ikke vært nødvendig. Men det blir jo som å bite seg selv i halen. Mindre midler til kultur etc. vil i neste omgang skape sterkere press på helse- og omsorg (08.10.03, spesialrådgiver, kommune B).

I kommune C har de allerede merket innstrammingen. Sosionomen i psykiatrienheten sier det slik:

Med kulturetaten samarbeider vi lite. Tidligere var det et visst samarbeid om sommerfestivalen, men kulturetaten har ikke lenger ressurser. De tenker vel at psykiatri er for fagfolk, og det kommer ikke penger fra Opptrappingsplanen til kulturetaten (11.11.03, sosionom, kommune C).

I kommune B, som satser sterkt på kulturtilbud til brukere av den psykiske helsetjenesten i tilknytning til dagsenteret, har de også etablert et godt samarbeid med frivillige organisasjoner og Folkeuniversitetet. Dette betyr at dagsenteret kan gi et svært variert aktivitetstilbud. Dagsenteret har også et samarbeid med frivillighetssentralen, bl.a. om kjøring for brukere til og fra senteret. Sammenliknet med de andre kommunene, har kommune B vært svært dyktige til å ta i bruk de ressursene som finnes i lokalmiljøet for å etablere aktiviteter for innbyggere med psykiske problemer.

#### 4.3.2 Hvordan fungerer samarbeidet internt i kommunene?

Spørreskjemaundersøkelsen viste at sosialtjenesten og pleie- og omsorgstjenesten ble vurdert som gode samarbeidspartnere i det psykiske helsearbeidet for voksne innbyggere (samarbeid i forhold til barn/unge behandles i neste kapittel). Også legetjenesten kommer relativt bra ut, men her er meningene mer polariserte. En femtedel av respondentene melder om at samarbeidet med legetjenesten er svært godt, mens like mange sier at det er ikke-eksisterende eller mindre godt. Ellers rapporterer respondenter om lite samarbeid med kultursektoren (Myrvold 2004:43).

Det **kvalitative materialet** viser som nevnt at kultur inngår som en viktig del av det psykiske helsearbeidet i flere av casekommunene, men at det gjerne er overlatt til dagsenteret å drive samarbeidet med kultursektoren. Dermed er det mulig at det ikke ble registrert av dem som har besvart vårt spørreskjema. I og med at dagsenteret er så sentralt i samarbeidet med kultursektoren, vil dette kunne bety at små kommuner, som ofte ikke har eget dagsenter for innbyggere med psykiske problemer, ikke har etablert noe samarbeidsforhold med kultursektoren i kommunen. Det har dessuten vært en klar reduksjon i antall kommuner som velger å prioritere egne kulturenheter, noe som også kan bidra til å vanskeliggjøre samarbeid i noen kommuner.

Samarbeidet i forhold til pleie og omsorg er nærmere beskrevet i forrige kapittel. I flere av kommunene er psykisk helsearbeid lagt som en egen tjeneste innenfor pleie og omsorg. I disse

kommunene ser samarbeidet mellom hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid ut til å fungere bra, selv om det stadig er diskusjoner som bunner i forskjeller i de to oppgavene. Psykisk helsearbeid krever mer tid, og kan ofte inkludere sosiale aktiviteter som shopping, kafébesøk, etc. Psykiatriske sykepleiere går dessuten sjelden i turnus, slik at hjemmetjenesten må overta brukere på kvelder og i helger. Dette er utgangspunkt for diskusjoner i flere av kommunene, men uten at det gir utslag i større konflikter. I kommune C, derimot, der psykisk helsearbeid ble skilt ut fra hjemmetjenestene for relativt kort tid siden, er konfliktnivået mellom de to tjenestene betydelig høyere. På det tidspunktet vi gjennomførte intervjuene i kommunen ble konflikten ”løst” ved at det psykiske helsearbeidet og hjemmetjenesten ikke hadde særlig mye med hverandre å gjøre. Brukere ble fordelt mellom enhetene – de måtte kategoriseres som tilhørende *enten* hjemmetjenesten *eller* psykiatrienheten. Dette medførte en viss gråsoneproblematikk, i den forstand at enkelte brukere ble kasteball mellom de to enhetene.

Primærlegene har en helt sentral funksjon i det kommunale psykiske helsearbeidet, ikke minst i forbindelse med henvisningsrutinene både internt i kommunen og i forhold til andrelinjen. Legene inngår også ofte i et samarbeid med helsesøster i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (dette drøftes nærmere i kapitlet om barn og unge). Noen av informantene nevner at legen er særlig viktig i periodene når pasienter venter på tilbud fra andrelinjen. Samtidig som legenes sentrale stilling i forhold til arbeidet med psykisk syke i kommunen blir fremhevet, er det mange informanter som problematiserer samarbeidet med legene. Noen mener at legene generelt ikke stiller opp i samarbeidsorganer, mens andre sier at det er personavhengig hvordan samarbeidet fungerer:

Noen stiller opp, andre gjør ikke det i samme grad. Særlig varierer det blant legene. De som er positivt innstilt og vurderer det som viktig, stiller alltid. (...) Det dreier seg mye om hvilke legesentra legene er ved, ved noen av dem er det tradisjoner for å samarbeide. Det ligger i deres organisasjonskultur. (...) Ved mange legesentra er de som tar telefonene beskyttende overfor legene. Det er stor forskjell mellom leger, og de kvinnelige legene er mer positive til samarbeid enn de mannlige (11.11.03, sosionom i psykiatrienheten, kommune C)

I kommune E synes en informant at samarbeidet med legetjenesten går greit, og at legene viser interesse, respekt og vilje. Men de faste møtene med legetjenesten har falt bort, og dette er et savn (01.04.04, psykiatrisk sykepleier, kommune E). Ellers fremstår kommunelegen i denne kommunen som en aktiv og initiativrik lege. Det er også stort sett fastlegene som oppleves å være vanskelige å mobilisere til samarbeid, mens kommunelegene tar mer ansvar.

Også i den aller minste kommunen – kommune G – synes den psykiatriske sykepleieren at samarbeidet med andre kommunale etater går bra, men at det er for liten kontinuitet når det gjelder leger (04.02.04, psykiatrisk sykepleier, kommune G). Administrasjonssjefen i den samme kommunen er ikke like overbevist om at samarbeidet mellom fastlege og psykiatrisk sykepleier er godt. Hun mener at det er problematisk å vite hvem som har ansvaret for å ta initiativer, særlig i det forebyggende arbeidet som skal drives. Hun savner særlig at fastlegene tar initiativer overfor andre kommunale tjenester. Når legene har 20% administrasjonstid, bør de kunne bruke den også til å ta initiativer til saker, mener hun (05.02.04, administrasjonssjef, kommune G).

En av informantene er opptatt av at kommunikasjonen mellom kommunen og andrelinjen ofte skjer mellom personer fra samme yrkesgruppe – dvs. at leger i andrelinjen snakker med leger i kommunen, sykepleiere med sykepleiere, sosionomer med sosionomer, etc. Dermed blir det svært viktig for kommunen at primærlegene fungerer godt, både i kommunikasjonen med andre kommunale tjenester og i forholdet til andrelinjen. Det oppleves da som et problem når det er stort gjennomtrekk av leger, som særlig enkelte av våre småkommuner rapporterer om.

### 4.3.3 Hva kan forklare bredden i samarbeidet mellom kommunale tjenester?

#### **Hvilken betydning har kommunestørrelse?**

I rapporteringen av spørreskjemadataene fant vi at det var færre kommunale tjenester involvert i småkommunene, men at samarbeidsrelasjonene ble vurdert bedre i disse kommunene. Det er bare kultursektoren som oppleves som noe bedre samarbeidspartnere i de store kommunene, men her er tallene for alle kommunegruppene ganske lave. Dette er trekk som vi også finner igjen i vårt intervjumateriale fra casestudien.

For det første er småkommunene mindre komplekst bygget opp, slik at samme enhet kan dekke flere funksjoner. Dette kan være noe av grunnen til at færre tjenester tilsynelatende er involvert i disse kommunene sammenliknet med større kommuner. Som vi tidligere har sett, begrenser også det lille antallet brukere hvilket tilbud som kan bygges opp innenfor det psykiske helsearbeidet. Dette er en medvirkende årsak til at for eksempel kultursektoren i så liten grad trekkes med i det psykiske helsearbeidet i de små kommunene.

I de mindre kommunene utgjør ofte muntlig kommunikasjon og samlokalisering av tjenester rammen rundt de prosedyrene som etableres for samarbeid. Samtidig har slike kommuner relativt få brukere, og det kan antas at flere kommunale tjenester faktisk kjenner brukerne. Når samarbeidet oppleves som bedre i små kommuner, kan deler av forklaringen dermed ligge i formaliseringsgraden. Mindre formalisering kan gjøre det enklere å kommunisere, for eksempel ved at det er lettere å ta en telefon, eller å finne felles møtetidspunkter og -steder. Det kan gå mindre tid bort til fysisk forflytning. På den annen side er mange små kommuner også vidstrakte, og koordinering kan derfor i stor grad måtte foregå per telefon, nettopp fordi fysisk forflytning kan være krevende.

Noen av informantene i småkommunene synes at det er problematisk at alt samarbeid blir veldig personavhengig når forholdene er små og mye av kommunikasjonen skjer uformelt. Enkeltpersoners tilstedeværelse og egnethet blir avgjørende. En av småkommunene i vårt utvalg har fått påpakning fra fylkeslegen fordi viktige rutiner ikke er nedskrevet. Dette er noe av grunnen til at kommunen nå arbeider med å skriftliggjøre samhandlingsrutiner etc.

#### **Hvilken betydning har ulike organisasjons- og ledelsesformer?**

En viktig grunn til å anbefale en integrert modell var antagelsen om at etableringen av en særtjeneste for psykisk helsearbeid ville kunne gi manglende engasjement og kompetanseoppbygging i det ordinære tjenesteapparatet. Er det mulig å spore slike forskjeller mellom ulike hovedmodeller for organiseringen av arbeidet? Innebærer for eksempel en integrert modell for det kommunale psykiske helsearbeidet at flere tjenester samarbeider?

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen tydet på at det psykiske helsearbeidet i kommuner med integrert modell har et noe bredere engasjement fra andre tjenester, slik intensjonen med modellen er (Myrvold 2004:47-48). Det er særlig pleie- og omsorgstjenesten som er sterkere involvert i arbeidet i kommuner med integrert modell sammenliknet med andre kommuner. Dette skyldes sannsynligvis at mange kommuner med integrert modell har valgt å legge hovedtyngden av det psykiske helsearbeidet til pleie- og omsorgstjenesten. Selv om flere tjenester oppfattes som involvert i det psykiske helsearbeidet i kommuner med integrert modell, viste analysene at samarbeidet med de ulike tjenestene generelt sett ikke vurderes som bedre i disse kommunene.

Det er interessant å se observasjonene fra intervjuundersøkelsen i forhold til disse resultatene. I materialet er kommune C et eksempel på at enhetsgoisme kan være en konsekvens av enhetsmodellen. Spesielt kan dette være fremtredende hvis det ikke etableres



institusjonaliserte koordinerende ordninger på tvers av enhetene, og hvis en eksisterende tjeneste – i kommune C var dette pleie og omsorg – oppfatter det slik at de mister betydelig psykiatrifaglig kompetanse. I kommune C var samarbeidsklimaet mellom psykiatritjenesten og pleie- og omsorgstjenesten svært kjølig.

Ser vi dette i sammenheng med kapittel to og fokuset på hvordan psykisk helsearbeid er tilknyttet den kommunale organisasjonen samt hvordan arbeidet er ledet, er det mulig å peke på noen faktorer som framstår som suksessfaktorer for organisering av psykisk helsearbeid. For det første bør psykisk helsearbeid organiseres på en slik måte at det skapes ro rundt tjenesteutøvelsen. Dette sikrer at tiltak kan utvikles og implementeres uten for mye friksjon. I casematerialet kan det se ut til at psykisk helsearbeid organisert som egen tjeneste, men organisert innenfor et større tjenesteområde fungerer best. Dette impliserer, for det andre, at psykisk helsearbeid sikres en plass i den kommunale organisasjonen på en slik måte at andre tjenester og enheter må ta hensyn til at disse oppgavene faktisk skal gjennomføres. Dette betyr trolig at psykisk helsearbeid, for det tredje, bør ha en form for egen ledelse som kan fungere som en buffer mot andre tjenester og som kan beskytte kjernevirksomheten mot ytre påvirkning og svingninger, samt omgjøre de ytre kravene til interne faktorer og arbeidsoppgaver som skal gjennomføres.

#### 4.4 Samarbeidsrelasjoner med andre kommuner

Dataene fra spørreskjemaanalysen viste at respondentene fra småkommunene mener at samarbeid med nabokommuner vil være gunstig for fagmiljøet i kommunen, men at disse kommunene i liten grad hadde klart å realisere slikt samarbeid (Myrvold 2004: 93-94).

Blant kommunene som inngår i casestudien er det ingen som har initiert eller driver *tjenestesamarbeid* med andre kommuner innenfor psykisk helse. Alle kommunene har eget botilbud, gjerne i sammenheng med botilbudet som gis til andre grupper av brukere i kommunen. I de to minste kommunene, G og F, som helt mangler eller har et svært begrenset dagsentertilbud, ble det hevdet at deres brukere kunne benytte dagsenteret i nærmeste store kommune. For kommune F var det mulig å etterprøve dette utsagnet, og det viste seg at det var mulig for brukere fra andre kommuner å bruke det nevnte dagsenteret, men at det ikke forekom i praksis. To av de større kommunene, B og D, hadde samarbeid med nabokommuner om andre sosiale og kulturelle tiltak. Det dreier seg i stor grad om at dagsentrene inngår i samarbeid, reiser på turer sammen, besøker dagsentra i andre kommuner eller har andre typer felles arrangementer (27.10.03, dagsenteret, kommune D; 28.10.03, dagsenteret, kommune B). Det er også bare to kommuner som egentlig har tilbud om sysselsetting og arbeid til sine brukere, det er kommunene A og C. Ingen av dem samarbeider med andre kommuner om dette. De to minste kommunene rapporterte ellers at de inngår i samarbeid med nabokommuner om å finne løsninger på andre typer kommunale oppgaver.

Når det gjelder *fagsamarbeid* er det kun den minste kommunen som har samarbeid med andre kommuner om fagstillinger. Det gjelder for PPT, der det er inngått samarbeid med to nabokommuner. De samme kommunene var på det tidspunktet vi besøkte kommunene i gang med å ansette felles psykolog som skulle være knyttet opp både mot PPT og psykisk helsearbeid (05.02.04, administrasjonssjef, kommune G). I den nest minste kommunen har den ene psykiatriske sykepleieren, som er ansatt i 50% stilling, også en deltidsstilling i en annen kommune i regionen, men uten at kommunene samarbeider om dette.

Det kvalitative materialet underbygger antagelsen om at det er rådgiveren hos fylkeslegen som initierer det meste av "samarbeidet" vi finner når vi spør om kursing, veiledning og felles samlinger for ansatte. For ansatte i tre av casekommunene var dette den eneste formen for

faglig påfyll som ble gitt, mens de andre kommunene hadde avholdt eller planla å holde interne kurs, og de ga gode muligheter for ansatte til å videreutdanne seg og til å delta på eksterne kurs.

I spørreskjemaundersøkelsen fant vi at kommuner med en egen, avgrenset tjeneste for psykisk helsearbeid, samarbeider mer med andre kommuner enn de som har lagt psykisk helsearbeid i stab eller har en integrert modell (Myrvold 2004:54-55). Dette er trekk vi også kan se i materialet fra casestudien. Egen ledelse for det psykiske helsearbeidet ser ut til å være viktig for å kunne utvikle tjenesten og iverksette tiltak. I vårt casemateriale er det de små kommunene som har lagt psykisk helsearbeid i stab eller som har integrert modell, og mangelen på samarbeid kan oppfattes som problematisk for kvaliteten på tjenestene som tilbys. Små kommuner har små fagmiljøer og ofte består ressursene i det psykiske helsearbeidet av én til to stillinger for psykiatriske sykepleiere. Samtidig kan forklaringen på manglende samarbeid i små kommuner være at noen av disse kommunene er geografisk store og har store avstander. Tidligere undersøkelser har vist at langt færre kommuner har samarbeid om velferdstjenester enn om andre typer tjenester (Hovik og Stigen 2004). En årsak til det er at innbyggerne i langt større grad enn for andre typer tjenester forventer å få tilgang til denne type tjenester der de bor.

Også for spørsmålet om samarbeid med andre kommuner kan egen ledelse av det psykiske helsearbeidet ha betydning og være en suksessfaktor, bl.a. fordi andre kommuner får en klar adressat å forholde seg til i samarbeidsbestrebelsene. En annen faktor er, også her, at psykisk helsearbeid er tilknyttet den kommunale organisasjonen på en slik måte at behovene synliggjøres og noen tar ansvar. I eksempelkommunen med integrert modell fra det kvalitative materialet blir det til en viss grad tatt ansvar hos administrasjonssjefen, som løser konflikter og fatter beslutninger som angår det psykiske helsearbeidet og dets relasjoner til andre tjenester i kommunen. Det kvalitative materialet viser imidlertid at samarbeidet i den integrerte modellen blir personavhengig. I hvilken grad det er interesse for psykiatrifaglige problemstillinger avhenger av leder for pleie- og omsorgstjenestes interesse for tjenestefeltet og hvordan den psykiatrifaglige kompetansen vurderes. Som vi så ble psykiatrikompetansen gjerne vurdert som en ressurs den somatiske hjemmetjenesten ville ha tilgang til for egne brukere. I materialet ser slike modeller ut til å skape en viss usikkerhet omkring både innholdet i og utformingen av de psykiske helsetjenestene.

## 4.5 Samarbeid og samordning med andre- og tredjelinjen

Kommunenes psykiske helsearbeid utgjør bare en del av behandlingsskjeden for mennesker med psykiske lidelser. Spesialistfunksjonene ivaretas bl.a. av Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), i tillegg til sykehusene. For å sikre at behandlingen for den enkelte bruker blir koordinert og helhetlig, er det viktig at samarbeidet mellom de ulike leddene i behandlingsskjeden fungerer godt. I dette avsnittet skal vi konsentrere oss om tilbudet til voksne brukere, mens samarbeidet mellom kommunene og andrelinjen om tilbudet til barn og unge blir behandlet i neste kapittel.

Flere faktorer kan være av betydning for forholdet mellom den enkelte kommune og andrelinjetjenesten. Kommunens geografiske beliggenhet i forhold til nærmeste DPS vil kunne være viktig for hvor hyppig kontakten mellom de to vil være, men ulempen ved å ligge langt fra et DPS vil trolig i noen grad kunne oppveies ved besøk av ambulerende fagteam.

Forholdet mellom kommunen og andre- og tredjelinjen vil også kunne avhenge av hvilken kompetanse kommunen selv har på feltet. Liten egen kompetanse vil gi stort behov for

bistand, men et sterkt kommunalt fagmiljø kan bety større evne til å benytte seg av det tilbudet andrelinjen kan gi.

#### *Samarbeid mellom kommunene og andre- og tredjelinjen*

I spørreskjemaet til samtlige kommuner spurte vi om kommunene hadde formelle samarbeidsavtaler med andre og tredjelinjen. Resultatene tyder på at det er de mest folkerike kommunene som i størst utstrekning har avtaler med andrelinjen (Myrvold 2004:98). Syv av ti av de største kommunene oppga at de har avtale om rutiner ved utskrivning, mens andelen for de minste kommunene er to av ti.

I intervjuene med informanter fra casekommunene har vi tatt opp spørsmålet om forholdet til andre- og tredjelinjen. Felles for de fleste kommunene er at de sier at noe fungerer bra i samarbeidet, men i samtlige kommuner har informantene eksempler på situasjoner som ikke har vært gode. Både store og små kommuner mener at de ofte blir overrasket i sitt samarbeid med andre- og tredjelinje fordi pasienter blir utskrevet uten at kommunen får kunnskap om det (Helgesen 2004). Når det gjelder kommunenes involvering i utskrivning av pasienter er det for flere av kommunene etablert prosedyrer i form av utskrivingsmøter, som i prinsippet ville fungere godt, men det er sjelden disse følges. I den grad møter blir avholdt viser vårt materiale at de sjelden fungerer fordi de er dårlig planlagt fra spesialisthelsetjenestens side (21.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune A; 28.10.03, psykiatrisk sykepleier, kommune B). Små kommuner som har lange avstander til spesialisthelsetjenesten har også færre ressurser å sette av til å avholde møter, og blir avhengige av skriftlige tilbakemeldinger fra sykehus, DPS og BUP. Tilbakemelding kan gis i form av epikriser, men erfaringen i en del kommuner er at epikrisene ofte ikke sendes kommunen (30.03.04, lege, kommune E; 05.02.04, lege, kommune G). Materialet tyder imidlertid også på at det er forskjeller både mellom og innen regionale helseforetak i akkurat dette spørsmålet.

En psykiatrisk sykepleier i kommune A beskriver det slik:

Sykehuset kan ringe en fredag og si at pasienten blir utskrevet senere samme dag. Det kan være øyeblikkelig hjelp- utskrivinger, dvs. at de må skrive ut pasienter for å få plass til pasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp. Da får vi (psykiatritjenesten) enten informasjon samme dag, eller vi får ikke noe informasjon om den aktuelle pasienten. Det kan også tenkes at hvis brukere sier de ikke vil ha hjelp, så blir det ikke gitt informasjon til hjemmesykepleien. Det beror seg på at andrelinjen vet for lite om førstelinjens arbeid. Dette er forhold som varierer mellom avdelinger, og om hjemmesykepleien får informasjon handler ofte om ledelse ved avdelinger på sykehus. Det handler om hvilke rutiner de har for utskrivning og samarbeid, og det er forskjellig mellom ulike avdelinger. Noen er smidige, og da går det greit. Det ser ut til at rutiner for utskrivning er desentralisert til avdelingsnivå på sykehus.

Dette er blant de forholdene som skaper frustrasjoner i gruppen. Vi ser at pasienter lider. De har ofte ikke engang med seg medisiner når de kommer fra sykehuset, også resepter kan de mangle. Hjemmetjenesten må stable et apparat på beina på alt for kort tid. Noen ganger blir derfor utskrevne pasienter uten tilsyn fra psykiatrisk sykepleie over helgen (20.10.03, psykiatrisk sykepleier, Kommune A)

I kommune D er de stort sett fornøyd med samarbeidet med andrelinjen, men den psykiatriske sykepleieren nevner at det av og til kan oppstå problemer når kommunen synes andrelinjen forlanger for mye av kommunen. Det hender at de blir sittende og diskutere penger med

brukere til stede, og dette kan være vanskelig (27.10.03, psykiatrisk sykepleier nr. 1, kommune D).

Informantene i kommune E er ganske samstemte i at samarbeidet med andre- og tredjelinjen fungerer dårlig. Kritikken mot andrelinjen går blant annet på at det ikke er bygget opp skikkelige polikliniske tjenester. Kommune E er en relativt liten og avsidesliggende kommune med forholdsvis lange reiseavstander både internt og til spesialisthelsetjenesten, og flere peker på at andrelinjen ikke forstår behovene i distriktene:

For eksempel sender de pasienter i oppsamlingsdrosjer. Det kan ta så mye som seks timer før folk er tilbake. En gammel mann på over 80 år ble satt av på fergeleiet på den andre siden, og han måtte klare seg over med fergen selv. (...) Det ble han syk av. Det skyldes sykehusenes vankunne, ikke vil de lære heller. De tar ikke imot informasjon. Relasjonen til andrelinjen er veldig dårlig. De ser ikke distriktene. Sykehusene regner ikke med menneskene i distriktene, det er så få herfra som er innlagt ved sykehusene (31.03.04, miljøarbeider, kommune E)

Legen i den samme kommunen er heller ikke nådig:

Kommunikasjonen er et stort problem. Sykehusene bør pålegges å skjerpe seg, å få rutiner på plass. Psykologene er enda verre. Det er helt systematisk at de ikke kommuniserer med legene. Legene henviser pasienter til psykologer som aldri sender epikrise tilbake. Etter at foretaket overtok rusomsorgen skjer det samme der. De kan likevel finne på å sende epikrisen til sosialkontoret, men legen får ikke ut noe derfra. Samarbeid blir derfor umulig. Om behandlinger avsluttes og hvordan det går vet vi lite om. Vi får ikke vite noe. (...) Godt erfarne og interesserte leger vil også utøve god psykiatri. Gjerne bedre enn andrelinjen. Der har de ofte danske vikarer på korttidsengasjementer (30.03.04, lege, kommune E).

Den psykiatriske sykepleieren i kommune E har inntrykk av at sykehuset ikke er helt oppmerksom på at de har et faglig ansvar overfor arbeidet i kommunene. På grunn av manglende kommunikasjon og tilbakemeldinger har kommunen begynt å bruke tid på å følge brukerne på sykehuset for å få raskere avklaring med sykehuset om hva som kommer til å skje. De holder også kontakt med brukere fra kommunen som er innlagt. Sykehuset har ofte ikke tid til å ha kontakt når kommunen kommer, og den psykiatriske sykepleieren sier at de må presse sykehuset for å få nødvendig informasjon (01.04.04, psykiatrisk sykepleier, kommune E).

I kommune F – som har psykisk helsearbeid lagt i stab hos rådmannen – opplever de det som et problem at mangel på ledelse av tjenesten i kommunen innebærer at andrelinjen ikke vet hvem de skal ta kontakt med. Dette ble særlig prekært ved en krise som oppstod kort tid før vi var på besøk. Kommunalråden fikk – helt uforberedt – problemene i fanget. De dårlige erfaringene i krisesituasjonen fikk ham til å reflektere:

Jeg satt og tenkte; var sykehuset og DPS brukbare alliansepartnere for kommunen? Svaret var nei. I det konkrete tilfellet hadde familienettverket rundt vedkommende bruker kollapset, og da var det plutselig ”krig” mellom ansvarlige instanser (18.02.04, kommunalråd, kommune F).

I den minste kommunen – kommune G – mener den psykiatriske sykepleieren at forholdet til andrelinjen er svært avhengig av legen:

Bøygen for kontakt mellom førstelinjen i kommunen og andrelinjen er legesituasjonen i kommunen. Det er fordi det er legen som har ansvaret for å henvise brukere videre i systemet. Med lite kontinuitet blant legene blir det vanskelig. Legene vil heller ikke komme på samarbeidsmøter med andrelinjen. Utover det fungerer det stort sett bra. Men jeg må ta tak i legen hvis noen brukere har behov for å bli vist videre i systemet (04.02.04, psykiatrisk sykepleier, kommune G).

Legen i kommune G trekker frem betydningen av å være en liten kommune:

Som liten kommune føler vi oss sårbare i relasjonen med andrelinjen. Andrelinjen har liten forståelse for de problemene som er særegne for små kommuner. Et eksempel er at ambulansen, som skapte trygghet i lokalmiljøet, nå er flyttet til en annen kommune. Et eksempel fra en annen etat er at de flytter politiet også. Det skapte også trygghet i lokalsamfunnet, og også politiet har en rolle å spille som lokalkjente. Ikke i noen av disse spørsmålene ble kommunen hørt (05.02.04, lege, kommune G).

Men det finnes også eksempler på at samarbeidet mellom første- og andrelinjen er i ferd med å bedres i mange kommuner. I kommune B har de et gryende samarbeid med det lokale DPS knyttet til dagsenteret:

I andre linjen har de kortere varighet på sine behandlingsgrupper. Å styrke samarbeidet mellom første- og andrelinjen, blant annet ved at brukere integreres i dagsenteret på slutten av behandlingen, er positivt. De blir bedre av å være her og kan gå videre med de tilbudene vi har. Noen bruker dagsenteret her samtidig som de er i behandling ved DPS. Jeg har vært der og snakket om dagsenteret, så de ansatte ved DPS et kjenner til det. (28.10.03, dagsenteret, kommune B).

#### *Tilgang på tilbud fra andrelinjen*

I spørreskjemaundersøkelsen fant vi at graden av tilfredshet med tilbudet fra andrelinjen er omvendt proporsjonal med kommunens størrelse. De største kommunene er langt mindre fornøyd med tilgangen på andrelinjetjenester enn mindre kommuner (Myrvold 2004:101). Ut fra de kvantitative dataene var det imidlertid ikke mulig å fastslå om dette er reelle forskjeller, eller om et sterkere – trolig også mer profesjonelt – fagmiljø i de store kommunene i større grad ser behovene for ytterligere tilbud. En mulig forklaring kan være at småkommunene befinner seg i områder av landet der kapasiteten er relativt bedre utbygget. En annen mulighet er at kapasiteten til å ivareta hver enkelt pasient er større i mange av de minste kommunene, slik at det kommunale behandlingsapparatet i større grad makter å følge opp at deres innbyggere får et tilbud fra andrelinjen. Kanskje er også andre- og tredjelinjen mer oppmerksomme på manglende behandlingstilbud i de mindre kommunene, og faktisk gir innbyggerne i småkommunene et bedre tilbud.

I intervjuene med informanter i de syv utvalgte kommunene fremgår det at de fleste som henvises fra leger i kommunene til spesialisthelsetjenesten ganske raskt kommer til en innledende vurderingstime, mens ventetiden på reell behandling oppfattes som svært lang. Dette er særlig markant når det gjelder barn og unge (behandles nærmere i neste kapittel). Den lange ventetiden oppleves som spesielt vanskelig i de minste kommunene, som har lite kompetanse å sette inn for innbyggere som venter på behandling. Et par av kommunene nevner at de kan få noe veiledning av andrelinjen om hvordan de skal ta seg av brukere i denne perioden, men generelt sett gis det i liten grad anvisninger eller veiledning i forhold til hvordan enkeltbrukere kan gis behandling eller støttes i ventetiden. Store deler av slike vurderinger ligger hos de profesjonelle medarbeiderne i kommunen, og det oppfattes i blant

som problematisk. Det oppfattes også slik at kommunikasjonen om når reell behandling skal settes i gang eventuelt avsluttes, er dårlig.

#### *Ambulerende team og veiledning*

I spørreskjemaundersøkelsen oppga nesten seks av ti kommuner at de får besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten. Dette gjelder uansett kommunestørrelse, med mindre variasjoner. I tillegg til muligheten en del kommuner har for å få bistand fra ambulerende team, kan kommunene også få veiledning knyttet til enkeltbrukere fra andrelinjens poliklinikker (BUP, DPS). Svarene fra spørreskjemaundersøkelsen når det gjelder voksne brukere tyder på at de større kommunene er noe flinkere til å benytte muligheten til veiledning fra andrelinjen enn de minste kommunene.

Blant kommunene i casestudien er det bare én av syv kommuner som sier at de har hatt besøk av ambulerende team fra nærmeste DPS. Det dreide seg i det tilfellet ikke om at teamet skulle yte tjenester, men det var en presentasjon av enkeltpersoner som arbeider ved DPS og av hvilke tilbud DPS kan gi. Kommune E, som har få innbyggere, men likevel er geografisk stor og har lange avstander til nærmeste DPS, hadde ikke fått tilbud om besøk av ambulerende team. I denne kommunen ble avstandene til DPS uttrykt som et problem fordi brukere ga opp behandlingen når reiseavstander ble oppfattet som for lange. Informanter fra kommunen mente også det hadde foregått en sentralisering av DPS-ressursene (31.03.04, miljøarbeider, kommune E).

I likhet med hva vi fant i spørreundersøkelsen, benytter de største kommunene i casematerialet seg i større grad av muligheten for veiledning fra andrelinjen. Tre av de større kommunene som inngår i undersøkelsen har DPS innenfor egne grenser, og i to av disse var det etablert gode rutiner for veiledning. I den tredje kommunen var det ikke etablert slike rutiner. De fire kommunene som ikke har DPS liggende i kommunen har heller ikke etablert rutiner for veiledning, men i én av dem ble det gitt veiledning på noe mer tilfeldig basis.

## 4.6 Oppsummering

Seks av syv kommuner som inngår i denne studien har organisert sin virksomhet med en flat struktur. Dette innebærer – i hvert fall i prinsippet – at de tjenesteytende enhetene får en mer selvstendig stilling i selve tjenesteproduksjonen, og at antall ledernivåer mellom tjeneste-enheten og rådmannen reduseres. En slik organisering forutsetter at det etableres ordninger for koordinering mellom tjenester – enten på rådmannsnivå eller i form av tverrenhetlige grupper i kommuneorganisasjonen.

Kommunene i vårt utvalg har i liten grad etablert slike koordinerende fora på systemnivå, selv om bildet varierer noe. Særlig kommune B skiller seg ut ved å ha et sterkt fokus på behovene for samordning; kommunen har både en koordineringstjeneste og en bestillertjeneste som har klart definerte oppgaver i forhold til å samordne tjenester overfor brukere med behov for hjelp fra flere tjenestesteder. Kombinasjonen av en (tilnærmet) ren flat struktur og organisering i egen enhet eller i stab ser ikke ut til å fungere optimalt, i hvert fall så lenge det ikke er etablert koordinerende strukturer på systemnivå i kommunen. Ut fra vårt materiale ser det ut til at samarbeid knyttet til psykisk helsearbeid på mange måter trives bedre når kommunen ikke har en ren flat struktur, men der arbeidet har en egen leder plassert innenfor en bredere tjeneste. Dette ivaretar i noen grad både behovet for faglig samordning på ledernivå, behovet for faglig utvikling internt og behovet for å gjøre det psykiske helsearbeidet synlig i kommuneorganisasjonen.

I de minste kommunene skjer mye av samarbeidet og koordineringen uformelt. Dette oppleves å fungere ganske bra, samtidig som prosessene blir svært personavhengige og sårbare.

De fleste kommunene i casestudien er i oppstartfasen i arbeidet med individuelle planer. To av kommunene gir inntrykk av å ha benyttet individuelle planer en stund, mens de andre i varierende grad har kommet i gang. Holdningene til individuelle planer er blandet. Mange informanter mener det er vanskelig å få brukerne til å ønske seg individuell plan, og at dette er en viktig årsak til at arbeidet er kommet så kort. De er ressurskrevende for kommunene å utarbeide individuelle planer, slik at noen mener at de ikke har tid til dette i en travel hverdag. Malen som er gitt oppleves dessuten som svært omfattende og lite tilpasset akkurat deres kommunes behov og situasjon. Mange nevner også at andre- og tredjelinjen i liten grad arbeider med slike planer, og at det er uklart hvem som egentlig har ansvar for å utarbeide individuelle planer.

Ansvarsgrupper rapporteres å være et godt innarbeidet redskap i de fleste av kommunene i studien. I et par av kommunene har de trappet ned bruken av ansvarsgrupper i den senere tid. Noen har dårlige erfaringer med slike grupper, både fordi det kan virke skremmende på brukere med så mange fagfolk til stede, og fordi det oppleves som uheldig at konflikter mellom tjenester og tjenestenivåer av og til utspiller seg med brukere til stede.

Sammenliknet med inntrykket som ble gitt i spørreskjemaanalysen, fremstår den kommunale kultursektoren som ganske sterkt medvirkende i det psykiske helsearbeidet i kommunene i casestudien. Kultursektoren involveres først og fremst gjennom dagsenteret, og de kommunene som ikke har et aktivt dagsenter mangler denne tilknytningen til kulturtenestene. Særlig en av kommunene er et godt eksempel på hvordan dagsentervirksomheten kan gi et bredt tilbud til innbyggerne, ved å ha et godt samarbeid både med kultursektoren og i forhold til frivillige organisasjoner i kommunen. Denne kommunen sier også eksplisitt at de satser på kultur innenfor midlene fra Opptrappingsplanen.

Det er interessant å observere legenes posisjon i forhold til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Særlig i de minste kommunene oppleves legene å være helt sentrale, både i henvisningen av brukere til kommunens psykiske helsearbeid og i henvisningene til andre- og tredjelinjen. I disse kommunene er fagmiljøet i psykisk helsearbeid gjerne begrenset til en eller to psykiatriske sykepleiere pluss lege, eventuelt også helsesøster. Det nevnes av noen informanter at småkommunene kan bli sårbare, ikke minst fordi liten stabilitet blant legene kan være et problem både innad i kommunen og i kommunikasjonen med andre- og tredjelinjen.

Ellers er det en del informanter som mener det er mye å hente hos legene når det gjelder samarbeid med andre kommunale tjenester. Mange leger oppleves som vanskelige å få med i tverrfaglige møter og grupper, selv om det her åpenbart er store individuelle variasjoner.

Inntrykket fra casestudien er at det er svært lite interkommunalt samarbeid knyttet til det psykiske helsearbeidet. Dette gjelder både fagsamarbeid og tjenestesamarbeid. I den grad det er noe slikt samarbeid, synes det å være de store kommunene som makter å få dette til.

Samarbeidet med andre- og tredjelinjen går forholdsvis trått, i følge kommunene i studien. Selv om det finnes gode erfaringer, og noen informanter mener at samarbeidet utvikler seg positivt, har informantene mange uheldige erfaringer. Det er først og fremst kommunikasjonen knyttet til utskrivning av pasienter som oppleves problematisk. Kommunene mener at de får altfor lite informasjon om sine pasienter, slik at de ikke får fulgt dem opp på en god måte når de er hjemme. Enkelte erfaringer som fremkommer i intervjuene tyder på at det kan være vanskelig for andre- og tredjelinjetjenesten å vite hvor i kommunen de skal henvende seg når kommunen ikke har en distinkt tjeneste for psykisk helsearbeid, for eksempel når arbeidet er lagt i stab eller er integrert i en annen tjeneste.

## 5 Psykisk helsearbeid blant barn og unge

### 5.1 Innledning

I forbindelse med gjennomgangen av status for Opptappingsplanen i 2002, ble det klart at det var behov for en sterkere satsing på utbyggingen av tilbudet for barn og unge. Oppfatningen var at planen ikke hadde gitt tilstrekkelig fokus på denne gruppen, særlig i kommunene. Det ble lagt inn en forutsetning om at minst 20 prosent av midlene skulle gå til psykisk helsearbeid blant barn og unge.

Den eksplisitte prioriteringen av barn og unge kom inn i planen etter at vår survey ble gjennomført våren 2002. Ved gjennomføringen av intervjuundersøkelsen i 2003-2004 var dette imidlertid kommet inn som en forutsetning for tildeling av opptappingsmidler til kommunene.

Hovedinntrykket i rapporten basert på surveydataene (Myrvold 2004:112) er at det psykiske helsearbeidet for de yngre aldersgruppene har en diffus forankring i mange kommuners organisasjon. Organiseringen av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge varierer sterkt mellom kommunene. Noe av årsaken til at det er vanskelig å få et klart bilde av det kommunale apparatet på dette området er trolig også knyttet til at spørreskjemaet ble sendt til kommunens koordinator for psykisk helsearbeid (eller tilsvarende). Surveyen avdekket at koordinatoren ofte ikke har ansvar for barn og unge, slik at svarene for denne gruppen kan være mer usikre enn svarene for voksne (Myrvold 2004:63). Det er derfor særlig viktig å supplere surveydataene med opplysninger fra casestudiene for yngre innbyggere.

I spørreskjemaundersøkelsen spurte vi også om hvilke grupper blant innbyggerne som hadde fått bedre tjenester som følge av Opptappingsplanen (Myrvold 2004:101). Resultatene var helt entydige. Informantene i kommunene mener at Opptappingsplanen så langt har hatt størst betydning for tilbudet til voksne med alvorlige psykiske lidelser. For voksne med lette og moderate lidelser opplever kommunene også at tilbudet er blitt bedre med satsningen i Opptappingsplanen. Blant respondentene er det få som mener at tilbudet til barn og unge er vesentlig styrket. I intervjuundersøkelsen er det derfor lagt vekt på å få opplysninger om – og eventuelt hvordan – den sterkere vektleggingen av arbeidet for barn og unge i den reviderte Opptappingsplanen har endret kommunenes prioritering av barn og unge innenfor det psykiske helsearbeidet.

Ved hjelp av intervjudataene fra de syv casekommunene vil kapitlet drøfte nærmere det psykiske helsearbeidets forankring i kommunene, hvilke tiltak som er iverksatt for barn og unge, og hvilke kommunale tjenester som er involvert i arbeidet for denne gruppen av innbyggere.



## 5.2 Organiseringen av arbeidet for barn og unge

Opptrappingsplanen sier ikke noe eksplisitt om kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Også for denne gruppen antas helheten i tilbudet å fremmes ved integrering av det psykiske helsearbeidet i det ordinære tjenesteapparatet. I og med at mye av arbeidet for barn og unge består av forebyggende arbeid, er det kanskje særlige grunner til at dette bør integreres i de tjenestene som allerede har etablert kontakt med barn, unge og deres familier – bl.a. helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern, sosial- og miljøarbeider-tjenester, PPT, barnehager og grunnskoler. Ved å bygge opp kompetansen i psykisk helsearbeid i disse tjenestene, vil barn og unge med problemer relatert til psykisk helse kunne få hjelp tidlig, og situasjoner som kan gi slike problemer vil kunne avhjelpes før de utvikler seg videre.

Den kvantitative studien (Myrvold et. al. 2004:65) viser et fragmentert bilde av kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet blant yngre innbyggere. Nesten 60 prosent av kommunene som har svart på spørreskjemaet sier at de har en egen tjeneste som har ansvar for psykisk helsearbeid blant barn og unge, plassert innenfor en etablert kommunal tjenesteenhet (Tabell 5.1). Omtrent halvparten av disse (28% av alle kommunene i undersøkelsen) oppgir at tjenesten er forankret i helsetjenesten, og en firedel (14% av alle) i pleie- og omsorgstjenesten. Ellers er det et stort mangfold blant kommunene mht. hvor det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge er forankret: i sosialetaten, i en kombinert helse- og sosialetat, i oppvekstetaten, i barnevernet, i familieetaten mv.

Tabell 5.1 *Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge, detaljert oversikt*

Hovedansvaret for psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge er lagt til	Antall kommuner med gitt modell	Prosent	
En egen enhet for psykisk helsearbeid	22	9	
En egen tjeneste for psykisk helsearbeid		58	
• innenfor helse (primært helsestasjon)	71		28,0
• innenfor sosialtjenesten	9		3,5
• innenfor pleie-/omsorgstjenesten	35		13,8
• innenfor barneverntjenesten	1		0,4
• innenfor helse- og sosialtjenesten	14		5,5
• innenfor oppvekstetat/barne- og ungdomstjenesten/ miljøarbeidertjenesten	7		2,8
• innenfor forebyggende enhet	1		0,4
• innenfor rehabiliteringsavdeling	2		0,8
• innenfor familieetat/-avdeling	4		1,6
• annet/ikke oppgitt	6		2,4
I stab hos rådmannen/helse- og sosialsjef	6	2	
Integrert modell	52	21	
Ingen konkret modell for psykisk helsearbeid for barn/unge	12	5	
Ubesvart	15	6	
Totalt	254	101	

21 prosent av kommunene sier at de har integrert det psykiske helsearbeidet for barn og unge i det ordinære tjenesteapparatet. For en del av disse kommunene kan det imidlertid være at ”integrert tilbud” betyr at de ikke har noen eksplisitt organisering av dette arbeidet. På bakgrunn av surveydataene stilte vi derfor spørsmål om det psykiske helsearbeidet blant barn og unge i en del kommuner har et klart forankringspunkt i kommuneorganisasjonen.

Casestudien viser at de kommunene som er valgt ut til studien i stor grad ivaretar det psykiske helsearbeidet overfor barn og unge innenfor de etablerte tjenestene. Kommunene har ikke laget noen egne organisasjonsmessige strukturer rundt dette arbeidet. Det psykiske helsearbeidet ser i hovedsak ut til å være forankret i helsesøstrenes arbeid i skolene og ved helsestasjon for ungdom. I noen kommuner har barnevernet i en viss grad hatt ansvar for barn og unge med psykiske problemer. En av de større kommunene i studien har etablert et utvidet ansvarsområde for PPT, og har bl.a. ansatt flere psykologer i tjenesten. Felles for kommunene er imidlertid at psykisk helsearbeid for barn og unge tidligere ikke har vært så lett å identifisere som eget arbeidsfelt, men at det nå oppleves økt interesse for og oppmerksomhet rundt dette arbeidet.

### **”Voksenpsykiatri” og ”barnepsykiatri” – organisering og prioritering**

I de kommunene vi har studert er det få faglige og organisatoriske koplinger mellom det psykiske helsearbeidet for barn og unge og arbeidet for voksne. Det er stort sett ulike kommunale enheter og ulike personer som ivaretar arbeidet for de to aldersgruppene. I de fleste kommunene har det vært lite eller ikke noe samarbeid mellom de som ivaretar behovene til de to gruppene.

Noen av kommunene har vurdert muligheten for å organisere arbeidet for voksne og barn i samme enhet. En av fordelene med en felles organisering av det psykiske helsearbeidet for barn og voksne er at det gir mulighet for å trekke veksler på den fagkompetansen som finnes på en fleksibel måte. Dette vil kunne være særlig viktig i mindre kommuner, der fagmiljøet i psykisk helsearbeid er lite. Barn og unge med tyngre problemer kan få bedre hjelp. Overgangen fra ”barnepsykiatrien” til ”voksenpsykiatrien” kan også oppleves smidigere ved en slik organisering.

På den annen side ligger fokuset i arbeidet for barn og unge i større grad på forebygging, slik at arbeidsmetodene blir ganske forskjellige for voksne i forhold til barn og unge. Som tidligere nevnt innebærer dette at gevinstene ved å integrere (en stor del av) det psykiske helsearbeidet i de tjenestene som allerede er i kontakt med barn og unge og deres familier sannsynligvis er betydelige. En slik organisering kan dessuten begrense mulig stigmatisering som kan oppstå ved å ha kontakt med hjelpeapparatet. I vårt materiale kan vi observere ulike holdninger til hvordan organiseringen av arbeidet for barn og unge bør organiseres.

I kommune C forsøkte psykiatrienheten å etablere kompetanse for barn og unge. Da kommunen i 2003 opprettet en helsesøsterstilling ved hjelp av opptrappingsmidler, var det uenighet om plasseringen av denne stillingen. Psykiatrienheten ønsket stillingen, slik at de kunne gi et tilbud til barn og unge, men kommunen valgte å plassere den nye stillingen i helsesøstertjenesten.

I kommune E har en utbygging av helsestasjonstjenesten med kompetanse i psykiatri skapt ny entusiasme:

Det er spennende å arbeide på helsestasjonen nå, med det nye. Det hjelper oss til å holde fokuset og vi mener at vi er blitt oppjusterte. Ellers kan helsestasjon være rutinearbeid, vi blir lett usynlige. Det ser ut til at desto mer vi arbeider, desto mer usynlige blir vi. (...) Vi har sett at alle kommunene rundt her har denne funksjonen i en eller annen form. Noen steder er den organisert ut fra psykiatri, men vi mener den bør være organisert ut fra helsestasjonen. I (nabokommunen) er den også i helsestasjonen. De er også fornøyde med det, de unngår stigmatisering og skaper dermed et lavterskeltilbud. (31.03.04, helsesøster, Kommune E).

Flere kommuner rapporterer at det klare skillet mellom "voksenpsykiatri" og barnepsykiatri" er i ferd med å endre seg noe nå. Dette skyldes dels den sterkere fokuseringen av tiltak for barn og unge i revideringen av Opptrappingsplanen, fordi kommunene må tenke mer eksplisitt rundt det tilbudet de gir yngre innbyggere. Dels skyldes det at kommuner velger å gjøre endringer i det psykiske helsearbeidets organisasjonsmessige tilknytning. Kommuner som tidligere har hatt psykisk helsearbeid organisert under pleie og omsorg, opplever at tilbudet synliggjøres overfor andre grupper når de endrer organiseringen.

I kommune A er psykisk helsearbeid organisert som en egen tjeneste innenfor pleie og omsorg. Psykiatrikoordinatoren i kommunen uttrykker endringen i målgruppe klart:

Det kan bli for stor avhengighet av pleie og omsorg. Orienteringen mot barn og unge krever mer, og et endret fokus i denne retningen taler for at det blir egen enhet. Pleie og omsorg er i stor grad rettet mot eldre. Det er interesse for å løfte de psykiatriske tjenestene ut av det fokuset. (19.05.2003, psykiatrikoordinator, Kommune A).

Tjenesten har nå fått ansvar også for barn og unge, og har begynt å rekruttere folk med kompetanse på barn og unges psykiske helse. Men enheten har liten erfaring med arbeid for denne aldersgruppen: "Det har vært arbeidet med noen ned til 16 år tidligere, men trolig lå slike saker i sin helhet til barnevernet. Resten av tjenesteapparatet var lite involvert" (19.05.2003, psykiatrikoordinator, Kommune A).

Kommune C er også et eksempel på dette. Så lenge det psykiske helsearbeidet var integrert i hjemmetjenesten i pleie og omsorg, var fokuset i hovedsak på eldre innbyggere, i følge de som selv arbeider med psykisk helse. Etter at kommunen etablerte en egen "psykiatrienhet" er dette i ferd med å forandres. Endret fokus som følge av sterkere vektlegging av barn og unge i revideringen av Opptrappingsplanen kommer klart til uttrykk hos en ansatt i kommune B:

Målgruppen er i endring. (...) Nå er målgruppen i større grad de "middelaldrende", de fra 20 og oppover, samt barn og unge. Barn og unge ses som mer og mer viktig, det er de som er utgangspunktet for framtiden og det må forebygges. (08.10.03, spesialrådgiver, Kommune B).

I kommune D er det psykiske helsearbeidet flyttet fra omsorgsetaten til kommunens helse- og sosialetat. Helse- og sosialetaten består av sosialtjenesten, psykiatritjenesten og barne- og ungdomstjenesten (helsesøstertjenesten, forebyggende tjenester, PPT og en koordineringsenhet). Det er ikke ledere for tjenestene innenfor helse- og sosialetaten, slik at etatslederen har ansvaret for psykiatri både for voksne og barn/unge. Hun mener at "særlig for barn og unge innebærer en organisering i helse/sosial at relevante tjenester får bedre betingelser for samordning" (03.11.03, leder helse- og sosialetaten, Kommune D).

Det sterkere fokuset på psykisk helsearbeid for barn og unge kommer parallelt med – og er kanskje forårsaket av – en sterkere ressursmessig satsing på denne gruppen. Forutsetningen om av 20 prosent av midlene fra Opptrappingsplanen skal brukes til tiltak for yngre innbyggere har "tvunget" mange kommuner til å prioritere annerledes. Da intervjuene ble gjennomført var satsingen relativt ny, og ikke alle hadde kommet i gang med å implementere tiltakene. Men gitt kommunenes generelt anstrengte økonomi, opplyser flere av informantene at de øremerkede pengene fra Opptrappingsplanen er en helt nødvendig forutsetning for å få satt i gang arbeidet. I noen av kommunene har den økonomiske prioriteringen av barn og unge skapt visse konflikter. Konflikten har vært av litt ulik karakter. Noen har sett behovet for å prioritere de sykeste som så stort at (særlig forebyggende) tiltak for barn ikke bør prioriteres. Andre steder har det vært uenighet om hvor bredt pengene skal spres – skal for eksempel

kulturkontoret få midlene for å bygge en klatrevegg, eller skal pengene gå til å øke stillingsbrøken til en ansatt i kommunens psykiatritjeneste?

### 5.3 Utviklingen av tjenestetilbudet for barn og unge –bredden i tjenester og samarbeid

Spørreskjemaundersøkelsen (Myrvold 2004:74-76) tyder på at et større spekter av tjenester er involvert i psykisk helsearbeid blant barn og unge sammenliknet med arbeidet for voksne. Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har en særlig sterk stilling i arbeidet rettet mot barn og unge (Tabell 5.2). Hele tre av fire kommuner oppgir disse som ”i stor grad involvert” i dette arbeidet. Også barnevernet er relativt sterkt involvert, mens PPTs stilling er noe svakere. Bare en tredel av kommunene ser barnehagene og grunnskolene som sentrale i arbeidet, og kultursektoren oppleves i de aller fleste kommunene å være svært lite involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot denne aldersgruppen.

Tabell 5.2 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?*

	I liten grad involvert	Noe involvert	I stor grad involvert	Totalt	(N)
Pleie/omsorg	59	37	5	101	(198)
Sosialtjenesten	18	53	29	100	(209)
Barnevernet	3	35	62	100	(227)
PPT	6	42	52	100	(114)
Barnehage/grunnskole	8	53	39	100	(215)
Helsestasjon/skolehelsetj.	1	23	76	100	(233)
Legetjenesten	11	55	34	100	(219)
Fysioterapi m.v.	47	46	7	100	(203)
Kultur	65	29	5	99	(185)

Selv om relativt mange kommunale tjenester spiller en rolle i arbeidet for barn og unge, viser den kvantitative undersøkelsen at det er få kommuner som har etablert tiltak for å koordinere tjenestenes arbeid. Det er blant annet svært få barn og unge som får utarbeidet en individuell plan.

Intervjuene i casekommunene har gått nærmere inn på hvilke typer tiltak som er iverksatt for barn og unge innenfor rammen av Opptappingsplanen, og hvordan kommunene prøver å samordne tiltakene for yngre innbyggere med psykiske problemer.

#### 5.3.1 Hvilke typer tiltak er iverksatt eller planlagt?

Kommunene som er med i casestudien har valgt litt ulike satsningsområder for bruk av Opptappingsmidler til barn og unge (Tabell 5.3). De aller fleste kommunene har imidlertid valgt å satse primært på tiltak innenfor kommunens helsetjeneste, ved å styrke helsestasjonsvirksomheten eller – for de som har det – psykiatrienheten.

Fem av syv kommuner kan vise til konkrete tiltak for barn og unge finansiert med midler fra Opptappingsplanen. En av kommunene er ikke kommet helt i gang, men har klare planer. Den siste og nest minste kommunen har pga. økonomiske problemer måttet kutte ned på

helsesøstertjenesten med et halvt årsverk. I denne kommunen sier helsesøstrene at de ”ser lite til de 20% som skal øremerkes forebygging for barn og unge” (18.02.04, helsesøstre, kommune F). Nedbyggingen av helsesøstertjenesten betyr at barneskolene i kommunen ikke får tilbud om helsesøster. Ordningen med at helsesøster var til stede på ungdomsklubben en gang i uken måtte også avvikles. En av de kommunene (kommune C) som har fått styrket helsestasjonsvirksomheten med en stilling finansiert av penger fra opptrappingsplanen, har også opplevd nedskjæringer i denne virksomheten, parallelt med styrkingen.

Den kommunen (kommune G) som foreløpig ikke har kommet i gang i forhold til å bruke opptrappingsmidler på barn og unge, hadde allerede i utgangspunktet et rimelig godt tilbud. Selv om kommunen er den minste i vårt utvalg, hadde de for eksempel etablert en velfungerende helsestasjon for ungdom. De 20% av opptrappingsmidlene som skal brukes på barn og unge har kommunen planlagt å bruke til tiltak på skolene – kafé og klatrevegg – og ikke til nye stillingsressurser.

De fem kommunene som kan vise til konkrete tiltak har som nevnt valgt å bruke pengene på litt ulike områder. Fire av kommunene har valgt å styrke helsestasjons-/helsesøster-virksomheten med midler fra Opptrappingsplanen. Av disse har tre kommuner fått inn helsesøster med kompetanse på psykisk helsearbeid, mens den fjerde kommunen har fått styrket helsestasjon for ungdom. I én kommune skal helsesøsteren jobbe med barn av psykisk syke foreldre og barn som har opplevd samlivsbrudd. En annen av kommunene (kommune C) sier eksplisitt at den nye stillingen skal brukes til å arbeide med forebyggende virksomhet opp mot skolene. Helsesøsteren med videreutdanning i psykisk helsearbeid skal være en ressurs for de helsesøstrene som arbeider i skolene. Helsestasjonstjenesten i denne kommunen har også tidligere fått noe midler fra Opptrappingsplanen, som de har brukt til kursing av ansatte i samspillmetoden. Alle helsesøstrene i kommunen har nå denne kompetansen, og kurset og måten det ble gjennomført på oppleves å ha styrket avdelingen i betydelig grad. I kjølvannet av kursingen har alle foreldre til 2-åringer i kommunen fått tilbud om å delta i dialoggrupper. Men satsingen har tatt tid å få i gang:

Vi opplever at skolehelsetjenesten blir salderingspost. Derfor var vi glade for opptrappingsplanen og de 800 stillingene. Vi tok kontakt med kommunelegen allerede i 1997, igjen i 1998, for å få midler fra planen, men ble avvist. Deretter har legen vært på kurs og fått det med seg. (10.11.03, helsesøster nr. 1, Kommune C).

Mens de fleste av kommunene i vårt utvalg har fått inn kompetanse på psykisk helsearbeid i helsestasjonstjenesten, har den største av casekommunene (kommune A) valgt en annen løsning. Kommunen har prioritert å bruke opptrappingsmidlene til å styrke psykiatrienheten med kompetanse på barn og unge. Dette er ledd i en nyorientering av denne enheten i retning av å ha ansvar også for yngre aldersgrupper.

En annen av de større kommunene – kommune B – har en klar satsing på kulturtiltak generelt, og også for denne gruppen. Det er derfor gitt penger fra Opptrappingsplanen til kulturretaten, for å utvikle kulturtilbud til mennesker med psykiske problemer.

Kommune D sier at mye av kommunens opptrappingsmidler er benyttet i forhold til barn og unge. Flere tjenester har fått økt kompetanse på psykiatri gjennom midler fra Opptrappingsplanen. Dette gjelder både videreutdanning og enkeltstående kurs. I tillegg til styrking av helsesøstertjenesten, har barnevernet fått tilført kompetanse på psykisk helsearbeid. Kommunen har startet opp ”Familiens hus” med et lavterskeltilbud på dagtid for alle familier. Dette tilbudet vil bl.a. bemannes med en helsesøster med videreutdanning i psykiatri. I denne kommunen har det vært diskusjoner rundt bruken av psykiatrimidlene. Psykiatritjenesten vil

helst at den får disse pengene, ”men føringene i Opptappingsplanen tilsier et bredere nedslag for midlene” (03.11.03, leder helse- og sosialetaten, Kommune D).

Tabell 5.3 *Casekommunenes tiltak for barn og unge finansiert gjennom midler fra Opptappingsplanen pr. 2003/2004*

	<b>Tiltak for barn og unge finansiert gjennom midler fra Opptappingsplanen</b>
<b>Kommune A</b>	Psykiatrienheten styrket med kompetanse på barn og unge
<b>Kommune B</b>	Penger til kulturetaten for utvikling av kulturtilbud til barn og unge med psykiske problemer
<b>Kommune C</b>	Ny stilling som helsesøster med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Skal jobbe opp mot helsesøstrene på skolene. Midler også brukt på kursing av ansatte ved helsestasjonen i samspill
<b>Kommune D</b>	Bred satsing, bl.a. kompetanseoppbygging i helsesøstertjenesten og barnevernet samt ”Familiens hus”
<b>Kommune E</b>	Ny stilling som barne- og familieveileder ved helsestasjonen, med kompetanse i barn/unge med psykososiale problemer
<b>Kommune F</b>	Ingen konkrete tiltak. Har opplevd betydelige kutt i helsesøstertjenesten
<b>Kommune G</b>	Har ikke kommet i gang. Konkrete planer om tiltak på skolene – kafé og klatrevegg

Av våre syv kommuner er det bare kommune F som ikke har etablert eller planlagt nye tiltak for å styrke eller sikre barn og unges psykiske helse. Dette er en liten kommune i Nord-Norge som opplever kutt i allerede ganske magre stillingsressurser. Helsesøstrene uttrykker en viss fortvilelse over situasjonen. De sier at de kunne ha behov for en psykiatrisk sykepleier på helsestasjonen. De mener at helsestasjonen på alle måter er et lavterskeltilbud og at folk har lave barrierer for å oppsøke dem. I en liten kommune, hvor samfunnet er ganske gjennom-siktig er dette viktig. Ingen reagerer på at noen oppsøker helsestasjonen. Helsesøstrene ser en del problemer blant ungdom som kan relateres til psykiatri. De mener at selv om ungdom stort sett har mindre problemer, er det viktig at problemene ryddes i før de vokser deg store.

Noen av kommunene forteller om et sterkere fokus på psykisk helse for barn og unge de senere årene også uavhengig av midlene fra opptappingsplanen.

Kommune G har satt fokus på psykisk helse i relasjon til svangerskap, fødsel og tidlige barneår, bl.a. fødselsgrupper og åpen barnehage. De har tatt i bruk samspillsprogrammet for å få i gang en dialog mellom foreldrene og fagfolkene. Det deles ut lapper med tema og foreldre forbereder seg og spør spørsmål ut fra de tema de får.

Denne kommunen – som er den minste i vårt utvalg – har etablert samtalegrupper for unge som opplever samlivsbrudd. Hvis de har det svært vanskelig henvises de til skolepsykologen. Skolepsykologen er et felles tiltak mellom kommune G og en nabokommune. Derfra kan elevene henvises til BUP. Skolepsykologen snakker med elevene enkeltvis, men også i grupper. I kommune G er de svært fornøyd med hvordan ordningen med skolepsykolog fungerer. Tilgjengeligheten til slike tjenester blir betydelig bedre for barn og unge i kommunen, og de ønsker å kjøpe psykologtjenester på fastere basis.

Kommune C har siden 1999 hatt en helsesøster med særlig ansvar for flyktninger. Det er opprettet en samtalegruppe for barn og unge der traumer bearbeides. Lokalt ansatte veiledes av eksterne fra et psykososialt team ved et sykehus i regionen.

### **Forebyggende arbeid**

Psykisk helsearbeid blant barn og unge har gjerne karakter av å være primær- eller sekundærforebyggende tiltak. Flere av informantene fra kommunene i undersøkelsen har et bevisst forhold til betydningen av forebygging.

Kommune C har en helsesøster som bruker 50% av sin stilling på et primærforebyggende tiltak for elever ved videregående skoler. De tilbyr ungdom som bor på hybel å komme sammen for å lage mat, og etablerer på denne måten et nettverk blant ungdommene.

I kommune B drives forebygging ved å styrke helsestasjonsvirksomheten. Det er etablert egen helsestasjon for ungdom, der det oppfattes som ganske uforpliktende for de unge å ta kontakt. En av informantene i kommunen understreker viktigheten av et godt samarbeid mellom helsesøstrene på den ene siden og barnehage og skole på den annen. Hvis samarbeidet er åpent og godt, vil personalet i barnehagene og skolene, som opplever problemene på nært hold, kunne ta kontakt med helsesøster slik at de i fellesskap kan gripe fatt i dem. Hvorvidt dette er idealer for arbeidet, eller om de faktisk klarer å etablere et slikt tillitsforhold mellom tjenestene, er imidlertid usikkert.

Kommune D har en egen forebyggende tjeneste for barn/unge. Tanken bak tjenesten var rask hjelp, men nå er det venteliste for å få tjenester. Det er særlig skolene som er brukere av tjenesten, som avlaster barnevern og PPT. Alle problemer som skolen opplever med elever, uansett hva som er årsaken og karakteren til problemene, kan tas til forebyggende tjeneste. Problemene kan være knyttet til barnevern, PPT, psykiatri mv. Også kriser, for eksempel knyttet til selvmord, kan forebyggende tjeneste ta hånd om. Det er stort sett spesialpedagoger ansatt i forebyggende tjeneste.

Samtidig peker noen på at det kan være problematisk å få gjennomslag for å prioritere forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge. Dette skyldes dels at forebyggende arbeid i seg selv er lite synlig og vanskelig å måle. Arbeidet i pleie- og omsorg, for eksempel, er mye mer målbart. Der synes det med en gang hvis tjenesten uteblir, og det anmeldes, hevder en av helsesøstrene i kommune F.

En annen grunn som nevnes til at forebyggende arbeid er vanskelig å realisere er at kapasitetsmangel i andrelinjen betyr at kommunene må drive mye behandling. Pasienter blir utskrevet fra andrelinjen uten at de er ferdigbehandlet, slik at kommunen må bruke de ressursene de har til å forsøke å gi disse et tilbud. Likeledes hevder flere av informantene at ventetiden på behandling i BUP er så lang at kommunen må drive behandling av barn og unge mens de venter på å komme inn. Kommunene opplever også ofte at inntaksreglene i BUP er så strenge at innbyggere med lidelser kommunen mener de ikke har kompetanse til å ta seg av likevel blir deres ansvar. Presset i andrelinjen gir med andre ord ringvirkninger i kommunene, som synes de må prioritere ”brannslukking” fremfor forebygging for barn og unge.

## **5.4 Samarbeidet mellom kommunale tjenester for barn og unge**

Som det fremgår både av den kvantitative studien og av gjennomgangen av intervjumaterialet er det helsestasjonene og skolehelsetjenesten som utgjør mange kommuners forankringspunkt for psykisk helsearbeid for barn og unge. I et flertall av kommunene er det helsesøstertjenesten

som er styrket med midler fra Opptappingsplanen. Helsesøstre som er intervjuet i forbindelse med casestudien gir imidlertid klart uttrykk for at de trenger et nært samarbeid med skolene og legene for å få til et effektivt og godt tilbud til barn og unge i skolealder. Også samarbeidet med PPT kan være viktig i mange tilfeller. I spørreskjemaundersøkelsen oppga halvparten av informantene at PPT i stor grad er involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, mens tilsvarende andel for legene og skolene/barnehagene ligger på en drøy tredel (Tabell 5.2). I dette avsnittet ser vi litt nærmere på hvordan våre informanter – som i stor grad er helsesøstre – vurderer samarbeidet med ulike kommunale tjenester.

### **Samarbeidet med skole og PPT**

I de fleste kommunene i vårt utvalg driver helsesøstre en aktiv, relativt tradisjonell skolehelsetjeneste, med vekt på samtaler med enkeltelever og grupper av elever i tillegg til vaksiner og lignende. Unntaket er kommune F, som pga. kutt i skolehelsetjenesten ikke lenger har kapasitet til å ha helsesøstertjeneste på kommunens to 1.-7.-skoler. Også i denne kommunen har helsesøstre elevsamtaler på ungdomstrinnet. De opplever stor pågang av elever som vil snakke med dem, lærere som ønsker samarbeid og foreldre som tar kontakt, men de strekker ikke til i forhold til etterspørselen.

Helsesøstre gir uttrykk for at fokuset på psykisk helsearbeid som en del av kommunehelsetjenesten er blitt klart sterkere de senere årene. En av kommunene nevner for eksempel spesielt at de har opparbeidet seg spisskompetanse på spiseforstyrrelser og selvmordsproblematikk (10.11.03, helsesøster nr. 1, Kommune C). Den minste kommunen i utvalget har etablert en ordning med samtalegrupper, der elevene selv melder seg på og bestemmer tema for samtale. Helsesøstertjenesten på skolene oppleves av mange å være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud, der barn og unge kan ta opp problemstillinger relatert til både fysisk og psykisk helse.

En kompetent og oppdatert skolehelsetjeneste er sannsynligvis en viktig faktor i det psykiske helsearbeidet blant barn og unge. Det kan være gode grunner for at elever synes det er lettere å snakke med en helsesøster snarere enn med en lærer om ting de opplever problematiske. Men det er de ansatte på skolene og i barnehagene som har mest kontinuerlig kontakt med barna og som ser hvordan barna fungerer i hverdagen. Det er derfor naturlig at lærerne, som ser *mange* barn, er de som først oppdager problemer og avvik. Men i hvilken grad har de ansatte i skolene og barnehagene kompetanse på psykiske problemer hos barn og unge, og i hvilken grad klarer skolehelsetjenesten å komme i inngrep med lærerne slik at problemer fanges opp og behandles på en god måte? Bidrar Opptappingsplanen til at de som arbeider nærmest barna står bedre rustet til å håndtere problemstillinger knyttet til barnas psykiske helse?

Ut fra våre inntrykk fra casestudien er svaret på dette spørsmålet *nei*, selv om det er store forskjeller mellom kommuner på dette området. Forskjellene skyldes dels at kommunene har ulike ressurser å sette inn (eller opplever at de har det), dels at de har valgt ulike organiseringer av samhandlingen mellom skolehelsetjenesten og lærerne, og dels at personlig engasjement blant helsesøstre og lærere varierer. Vi må imidlertid ta forbehold om at vi ikke har intervjuet lærere om disse spørsmålene.

Inntrykket fra intervjuene i de utvalgte kommunene er at helsesektoren og undervisningssektoren i mange kommuner utgjør relativt separate verdener. Helsesøstre har sine oppgaver på skolen, og lærerne sine. Begge relaterer seg til elevene, men ofte i mindre grad til hverandre. Dette betyr ikke at lærerne er uinteressert i spørsmål knyttet til psykisk helse, men det ser ut til å være få kommuner som makter å bruke helsesøsterens kompetanse til å styrke lærernes kunnskaper om psykisk helse hos barn og unge. Samtidig vil nettopp en slik bruk av skolehelsetjenestens ressurser kunne bidra til at problemer forebygges eller fanges opp tidlig.



Noen helsesøstre (for eksempel i kommune C) er imidlertid flinkere til å tilby opplegg for skolene, også undervisning og veiledning overfor lærere.

Tradisjonelt har lærerne forholdt seg til Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) ved problemer relatert til psykisk helse hos elevene. I de fleste kommuner har PPT hatt et klart fokus på lærevansker og problemer i selve lærings situasjonen, ikke på psykisk helse mer generelt. Noe av dette kan kanskje bunne i at PPT domineres av spesialpedagoger. Dette kan også være en årsak til at lærerne finner det mer naturlig å forhold seg til PPT – en felles pedagogisk bakgrunn gir større forståelse mellom de to tjenestene.

Blant de kommunene vi har studert har enkelte begynt å tenke nytt når det gjelder PPT. En av kommunene har ansatt psykologer i PPT, noe informantene mener har åpnet tjenesten for et bredere tilfang av problemstillinger. En annen kommune har etablert en egen forebyggende tjeneste for barn og unge, som beskrevet over. Problemene som tas til forebyggende tjeneste kan være knyttet til barnevern, PPT, psykiatri mv. Det er stort sett spesialpedagoger ansatt i forebyggende tjeneste, noe som har bidratt til kontakten med PPT. Informanten fra kommunen sier at mens PPT tidligere var en tjeneste litt atskilt fra andre kommunale psykiatri- og hjelpetjenester, fungerer nå samarbeidet bedre (03.11.03, leder sosial- og helsestaten, Kommune D).

### **Samarbeidet med legene**

Mange av informantene reflekterer over legenes rolle i forbindelse med det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Legene utgjør en helt sentral yrkesgruppe, særlig for barn og unge med mer alvorlige lidelser, fordi de kan henvise videre til andrelinjetjenesten.

De aller fleste informantene er opptatt av at legene stort sett ikke deltar i tverrfaglig arbeid. Følgende uttalelse fra en av informantene i kommune C er ganske dekkende for flere av helsesøstrenes vurdering av fastlegenes involvering:

Det er faste tverrfaglige møter. Men fastlegen tar ikke kontakt, der er det ingen interesse for å jobbe tverrfaglig. (...) De tenker penger. Legene kan ta kontakt for å be oss gjøre spesifikke ting, men ikke for å initiere et samarbeid. Det kompliserer mye, fordi samarbeid er viktig, særlig for denne gruppen brukere. Det er hodeløst å rote på hvert vårt kontor. Legene er vår hodepine, de opplever det neppe som problematisk, men de burde begynne å relatere seg til oss (10.11.03, helsesøster nr. 2, Kommune C).

I kommune C opplever informantene at det er et problem at den tradisjonelle skolelegen er borte. Fastlegereformen, med dyre avtaler for legene, medførte at det ble for kostbart å ha leger på skolene. Nå er det kommunelegen som fungerer som skolelege, men han er ikke til stede på skolene. Tidligere kunne skolelegen skrive ut henvisning hvis det var behov for behandling etc. Dette er ikke lenger mulig, slik at helsesøster nå må henvise barna til fastlegen for å få dem videre i systemet:

Vi avdekker og følger opp til andre er på plass, men vår største utfordring er å få tingene videre i systemet. Nå er skolelegen borte, og dermed er våre henvisningsrutiner ikke på plass. Det må via en lege for å få ting videre, og nå må vi via fastlegen. Det medfører at det blir mye arbeid på helsesøster for å få i stand henvisninger. Vi informerer foreldre og anbefaler kontakt med fastlegen, men det koster foreldre både tid og penger, og vi har ingen kontroll med at det faktisk gjøres (10.11.03, helsesøster nr. 1, Kommune C).

Det gjør det vanskeligere for helsesøstrene at samarbeidet med skolelegen forsvant. Helsesøstrene får råd og veiledning hos kommunelegen, men det er bare veiledning. Det er

ikke lenger noe konkret samarbeid om brukere. Kommunelegen henviser ikke, og han skal heller ikke ha kontakt med brukere. Skolelegen kunne for eksempel henviser til BUP. Dermed er lavterskeltilbudet amputert, mener helsesøsteren (10.11.03 Helsesøster nr. 1, Kommune C). Hun reagerer sterkt på at legene har tatt til ordet for at de også vil ut av helsestasjonen: "At legen er til stede der er helt kritisk for om brukere skal gå videre i systemet. Det etableres vanntette skott, mens det vi trenger er åpne linjer. Nå må vi stille oss i kø sammen med andre pasienter for å få kontakt med fastlegen. Legene beskyttes av sine ansatte. (...) vi har vanskelig for å få kontakt med legen."

Kommunelegen i kommune E ser det litt annerledes:

Samarbeidet på kommunalt nivå går veldig bra. Vi kjenner hverandre og det er ikke noen problemer av formell art. Men det er en litt uheldig kultur i "Barn og unge". Skolene henviser elevene til PPT og skolepsykolog, det tar for lang tid før vi kommer inn i bildet. Legene bør komme tidligere inn for å kunne sette en diagnose, de trenger tidlige diagnoser og bør sendes til vurdering (30.03.04, lege, Kommune E).

Også legen i kommune G er svært godt fornøyd med samarbeidet mellom etater i kommunen. Kommandoveiene er greie og klare, synes han. Han mener det er viktig for kommunikasjonen at helsesøster har kontor i samme bygg som ham. Kommune G er den minste i utvalget vårt, og legen mener at de små forholdene er en styrke: "Vi kjenner hverandre, det er enkelt å ta en telefon. Det høres muligens litt idyllisk, men her vet man hvem som tar telefonen" (05.02.04, lege, kommune G).

Helsesøster i kommune E forteller at kommunen har en uvanlig organisering som hun mener gjør samarbeidet mellom leger og helsesøster lettere. Helsestasjonen er lagt til helseavdelingen, slik at helsesøstrene juridisk sett er ansatt i helseavdelingen. De er "legens medarbeidere, og helsestasjonen tar oppdrag for legene etter forespørsel", som de uttrykker det. Dette bidrar til at kommunikasjonen mellom lege og helsesøster flyter lettere. Fordi helsesøster er "legens medarbeider" er legen ikke juridisk bundet av samtykke for å bringe inn helsesøster, men et godt samarbeid krever jo at det samtykkes fra brukere, sier helsesøster. Helsestasjonen ønsker å komme på banen overfor potensielle brukere som allerede er pasienter hos legen, fordi det ofte er vanskelig å fange opp ungdommer med psykiske problemer:

Det vi ser er at folk går til legen med alle typer problemer. Når folk er i tvil om vanskelige ting, så bestiller de time hos legen. Da er det en fordel at vi er samlokalisert, men vi må likevel være på offensiven angående fastlegen. Vi må få legen til å tenke helhetlig. Det er viktig at legene sender brukere videre og ikke beholder dem selv. Vi har tatt legene for oss. Det kommer smått om senn, men det må en holdningsendring til. Legene synes også det er bra, og helsesøster driver rekruttering av brukere. Legene tar ansvaret for helse, men de behøver ikke gjøre alt selv (31.03.04, helsesøster, kommune E).

Problemet med denne organiseringen er, slik helsesøster ser det, at psykisk helsearbeid ikke er lagt til helseavdelingen.

En helsesøster i kommune C som arbeider blant annet med flyktingebarn forteller om spesielle problemer knyttet til samarbeidet med legene knyttet til flyktingenes psykiske helse:

Vi har heller ingen henvisningsmuligheter via fastlege. (...) Årsaken til at vi ikke har henvisningsmuligheter via fastlege er at ingen får tildelt fastlege før de har fått personnummer. Dette lar vente på seg. At de venter i opp til 7 måneder er ikke uvanlig. (...) Å få dem inn via akutthjelp er også problematisk. (...) Hvis

noen i det hele tatt skal inn i systemet, må det være akutt og vi har overdrevet noen ganger for å få hjelp til folk.

Legene synes arbeidet med flyktningene er tidkrevende. I det hele er fastlegen en utfordring. Å drive terapi er ikke vår jobb her, men vi gjør det uten å ha kompetanse på det. Vi vet heller ikke hvor vi skal gå videre med det. Det betyr at vi har oppgaver som langt overskrider det vi er kompetente til å gjøre (10.11.03, helsesøster nr. 2, Kommune C).

## 5.5 Samarbeidet med 2. linjen om tilbudet til barn og unge

Kommunenes oppgaver i forhold til barn og unges psykiske helse er i all hovedsak av primær- og sekundærforebyggende art. For å kunne gi et godt tilbud til barn og unge med større problemer, må det derfor være et nært samarbeid mellom kommunen og andrelinjen, først og fremst BUP.

Tabell 5.4 *Hvordan vurderer du barn og unge innbyggers tilgang på 2. linjetjenester? Prosent*

	Antall innbyggere i kommunen					Total (N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000	
Tilgangen på 2. linjetjenester langt mindre enn behovet	46	49	61	77	79	58 (128)
Rimelig god tilgang på 2. linjetjenester	54	49	40	23	21	42 (92)
Svært god tilgang på 2. linjetjenester	0	1	0	0	0	1 (1)
Totalt (N)	100 (48)	99 (73)	101 (43)	100 (43)	100 (14)	100 (221)

I den kvantitative undersøkelsen fant vi at omtrent seks av ti kommuner vurderer barn og unges tilgang på andrelinjetjenester som langt mindre enn behovet for slike tjenester (Myrvold 2004:100). Særlig blant de større kommunene oppleves mangelen på tilbud som betydelig (Tabell 5.4).

Mange av informantene i vårt casemateriale rapporterer om at lang ventetid ved BUP skaper problemer, og at kommunen etter beste evne må ta seg av situasjoner som den ikke har kompetanse på. I kommune A, der psykiatrienheten nylig ble gitt ansvar for barn og unge, erkjenner de at de må gå opp noen grenselinjer i forhold til BUP; hvilke brukere skal til kommunen og hvilke skal til BUP? Kommunen innser at nyorienteringen i retning av barn og unge innebærer at psykiatrienheten trenger å finne nye samarbeidspartnere og kontakter, bl.a. i andrelinjen (10.05.2003, psykiatrikoordinator, Kommune A).

I den minste kommunen opplever de problemer både med ventetid og med reiseavstanden til tilbudet:

Samarbeidet med 2.linjen fungerer derimot ikke så bra. Det er et problem at det er så lang ventetid. Akkurat nå er det slik at vi unngår en del henvisninger fordi vi har tilgang til psykolog. Når vi har dårligere tilgang på psykolog, er vi nødt til å henvise mer til BUP. God tilgjengelighet er viktig, det dreier seg både om

det geografiske og det at yrkesgruppene faktisk er til stede i kommunen. Det hadde vært bra om flere virksomheter kunne ha drevet med poliklinisk virksomhet. Mange følger ikke opp behandlingen sin fordi det blir for slitsomt når de må reise så langt. Med egen psykolog vil kommunen kunne avlaste BUP. Det er også slik at de færreste har lidelser som krever at de ser en psykiater, det er lavterskeltilbudene de har behov for. Da mener jeg lavterskel både med hensyn til avstand og tiltak. (04.02.04, helsesøster, Kommune G).

Også en annen av de små kommune i utvalget vurderer å kjøpe psykologtjenester fordi ventetiden i BUP er lang. En egen psykolog vil kunne gjøre kommunen mindre avhengig av andrelinjen. Noen ganger trenger de unge bare et par samtaler, andre ganger trenger de hurtig utredning for å konstatere at de trenger mer hjelp. De tenker seg at psykologen kan gå inn i slike situasjoner, i tillegg til å gi veiledning til ansatte, for eksempel til lærere i skolen. Psykologtjenesten de skal kjøpe, antakelig fra 2005, skal være målrettet mot barn og unge. De er redd det kan være vanskelig å rekruttere psykolog, men de skal prøve. Angående utdannede kandidater ser det noe bedre ut nå, mener helsesøsteren.

Administrasjonssjefen i den samme kommunen understreker også at samarbeidet med andrelinjen er vanskelig. Hun sier at kommunikasjonen er personavhengig og avhengig av den enkelte behandleres dyktighet. De unges kontaktpersoner skiftes for ofte, noe som særlig rammer unge med stort hjelpebehov (05.02.04, administrasjonssjef, Kommune G).

Også kommunelegen i kommune G er kritisk til BUP. Han opplever det som et problem at de ikke alltid får godkjent sine henvisninger. Selv om han understreker at det er mange fordeler ved å være en liten kommune, sier han at det også er noen problemstillinger som er vanskeligere i små kommuner. Småkommunene har små ressurser, og må tidlig gi seg på ting: "Vi må, hurtigere enn andre kommuner, sende ting fra oss, til BUP", sier han. Han mener systemet blir sårbart når kommunen ikke kan ta alle oppgaver. En flyktningefamilie med psykiske problemer ville, for eksempel, raskt legge beslag på de ressursene som var å oppdrive i kommunen. Kommunen har alle problemer i små målestokker, men med en gang det blir mengder får de problemer. De har rett og slett et kapasitetsproblem, sier kommunelegen (05.02.04, lege, kommune G).

I kommune F opplever de også at det tar tid å få time hos BUP, selv om samarbeidet ellers karakteriseres som "greit". Kartleggingssamtalen kommer raskt, ellers er det ventetid. Da må kommunen følge opp i mellomtiden. I tilfeller med ventetid kan BUP gi veiledning, men det kan være vanskelig å få slik veiledning. De jobber med brannslukking av kriser i påvente av at de unge skal få time hos BUP. Helsesøster får også oppfølgingsoppgaver fra BUP. Helsesøstrene sier at de har et ønske om at det skal ansettes psykolog i kommunen, men dette sees ikke som realistisk i en så liten kommune (18.02.04, helsesøstre, kommune F).

Helsesøsteren i kommune E opplever det som et alvorlig problem at de sliter med å etablere gode rutiner overfor andrelinjen. Det er for eksempel vanskelig å få epikriser tilbake fra andrelinjen. Hun mistenker at det er avhengig av hvem som henviser, men alle de involverte i kommunen får ikke nødvendige opplysninger fra andrelinjen. Det er ikke alltid kommunikasjonen flyter som den skal innad i kommunen heller. PPT får tilbakemeldinger fra BUP når de henviser, men det er ikke alltid informasjonen går videre til andre kommunale tjenester som er involvert. Kommunen må derfor skape noen rutiner for samarbeid både internt og i forhold til andrelinjen, mener helsesøster. Legen purrer på BUP, men det hjelper ofte ikke. Hun opplever at det generelt er tungt å få tilbakemeldinger fra psykiatrien, og mener at dette bidrar til at det er vanskelig å skape et helhetlig tjenestetilbud:

Det kan tenkes at problemet ligger i at det må hentes samtykke fra pårørende eller brukere, men vi vet ikke. Skal vi kunne gjøre noe må vi ha kunnskap. Vi

får ofte vite ting ad omveier, men med den typen kunnskap kan vi lite gjøre. Vi er en enhet som bør ha oversikt over helheten for brukerne. Vi driver også et arbeid for å bevisstgjøre fastlegen om at vi bør få info innenfor de eksisterende reglene. I en travel hverdag er det ikke enkelt å innarbeide nye rutiner. Man kan bestemme seg for at det skal skje, også faller det ut i hverdagen (31.03.04, helsesøster, Kommune E).

Helsesøsteren med ansvar for flyktninger i kommune C har dårlig erfaring når det gjelder samarbeidet med andrelinjen. Hun mener det er vanskelig å få kontakt med både BUP og VOP. Hun ønsker seg tverrfaglige grupper som omfatter både første- og andrelinjen, og en åpen linje til BUP og PPT (som hun mener beskytter seg mot nye brukere). Da kunne de fått laget et skikkelig opplegg for dem som kommer hit, både for barn og unge og voksne, sier hun: ”Det største problemet er nettopp å få muligheter til å henvise flyktningene videre i systemet. Der er det en propp som må bort. Det er det også for etnisk norske personer” (10.11.03 helsesøster nr. 2, Kommune C).

Administrasjonssjefen i kommune G trekker frem profesjonsgrenser som en mulig årsak til barrierer mot kommunikasjon mellom første- og andrelinjen. De har erfaring med at det er sykepleiere i andrelinjen som tar kontakt med sykepleier i kommunen. Hun mener relasjonen mellom første- og andrelinjen er preget av treghet og mangel på kommunikasjon. Særlig har de dårlige erfaringer med den BUPen de sokner til. Et eksempel er en mor som ble innlagt på psykiatrisk sykehus og ingen instanser i kommunen fikk vite det, heller ikke skolen. Der skulle de hatt nødvendig informasjon slik at de kunne ha satt i verk adekvate tiltak for datteren. Men ingen i kommunen fikk slik informasjon. (05.02.04, administrasjonssjef, Kommune G).

## 5.6 Individuelle planer for barn og unge

Det er bare et par av kommunene i utvalget som har kommet i gang med individuelle planer. De andre er ”i startgropa”, har ”nylig startet opp” eller sier at individuelle planer er ”noe de jobber med å få i gang.” Inntrykket fra casestudien er at heller ikke andrelinjen var kommet skikkelig i gang med individuelle planer da intervjuene ble gjennomført. Det er derfor svært få barn og unge i våre kommuner som er omfattet av individuell plan.

Mange av informantene hevder at det er vanskelig å få gjennomslag hos brukerne for å utvikle individuelle planer. I den grad brukere etterspør slike planer er det gjerne barn og unge, sier en av informantene. Andre brukergrupper ber sjelden om at slike tiltak settes i gang.

I kommune A, der psykiatrienheten nylig har fått ansvar for barn og unge, sier de at samtlige barn og unge som har vært til behandling på psykiatrisk sykehus/institusjon, skal ha individuell plan organisert fra psykiatrienheten. Dette er en av to kommuner i utvalget som har litt erfaring i å utvikle individuelle planer. Men de innser at ansvaret for slike planer for barn og unge gir nye utfordringer, og at de må skaffe seg nødvendige samarbeidspartnere både innad i kommunen og i andrelinjen: PPT, barnevern, helsesøster og BUP. Psykiatrikoordinatoren i kommunen sier at skolene er ikke en del av samarbeidet om individuelle planer, fordi brukere som trenger dette ofte er så dårlige at de ikke er i stand til å gå på skolen (19.05.03, psykiatrikoordinator kommune A).

I kommune E går arbeidet med ansvarsgrupper og individuelle planer greit, også for barn og unge. Men det har vært en vanskelig prosess å få på plass et tverrfaglig samarbeid med gode rutiner – det har vært mye prøving og feiling, sier helsesøster. Rådmannen laget en mal for individuelle planer, og det er nå laget rutiner for saksgangen. Det ble etablert koordinator for individuell plan i kommunen. De har arbeidet slik fra 1. juli 2001, så de kom ganske tidlig i gang. Helsesøsteren sier at kommunen har valgt en enkel variant for individuelle planer, for

”det er ikke meningen at vi skal knekke nakken.” Malen er på én side. Alt det formelle er med, resten er vedlegg. Helsestasjonen har ansvar for individuell plan og ansvarsgrupper for barn mellom 0 og 6 år, mens avdelingen for barn og unge har ansvaret for barn mellom 6 og 18. Når det gjelder skolebarn er helsesøster med i ansvarsgrupper uten å ha det overordnede ansvaret. Helsesøsteren i kommunen sier at det er en forutsetning for å lykkes i utviklingen av individuelle planer at hun kan legge tilstrekkelig arbeid i det – ”holde trøkket oppe” (31.03.04., helsesøster, Kommune E).

## 5.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett at det blant casekommunene er én kommune som – ganske nylig – eksplisitt har lagt ansvaret for barn og unge til ”psykiatritjenesten.” Ellers er det stort sett helsesøstertjenesten som er forankringspunkt for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Det varierer imidlertid hvor klart dette forankringspunktet er i den enkelte kommune, og hvor eksplisitt det satses på utbygging av tilbudet til denne gruppen.

Forankringen av det psykiske helsearbeidet har en viss betydning for hvilke målgrupper som omfattes av arbeidet. Sterk integrering i ”pleie og omsorg” betyr gjerne fokus på eldre og kronikere. Mer definerte enheter eller en tilknytning til kommunens helseetat kan bety at tjenestene blir mer synlige for yngre brukere. Opptappingsplanens krav om at 20 prosent av kommunens midler skal benyttes til tiltak for barn og unge har medført et styrket fokus på denne gruppen i flere av kommunene.

Opptappingsmidler til tiltak for barn og unge har i tre av syv kommuner gått til styrking av helsesøstertjenesten. Én av kommunene har imidlertid skåret kraftig ned på helsesøstertstillinger den senere tid, noe som har svekket mulighetene for oppfølging av barnas psykiske helse. En kommune har ansatt en person med kompetanse på barn og unge i kommunens psykiatrienhet. En annen av kommunene har valgt å la Opptappingsmidler gå til utvikling av kulturtilbud for barn og unge med problemer relatert til psykisk helse. Den siste kommunen har planer for å bruke midler fra Opptappingsplanen på tiltak i skolene.

Inntrykket fra intervjuene er at det psykiske helsearbeidet for barn og unge, slik det i mange kommuner er forankret hos helsesøster, i liten grad er koplet til kommunens psykiske helsearbeid for øvrig. Koplingen til skolene og PPT er også ofte ganske løs, noe som kan skyldes et tradisjonelt skille mellom helsearbeid på den ene side og pedagogikk på den annen. Det ser ut som om helsesøstrene selv langt på vei kan bestemme hvilket innhold de vil legge i den delen av arbeidet som gjelder psykisk helse. Innretningen på arbeidet blir derfor ganske personavhengig. Noen helsesøstre er opptatt av å undervise lærere om problemstillinger knyttet til barnas psykiske helse. På denne måten kan lærerne – som ser barna i hverdagen – gis kompetanse som setter dem i stand til å fange opp signaler på et tidlig tidspunkt.

Også for barn og unge rapporteres det at legene ofte er lite villige til å jobbe tverrfaglig. Samtidig opplever mange helsesøstre at de er helt prisgitt legene når det gjelder å få barn og unge med behov for behandling videre i systemet. Særlig i én kommune, der skolelegen ikke lenger er tilgjengelig på skolene, mener helsesøster at henvisningsrutinene er blitt mye tyngre enn tidligere.

Den største bøygen for samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen når det gjelder barn og unge med psykiske lidelser er lang ventetid ved BUP. I venteperioden må kommunen gi barna et tilbud, til tross for at kommunen ikke har kompetanse på dette. Denne ”brannslukkingen” oppleves også å gå ut over det forebyggende arbeidet i kommunen. Flere informanter rapporterer også om treg og vanskelig kommunikasjon om enkeltbrukere mellom BUP og kommunen.

Det er svært få kommuner som har kommet i gang med å utvikle individuelle planer for barn og unge med psykiske lidelser, til tross for at det hevdes at det er denne gruppen – ved sine foresatte – som krever slike planer.

## 6 Avslutning

### 6.1 Konklusjoner

I denne rapporten har vi studert organisering og samarbeid i det psykiske helsearbeidet i syv norske kommuner. Innledningsvis stilte vi følgende spørsmål:

- Hvordan arter de ulike hovedformene for organisering av psykisk helsearbeid seg i praksis? Har organisasjonsform betydning for det psykiske helsearbeidet? Er det av betydning hvilken tjeneste det psykiske helsearbeidet er organisert sammen med? Hvilken betydning har ledelsen av arbeidet for hvordan det psykiske helsearbeidet fungerer?
- Hvordan trekkes ulike aktører og tjenester med i det psykiske helsearbeidet for å skape et bredt tilbud til innbyggerne? Hvordan fungerer samarbeidet mellom tjenestene? Hva ser ut til å være årsaker til variasjon mellom kommuner?
- Hvor er det psykiske helsearbeidet for barn og unge forankret? I hvilken grad satser kommunene på arbeid for denne gruppen, og hvilke typer tiltak satser de på? Hvilke tjenester trekkes med i arbeidet?
- Hvordan arbeider kommunene med individuelle planer for innbyggere med psykiske lidelser? Hvilke forhold er av betydning for arbeidet?
- Hvordan fungerer samarbeidet med andre- og tredjelinjen?
- Hvordan takler de minste kommunene opptrappingen av det psykiske helsearbeidet? Står de minste kommunene overfor spesielle utfordringer i arbeidet?
- Hvilken betydning har Opptrappingsplanen for psykisk helse hatt for kommunenes arbeid?

På bakgrunn av de analysene som er gjort, forsøker vi her å gi rimelig kortfattede svar på disse spørsmålene.

**Hvordan arter modellene for organisering av psykisk helsearbeid seg i praksis? Har organisasjonsform betydning for det psykiske helsearbeidet? Hvilken betydning har ledelsen av arbeidet?**

Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sitt psykiske helsearbeid. Også innenfor samme hovedmodell er det store variasjoner, både når det gjelder det psykiske helsearbeidets tilknytning til andre tjenester, grad av delegering og ledelse av arbeidet. Organiseringsform har betydning for arbeidets fokus (målgrupper) og for det psykiske helsearbeidets status i kommunen. Sterk integrering i pleie og omsorg betyr gjerne fokus på eldre og noe lettere lidelser. Mer definerte enheter kan gi noe sterkere fokus på yngre og tyngre brukere.



Svært mange kommuner har de siste årene organisert sin virksomhet med en flat struktur, dvs. at tjenesteproduksjonen skjer i avgrensede (resultat)enheter, der antall ledernivåer mellom enhetene og rådmannsnivået er redusert. Våre analyser tyder på at det psykiske helsearbeidet har bedre vilkår i kommuner der det har en egen faglig leder, gjerne plassert innenfor en større enhet med andre relaterte tjenester. Modellen der koordinerende oppgaver er lagt til egne enheter på rådmannsnivå, synes særlig gunstig. Det psykiske helsearbeidet ser ut til å fungere best når:

- lederen har økonomisk ansvar, med forutsigbare rammer, slik at hun slipper å bruke en stor del av sin tid på kommunikasjon oppover i systemet, og slik at
- lederen i hovedsak kan konsentrere sitt arbeid om lederskapsoppgaver knyttet til utviklingen av et godt tjenestetilbud, og der
- den enkelte medarbeider slipper å foreta tilpasninger i forhold til eksterne krav, for eksempel knyttet til økonomiske innstramminger

### **Hvordan trekkes ulike aktører og tjenester med i det psykiske helsearbeidet for å skape et bredt tilbud til innbyggerne? Hvordan fungerer samarbeidet mellom tjenestene?**

Klare institusjonelle strukturer knyttet til ledelse og koordinering gir sterkere fokus på samarbeid og samordning, både internt og eksternt. Et fåtall kommuner får dette til på en god måte. For noen kommuner med utpreget flat struktur, blir koordineringsoppgavene særlig tunge, og manglende institusjonalisert samordning kan gi "enhetsegoisme."

Kommunene varierer betydelig mht. bredden i tilbudet. Dette skyldes både kommunestørrelse og organiseringen av arbeidet. Noen kommuner skaper et bredt aktivitetstilbud ved et godt samarbeid med bl.a. kulturetaten og frivillige organisasjoner gjennom dagsentervirksomheten. Tilbudet i de mindre kommunene er svært begrenset.

Legene sees som en viktig del av kommunenes psykiske helsearbeid, spesielt i de mindre kommunene der fagmiljøet er svært lite. Samtidig rapporteres det at de fleste legene er lite villige til å jobbe tverrfaglig og bidra til samordning. Dette gjelder både for voksne og for barn/unge. Mange helsesøstre opplever at de er helt prisgitt legene når det gjelder å få behandling for barn og unge, og at situasjonen blir særlig vanskelig når skolelegen ikke lenger er tilgjengelig på skolene og kan henvise barna videre.

### **Hvor er det psykiske helsearbeidet for barn og unge forankret? I hvilken grad satser kommunene på slikt arbeid, og hvilke typer tiltak satser de på?**

De fleste kommunene har hatt liten oppmerksomhet knyttet til barn og unge. Arbeidet for denne gruppen har hatt uklar forankring, og i liten grad blitt sett i sammenheng med det psykiske helsearbeidet ellers i kommunen. Opptrappingsplanens krav om at 20 prosent av kommunens midler skal benyttes til tiltak for barn og unge har medført et styrket fokus på denne gruppen i flere av kommunene, men arbeidet er i startfasen. Ellers rapporterer mange kommuner (særlig de litt større) økt belastning knyttet til ADHD-problematikk, yngre brukere og rus/psykiatri.

Blant kommunene i utvalget er det én kommune som – ganske nylig – eksplisitt har lagt ansvaret for barn og unge til "psykiatritjenesten." Ellers er det stort sett helsesøstertjenesten som er forankringspunkt for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Det varierer imidlertid hvor klart dette forankringspunktet er definert i den enkelte kommune, og hvor eksplisitt det satses på utbygging av tilbudet til barn og unge. En av kommunene har skåret kraftig ned på helsesøstertstillinger den senere tid, noe som har svekket mulighetene for oppfølging av barnas psykiske helse. I de andre kommunene varierer det hvilke typer tiltak

Opptappingsmidlene finansierer – fra styrking av helsesøstertjenesten til utvikling av ulike typer kultur- og fritidstilbud.

I mange kommuner er det psykiske helsearbeidet for barn og unge ganske løst koplet til skolene og PPT, noe som kan skyldes et tradisjonelt skille mellom helsearbeid på den ene side og pedagogikk på den annen. Det er langt på vei opp til den enkelte helsesøster om hun vil bruke sin kompetanse på å undervise lærere om problemstillinger knyttet til barnas psykiske helse.

### **Hvordan arbeider kommunene med individuelle planer for innbyggere med psykiske lidelser? Hvilke forhold er av betydning for arbeidet?**

Så å si alle kommunene er i startfasen mht. arbeidet med individuell plan. En av årsakene til at arbeidet går tregt i mange kommuner kan være at motivasjonen for å utvikle individuelle planer mangler. Mange opplever det som problematisk at brukerne ofte ikke selv ønsker individuell plan, og at det er vanskelig å få med andrelinjen i dette arbeidet.

Det er svært få kommuner som har kommet i gang med å utvikle individuelle planer for barn og unge med psykiske lidelser, til tross for at det hevdes at det er denne gruppen – ved sine foresatte – som krever slike planer

### **Hvordan fungerer samarbeidet med andre- og tredjelinjen?**

Samarbeidet med DPS, BUP og sykehusene vurderes ganske forskjellig i ulike kommuner. Kapasitetsproblemer i DPS og BUP sees generelt som et problem, men også kommunikasjonen, særlig knyttet til utskrivninger, oppleves som vanskelig. I kommuner uten klar forankring av lederansvaret for psykisk helse, kan det oppstå usikkerhet knyttet til hvem andre- og tredjelinjen skal kontakte i kommunen. Det hersker stor forvirring rundt hvem i kommunen som får informasjon fra andre- og tredjelinjen, og hvordan denne informasjonen kan tilflyte de relevante tjenestene internt i kommunen. Inntrykket er at en del informasjon går *innen* yrkesgruppene – leger i andrelinjen snakker med leger i kommunen, sykepleiere med sykepleiere, sosionomer med sosionomer – men at det ikke oppleves å være noen klare retningslinjer for hvordan denne kommunikasjonen skal skje.

### **Hvordan takler de minste kommunene opptrappingen av det psykiske helsearbeidet? Står de minste kommunene overfor spesielle utfordringer i arbeidet?**

I utvalget har de minste kommunene drøyt 2000 innbyggere. Det er betydelig variasjon mellom de små kommunene som inngår i materialet, bl.a. pga. forskjeller i økonomiske og geografiske forutsetninger. Generelt gjelder det at småkommunenes psykiske helsearbeid er sårbart og personavhengig. Kommunikasjon, informasjon og samarbeid skjer gjerne muntlig og uformelt. Tjenestene mangler bredde i tiltakene, først og fremst når det gjelder fritids- og sosiale tiltak. Det er svært lite samarbeid med andre kommuner.

I små kommuner vil befolkningsgrunnlaget ofte være for lite til at det er hensiktsmessig å etablere egen tjenesteenhet for psykisk helsearbeid. Løsningen med å legge dette arbeidet i stab hos rådmannen forutsetter stor klarhet i ledelsesoppgavene på rådmannsnivået.

## Hvilken betydning har Opptrappingsplanen for psykisk helse hatt for kommunenes arbeid?

Opptrappingsplanen oppleves å gi økt fokus på psykisk helsearbeid. Planen bidrar til høyere status og legitimitet for arbeidet, selv om enkelte kommuner må kutte også her. Særlig i de minste kommunene har midlene bidratt til å bygge opp nye tjenester.

Men utviklingen av det kommunale psykiske helsearbeidet preges av to viktige trekk i kommunene: stram økonomi og innføring av flat struktur. Økonomiske innstramminger oppleves å virke begrensende på samarbeidet mellom tjenester innad i noen av kommunene. Flat struktur svekker den faglige styringen, og fører i en del tilfeller til fragmentering av tjenestetilbudet og manglende koordinering mellom tjenester, selv om Opptrappingsmidlene i seg selv bidrar til klar styrking av tjenestefeltet. Mange kommuners psykiske helsearbeid er under omorganisering, for noen innebærer dette store og ressurskrevende konflikter.

## 6.2 utfordringer og anbefalinger

På bakgrunn av foreliggende analyser er det mulig å komme med noen anbefalinger til de sentrale helsemyndighetene knyttet til den videre utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Kommuneloven av 1992 gir imidlertid kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet som de selv ønsker. Dette setter klare begrensninger på hvilke krav som kan settes til kommunene når det gjelder organisering. Heller enn å gi helt konkrete anvisninger på hvordan de observerte problemene kan løses, velger vi derfor å peke på noen utfordringer for kommunenes psykiske helsearbeid.

### Organisering og koordinering

Hva som er den mest hensiktsmessige organiseringen av det psykiske helsearbeidet vil avhenge av folketallet i kommunen og av kommunens økonomiske situasjon. Mange kommuner er i ferd med å organisere hele sin virksomhet med såkalt flat struktur, noe som er viktig å ta hensyn til i organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Samtidig er det psykiske helsearbeidet i en oppbyggingsfase i de fleste kommunene, og arbeidet har behov for å konsolidere seg både internt i tjenesten og i forhold til andre kommunale tjenester. Vi vil peke på enkelte momenter som vi tror er viktige i denne fasen:

- Det er viktig med en klar adresse for psykisk helsearbeid – både for brukere og pårørende, for instanser utenfor kommunen (bl.a. andrelinjen) og for andre tjenester internt i kommunen. En mulighet er å anbefale eller kreve at alle kommuner har en koordinator eller leder for det psykiske helsearbeidet.
- Det bør skapes institusjonaliserte ordninger for koordinering av tjenester i hver kommune, både for å sikre et bredt og samordnet tjenestetilbud og for å avhjelpe situasjoner med "enhetsegoisme".
- Det er en forutsetning for utvikling av gode tjenester i kommunene at det skapes rimelig ro og enighet omkring den enkelte medarbeiders arbeidssituasjon og oppgaver. Lederskap og ansvarsforhold bør derfor være avklart, også i forhold til hva som skal skje i en krisesituasjon.
- Det bør utredes nærmere hvordan en kan få fastlegene til å ta større ansvar knyttet til tverrfaglig samarbeid om tjenester for innbyggere med psykiske problemer.
- Ansvaret for å utarbeide individuelle planer må forankres klarere. Det synes også å være behov for ytterligere holdningsskapende arbeid i kommunene, ikke minst knyttet til hvordan brukere kan motiveres til å se nytten av individuell plan. Mange ser malen for

utarbeidelse av individuelle planer som lite hensiktsmessig. En anvisning på hvordan planer kan tilpasses den enkelt kommune på en ikke altfor ressurskrevende måte, kan være en vei å gå.

### **Samarbeidet mellom kommunene og andrelinjen**

Det hersker betydelig forvirring i kommunene omkring informasjonsflyten mellom andrelinjen og kommunen. Det bør skje en klargjøring av hvordan – til hvem og i hvilke situasjoner – informasjon skal gis, og hvordan den kan spres til relevante kommunale tjenester.

### **Barn og unge**

Når det gjelder kommunenes psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge, vil vi peke på følgende momenter:

- Hvis en ønsker å holde et sterkt fokus på utviklingen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge, vil det være hensiktsmessig å beholde øremerkingen av midler til denne gruppen. Dette kan særlig være viktig når kommunene føler at økonomien er svært presset, og når det psykiske helsearbeidet er i en oppbyggings- og konsolideringsfase.
- Det er viktig at kommunene forankrer det psykiske helsearbeidet for barn og unge på en klar og entydig måte.
- Det er viktig å øke lærernes kompetanse på psykisk helsearbeid, både når det gjelder å fange opp symptomer og faresignaler på et tidlig stadium, og med hensyn til hvor det er mulig å henvende seg for å få hjelp. Dette kan for eksempel gjøres ved å la helsesøstre ha en mer aktiv rolle i forhold til å gi kurs og informasjon til lærere.

### **Småkommunenes tjenestetilbud**

Omtrent en tredel av alle norske kommuner har mindre enn 3000 innbyggere. Småkommunene er på mange måter sårbare i sin tjenesteproduksjon, selv om det også kan være fordeler knyttet til små forhold. Vi vil understreke følgende:

- Småkommunene kan oppmuntres til interkommunalt samarbeid og samarbeid med frivillige organisasjoner i nærmiljøet, spesielt for å skape et bredere fritids- og aktivitetstilbud til innbyggere med psykiske problemer.
- Økt vektlegging av skriftlighet i informasjon og samhandling kan bidra til å gjøre småkommunenes psykiske helsearbeid mindre personavhengig, og derved mindre sårbart for sykdom, fravær, etc.
- Spesialisthelsetjenesten bør følge opp småkommunene med mer systematisk veiledning.

---

# Litteratur

- Almvik, A. og L. Borge (red.) (2000): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Almvik, A. (2000a): "Utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene – sett i lys av historisk utvikling, statlige føringer og lovverk", i A. Almvik. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Almvik, A. (2000b): ""De gjør det så forskjellig". Om organisering av psykisk helsearbeid i kommunene", i A. Almvik. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Askheim, O.P. (2003): *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal, Oslo
- Borg, M. og A. Topor (2003): *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget, Oslo
- Borge, L. (2000a): "Psykisk helsearbeid i et psykososialt perspektiv", i Almvik, A. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Borge, L. (2000b): "Verdigrunnlag, sentrale prinsipper og utfordringer i psykisk helsearbeid", i Almvik, A. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Borge, L. (2000c): "Samarbeid gjennom et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk", i Almvik, A. og L. Borge (red.): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Christensen, T., P. Læg Reid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Universitetsforlaget, Oslo
- Egeberg, M. (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Aschehoug/Tanum Norli, Oslo
- Helgesen, M. (2004): *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR-notat 2004:136. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Hovik, S. og T.M. Myrvold (2001): *Er der størrelsen det kommer an på? Små kommuners evne til å ivareta generalistkommunekravet*. Prosjektrapport 2001:8. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo

- Kjellevoll, A. (2002): *Retten til individuell plan*. Fagbokforlaget, Bergen
- Kommunal- og regionaldepartementet (2004): *Resultatledelse. Bruk av balansert målstyring og andre former for systematiske resultatmålinger i kommunal sektor*. Veileder
- Kvello, Ø. og C. Wendelborg (2003a): *Det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge. Kommunestørrelse relatert til organisering av, samarbeid mellom og effektiviteten i hjelpeapparatet*", Forskningsrapport, Nord-Tøndelagsforskning
- Kvello, Ø. og C. Wendelborg (2003b): "Et godt kommunalt hjelpeapparat: Status og utfordringer etter endringer i tiltakskjeden på fylkeskommunalt nivå", i Kommunenes Sentralforbund (red.): *Er sammenslutning av kommuner svaret på kommune-Norges utfordringer?*, KS, Oslo
- Lafferty, E.M. and E. Hovden (2002): *Environmental Policy Integration: Towards an Analytical Framework*. ProSus Report No. 7/2002, Oslo
- March, J.G. og J.P. Olsen (1989): *Rediscovering Institutions: Organizational Factors in Political Life*. Free Press, New York
- Opedal, S., I.M. Stigen og T. Laudal (2002): *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse*. Rapport 2002:21. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Ramsdal, H. og K. Ludvigsen (1998): Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien. A.J.W. Andersen, B. Karlsson (red.): *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Robberstad, H. (2002): *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget, Bergen
- Røvik, K.A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Fagbokforlaget, Bergen
- Scott, W.R. (1981): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Prentice Hall Int., London
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerket tilskudd til kommunene 1999*. Rundskriv I-4/99
- Sosial- og helsedepartementet (2001): *Forskrift om individuelle planer*
- Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget, Bergen
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997): *Åpenhet og helhet*
- St.prp.nr. 63 (1997-98): *Opptappingsplanen for psykisk helse*
- Ugland, T.(2003): "Adaptation and Integration through Policy Re-categorization. *Journal of Public Policy*, Vol. 23, No. 2, pp. 157-170

- Ugland, T. og F. Veggeland (2005): "Experiments in Food Safety Policy Integration in the European Union" *Paper*, Nasjonal fagkonferanse i statsvitenskap
- Vabo, S.I. og I.M. Stigen (2004): Moteslaveri, interesser og behov. En analyse av moderne organisasjonsløsninger i norske kommuner. *Nordiske Organisasjonsstudier* 2004:1 (kommer)
- Øgar, P. og T. Hovland (2004): *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Gyldendal Akademisk, Oslo