

SINTEF A1207

RAPPORT

Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid

Lisbet Grut

SINTEF Helse
Mars 2007

www.sintef.no



SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid

FORFATTER(E)

Lisbet Grut

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet, divisjon for psykisk helse og rus

RAPPORTNR. SINTEF A1207	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Sigrid Birgitte Huus	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04231-3	PROSJEKTNR. 78i078	ANTALL SIDER OG BILAG 50/2
ELEKTRONISK ARKIVKODE Document1	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Lisbet Grut <i>Lisbet Grut</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Sissel Steihaug <i>Sissel Steihaug</i>	
ARKIVKODE	DATO 2007-03-02	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Rapporten presenterer resultater fra en undersøkelse, gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten beskriver faktorer som har betydning for, og som positivt påvirker, samhandlingen i det psykiske helsearbeidet.

For at tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid skal styrkes må utviklingsarbeidet være forankret på flere nivå i organisasjonen og både politisk, administrativt og faglig utøvende nivå må være pådrivere for å utvikle virksomheten. Brukerorganisasjonene er en viktig aktør i utviklingsarbeidet.

Kunnskap om psykisk helsearbeid er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å utvikle samarbeid i psykisk helsearbeid. Minst like viktig er den enkeltes vilje og evne til samarbeid og kompetanse i hva tverrfaglig samarbeid krever. En pragmatisk tilnærming er nødvendig for at samarbeidet skal fungere i det daglige. I tillegg til spesialkompetanse i psykisk helsearbeid, er faglig veiledning og deltagerens vilje og evne til og mulighet for samarbeid og å forholde seg til mangfoldighet og uforutsigbarhet viktig. Gjensidig forståelse og anerkjennelse av ansvar, roller og oppgaver er viktig. Det må settes av tid til å pleie det tverrfaglige samarbeidet og det må finnes arenaer for å møtes.

Samarbeid med brukeren (Brukermedvirkning) er en grunnleggende forutsetning for et kvalitativt godt arbeid, og aktørens vilje til å utforme individuelt tilpassede tjenester påvirker samarbeidet. Individuell plan og ansvarsgruppe er verktøy som kan legge til rette for og stimulere brukermedvirkning, gjøre det enklere for brukeren å forholde seg til tjenesten og strukturere arbeidet i organisasjonen.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Organisasjon	Organization
GRUPPE 2	Kompetanse	Expertise
EGENVALGTE	Psykisk helsearbeid	Mental Health Services

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn for prosjektet	3
1.2	Om psykisk helsearbeid	3
2	Problemstilling og metode	6
2.1	Oppdraget: Faktorer som påvirker samhandling	6
2.2	Utvalget	7
2.3	Utgangspunktet for metodeopplegg og analyse	7
2.4	Datamaterialet: intervjuer og dokumenter	8
3	Psykisk helsearbeid i kommunene - hvordan det kan foregå	10
3.1	Hva får oppmerksomhet i det psykiske helsearbeidet?	10
3.2	Betydningen av Opptappingsplanen og øremerkede midler	12
3.3	Forankringen av det psykiske helsearbeidet	13
3.4	Aktører i det psykiske helsearbeidet	16
3.4.1	Aktører som deltar i det psykiske helsearbeidet.....	18
	Fanebærerne	18
	Brukerne	20
	Aktører i kommunen	21
	Aktører utenfor kommunen	27
3.5	Samarbeid i psykisk helsearbeid	31
3.5.1	Samarbeid med brukeren.....	32
	Individuell plan.....	33
	Ansvarsgrupper.....	34
3.5.2	Strukturert tverrfaglig samarbeid	34
	Hvorfor samarbeid?	35
	Utfordringer i samarbeidet	35
	Hva styrker samarbeidet?	37
	Å dyrke fellesskapet i samarbeidet.....	40
	Kunnskap og kompetanse.....	40
4	Avslutning	42
4.1	Utfordringer i tverrfaglig samarbeid	42
4.2	Hva styrker samarbeid	43
	Litteratur	45
	Vedlegg I: Intervjuguide	47
	Vedlegg II: Oversikt over informanter	49

Forkortelser:

DPS	Distriktpsikiatrisk senter
BUP	Barne- og ungdomspsykiatri
PUT	Psykiatrisk ungdomsteam
PPT	Pedagogisk psykologisk tjeneste
MH	Mental Helse
LPP	Landsforeningen for pårørende i psykiatrien
NAV	Arbeids- og velferdsetaten

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Denne rapporten presenterer resultater fra en undersøkelse som er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, divisjon for psykisk helse og rus v/prosjekt Opptappingsplanen for psykisk helse. Undersøkelsen er gjennomført i perioden november 2006 til februar 2007. Sosial- og helsedirektoratet har et overordnet ansvar for gjennomføring og oppfølging av Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid i kommunene. Det er en bred enighet om at samhandlingen i det psykiske helsearbeidet fremdeles i mange tilfeller ikke fungerer godt nok. Direktoratet ønsker å stimulere gode samhandlingsprosesser i kommunene og mellom kommunene og andre aktører ved å tilbakeføre kunnskap om gode erfaringer til praksisfeltet. Derfor ønsker direktoratet mer kunnskap om faktorer som kan påvirke, og bedre, samhandlingsprosessene i dette arbeidet.

1.2 Om psykisk helsearbeid

Opptappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt i 1999 og skal vare ut 2008. Idet denne undersøkelsen gjennomføres er det altså to år igjen av planperioden. Kommunen skal være basis for tilbudet og tenkningen innen psykisk helsearbeid, og spesialisthelsetjenesten skal støtte opp under det kommunale tilbudet ved å ta i mot pasienter som henvises for utredning, behandling og rehabilitering. Psykisk helsearbeid i kommunene skal omfatte alle tjenester og tiltak til mennesker som har eller står i fare for å utvikle psykiske helseproblemer/lidelser.

Satsningen på psykisk helsearbeid i kommunene vil innebære nye måter å jobbe på, nye faglige roller og oppgaver og et behov for holdningsendring og ny kunnskap. Sosial- og helsedirektoratets veileder beskriver psykisk helsearbeid slik:

"Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av

psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. I forhold til befolkningen som er flerkulturell er det et overordnet siktemål å søke å redusere den samlede psykiske sykkeligheten. Det skal være en målrettet, faglig fundert og samlet innsats og fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå)", (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Den overordnede målsetningen for Opptappingsplanen er å bidra til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Dette skal gjøres gjennom økt vekt på helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende tiltak, der tiltakene skal være rettet mot både å bedre tilbudene til mennesker med psykiske lidelser og forebygge at mennesker med psykiske helseproblemer utvikler kroniske og langvarige lidelser. Bedre tilgjengelighet til tjenester er en gjennomgående målsetning. Det er videre et mål å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der brukerperspektivet er sentralt. (Veileder 15-1332)

Psykisk helsearbeid er et mangfoldig felt, noe som blant annet også kommer til syne gjennom de mange lovene som regulerer arbeidet. En direkte regulering av feltet gjøres gjennom Lov om helsetjenester i kommunene, Lov om sosiale tjenester mv., Lov om pasientrettigheter, Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og Lov om behandlingsmåter i forvaltningssaker. I tillegg har en rekke andre lovområder relevans for området, så som Specialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, folketrygdloven, barnevernsloven, sysselsettingsloven, opplæringsloven.

En undersøkelse av Myrvold (2003) viste at før Opptappingsplanen ble satt i verk var tjenester rette mot psykisk helse i all hovedsak knyttet til pleie- og omsorgstjenesten, og sykepleiefaget var den sentrale kompetansen. Når det gjaldt organisatorisk plassering av tjenesten i Opptappingsplanens tidlige periode (fram til 2002), valgte 68 % av kommunene å samle tjenestene i en egen enhet organisatorisk på linje med pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, mens kun 4 % plasserte ansvaret i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef. Felles for alle kommunene i denne perioden var at det ble utviklet ulike måter å koordinere virksomheten på. Evalueringene av Opptappingsplanens tidlige periode viste at ca. 70 % av kommunene hadde minst én koordinator, og svært mange av disse var utdannet psykiatrisk sykepleier, men koordinatorfunksjonen var også i noen tilfeller lagt til en psykologstilling. Helsestasjonene var involvert til en viss grad, mens tjenester som barnehager, skoler, fysioterapi- og ergoterapitjeneste og rehabiliteringstjenester var lite involvert. Det ble rapportert stor

spredning i hvordan kommunene selv vurderte samarbeidet innen feltet, men overveiende var store kommuner mer positive når det gjaldt utviklingen av samarbeidet enn små kommuner. De fleste forklarte et manglende tverrfaglig samarbeid med økonomisk knapphet og mangel på personale, men også med en generell mangel på kompetanse. I følge Andersson og Hatling (2003) var uklarheter om hvordan man skulle beslutte rundt ansvaret for en potensiell felles klient en viktig faktor som hemmet samarbeid i kommunene. Hvem som skulle ha primæransvar var uavklart, og mange viste også til geografiske avstander og lav behandlerkapasitet som faktorer som hemmet samarbeidet.

Det skjedde få endringer i kommunenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten i løpet av denne tidlige perioden (Ruud og Reas 2003), og det ble rapportert stor underdekning i veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene både for barn/unge og for voksne. Når det gjaldt de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) rapporterte disse en økt bruk av individuell plan, men mindre enn halvparten av disse planene var utarbeidet i samarbeid med en annen instans, for eksempel kommunen. I noen kommuner foregikk det forsøk på organisert brukermedvirkning, uten at dette var systematisk, og spesielt i små kommuner manglet det lokallag av brukerorganisasjoner (Helgesen 2003).

En oppfølgingsstudie av årene etter (Myrvold 2006) viste små endringer i situasjonen i kommunene. Noen flere kommuner rapporterte at individuell plan var tatt i bruk, det så ut til at legetjenesten og sosialtjenesten etter hvert ble sterkere involvert i det kommunale arbeidet og noen flere kommuner hadde valgt å organisere psykisk helsearbeid som egen enhet. Problemer knyttet til personell- og ressursmangel og ustabilitet i bemanningen var størst i de minste kommunene, men forskjellene mellom små og store kommuner generelt så ut til å minke.

2 Problemstilling og metode

2.1 Oppdraget: Faktorer som påvirker samhandling

Målet for denne undersøkelsen er å beskrive faktorer som har betydning for, og positivt påvirker, samhandlingen i tjenesten for barn, unge og voksne med psykiske lidelser:

- innad i kommunen
- i forhold til brukere, brukerorganisasjoner og andre aktører i kommunen
- mellom kommuner
- mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i det psykiske helsevernet.

I psykisk helsearbeid er det, og bør det være, mange aktører på ulike nivåer og arenaer involvert i forebygging, behandling, ettervern og rehabilitering for mennesker med psykiske helseproblemer. Det er viktig at disse aktørene får til et smidig samarbeid og 'drar sammen' mot det mål som er brukerens beste, og ikke 'går i beina på hverandre' eller ufrivillig motarbeider hverandres innsats.

Det er rettet spesiell oppmerksomhet mot det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet og mot bruk av individuell plan på individnivå og bruk av samarbeidsavtaler på systemnivå som ramme for samhandlingen.

2.2 Utvalget

Rapporten bygger på informasjon fra intervjuer med nøkkelpersoner i seks kommuner: tre i Akershus og tre i Hordaland. Utvalget av kommuner ble gjort av oppdragsgiver, Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med fylkesmannens kontor i de to fylkene. Direktoratet henvendte seg til Fylkesmannen for bistand til å velge kommuner. Kriteriene for utvelgelsen har vært de årlige rapporteringene som kommunene gir til fylkesmannen for området psykisk helse, med særlig vekt på bruken av individuelle planer.

Kommunene er svært forskjellige både når det gjelder geografi, næringsstruktur og befolkningssammensetning. Innbyggertallet varierer fra over 50000 til ca. 3500 innbyggere. Når det gjelder den organisatoriske plasseringen av det psykiske helsearbeidet, har tre av kommunene organisert ansvaret under helsesjefen på linje med for eksempel fysioterapitjenesten, helsestasjonstjenesten og legetjenesten og én kommune har psykisk helse som egen resultatenhed. Én kommune har plassert det operative arbeidet med psykisk helsearbeid ut i tjenestestedene - hovedsakelig i pleie- og omsorg, helseavdelingen og rusavdelingen, og med en koordinator plassert i stab under helsesjefen. Ett sted er ansvaret plassert i Sosialavdelingen.

2.3 Utgangspunktet for metodeopplegg og analyse

Som analytisk utgangspunkt for undersøkelsen ble det valgt et aktørperspektiv og et endringsperspektiv. Begrepet aktør kan vise til mye forskjellig. En aktør kan defineres som en som handler på en bevisst måte for å oppnå et mål (Walsh 1998). Både individer, grupper og organisasjoner kan være aktører. I denne undersøkelsen vil begrepet aktører vise til tjenester, avdelinger og enheter i og utenfor kommunen som har en legitim interesse i feltet, og der deres interesser samtidig har en egenverdi for feltet og/eller organisasjonen (Agle 1999, Donaldson and Preston 1995). Undersøkelsen er avgrenset til å omfatte aktører som er aktive i feltet psykisk helsearbeid i kommunen og som opptrer i en organisatorisk sammenheng, selv om man også prinsipielt kunne ha inkludert grupper som ikke er aktive i feltet, men som av en eller annen grunn burde være det (latente aktører) (Preble 2005). Informantene som er intervjuet opptrer i denne sammenhengen som representanter for en aktør, dvs. en tjeneste, avdeling eller enhet i kommunen, eller for en brukerorganisasjon.

For å få en bedre forståelse av de samarbeidsprosessene som foregår har det også vært nyttig å bringe inn et endringsperspektiv. I intervjuene er dette ivaretatt ved å be om informasjon som belyser utviklingen i kommunen gjennom hele Opptrappingsperioden: Hvilke aktiviteter og tiltak som har foregått, hvilke planer som er vedtatt og hvem som har vært sentrale aktører i løpet av perioden.

Samtidig har også litteratur om hva psykisk helsearbeid i kommuner skal være, f. eks. slik dette er formulert i Veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, vært styrende for hvordan problemstillingen og intervjuguiden ble utviklet og hvilke informanter som skulle rekrutteres til intervjuene.

Intervjuene skulle identifisere aktører som deltar aktivt i feltet psykisk helsearbeid i kommunen, beskrive hvem som samarbeider, hvilke saker og problemstillinger som målbæres i samarbeidet og hva som påvirker samarbeidsrelasjonene mellom dem. I analysen av datamaterialet har organisasjonsteori, og spesielt litteratur om lærings- og endringsprosesser, vært fruktbart å bruke. Det har ikke vært et poeng i denne undersøkelsen å evaluere hvordan hver enkelt kommune jobber med det psykiske helsearbeidet, for eksempel i forhold til de føringene som ligger i Opptrappingsplanen, eller å analysere forskjeller mellom kommunene. Men analysen har rettet oppmerksomheten mot de samlede erfaringene sett under ett. Gjennom informantenes samlede erfaringer og kunnskap er faktorer som kan påvirke og bedre samhandlingsprosessene identifisert og analysert, for at andre kan lære av informantenes erfaringer.

2.4 Datamaterialet: intervjuer og dokumenter

Til sammen ble det gjort 57 intervjuer¹. Intervjuene ble gjennomført semi-strukturert med nøkkelaktører i alle de seks kommunene. De er gjennomført av Mag.art. Lisbet Grut i samarbeid med Dr. psychol. Haldis Hjort, begge seniorforskere ved SINTEF Helse. Intervjuene er gjort ved personlig møte ved at alle kommunene ble besøkt. I tillegg ble det gjort to telefonintervjuer. Tids- og ressursrammene for undersøkelse har påvirket valget av metodisk tilnærming og bredden i utvalget av informasjon og informanter. Dette har også påvirket omfanget i de problemstillingene som presenteres i rapporten. Det måtte gjøres et utvalg av informanter samtidig som det var avgjørende å intervjuer så mange som mulig for å få representert så varierte erfaringer som mulig og få belyst samhandlingen fra så mange aktørers ståsted som mulig.

¹ Intervjuguiden og en oversikt over informantene er gitt i vedlegg.

Datainnsamlingen foregikk i desember 2006 og januar 2007. Intervjuene er tatt opp på bånd og det ble notert underveis. Hovedpunktene i hvert intervju ble skrevet ut på grunnlag av notatene og lydbåndene. Kommunenes plandokumenter der området psykisk helsearbeid er berørt, er brukt som sekundærinformasjon.

Intervjuene dreide seg om å få fram de ulike aktørenes beskriver av:

- Hvilke samarbeidsarenaer som er etablert
- Hvem som deltar i de ulike arenaene og begrunnelsen for deltagelse
- Aktørenes rolle- og ansvarsavklaringer
- Forpliktelse i samarbeidet
- Hyppigheten i samarbeidet
- Aktørenes verdigrunnlag og forankring
- Brukerperspektivet
- Virkemidler som er tatt i bruk
- Uformell kontakt i samarbeidet

3 Psykisk helsearbeid i kommunene - hvordan det kan foregå

Dette kapitlet presenterer resultatene fra intervjuene og innledes med å beskrives områder og målgrupper for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Deretter beskrives organiseringen av tjenesten, de aktørene som deltar aktivt i feltet og hvordan de samarbeider. Alle disse beskrivelsene bygger på informantenes fortellinger om sin egen og andres roller og oppgaver.

3.1 Hva får oppmerksomhet i det psykiske helsearbeidet?

Spørsmål om hvilke målgrupper som prioriteres i det psykiske helsearbeidet og hva slags problemområder det arbeides med, dreier seg om hvem og hva som får oppmerksomhet i psykisk helsearbeid. De målgruppene som er nevnt i intervjuene, og som kommunene har tiltak for, er mange. Dette indikerer at oppmerksomheten i arbeidet rettes mot mange ulike områder.

Informantene forteller at kommunene forholder seg til de føringene som legges i St.prp. nr. 1 for Opptappingsplanen hvert år. I samsvar med disse føringene har målgruppene endret seg gjennom perioden. Informanter i et par av kommunene forteller at rådmannen har vært en svært viktig aktør når det gjelder hvilke prioriteringer som skal gjøres innen området. Barn og unge vies nå mer oppmerksomhet enn tidligere, og det samme skjer med den friske delen av befolkningen. Fokus her er særlig rettet mot forebygging, men det er også en oppmerksomhet mot utredning og oppfølging av mennesker som befinner seg i en risikosituasjon. I tillegg forteller informantene også at de ser en endring i de behovene og problemene som karakteriserer målgruppene. Særlig gjelder dette for barn og unge, der mange nå ser en tendens til at problemer viser seg tidligere enn før: *'De problemene vi før så hos 14 - 15 åringer finner vi nå helt ned i barneskolen'.* *'Det er flere ungdommer som starter tidligere med blandingsmisbruk og de starter tidligere med sterkere stoffer'.* En annen endring som kommer fram i flere intervjuer, er et lavere funksjonsnivå enn tidligere hos en del av brukerne: *'De er jevnt over sykere og med større funksjonshemninger både psykisk og fysisk enn de var før'.*

Dette viser at de problemstillingene aktørene i kommunen skal samarbeide om, har forandret seg gjennom planperioden, og dette påvirker hvem som er relevante samarbeidsparter, og også kravet til hva som er relevant kunnskap, metoder og tiltak.

Målgrupper som er nevnt i intervjuene, og som det ytes tiltak og tjenester for i disse kommunene, er:

- Barn og unge. Nesten alle informantene forteller at kommunen har tiltak for barn og unge i Opptappingsplanen. Den minste kommunen har ingen egne tilbud til syke barn. En stor del av tiltakene mot gruppen barn og unge dreier seg om forebyggende arbeid. Dette arbeidet ivaretas i stor grad gjennom helsestasjonstjenesten, der en viktig innsatsfaktor handler om å gjøre tjenesten synlig og tilgjengelig slik at barn og unge henvender seg. I tillegg ytes det også konkrete tiltak mot barn av syke foreldre og barn/ungdom som har eller er i risiko for å utvikle et psykisk helseproblem. Noen informanter nevner at ungdom og unge voksne som befinner seg i en gråson mellom psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse er en egen målgruppe. Det er en utfordring å ivareta disse brukerne når de fyller 18 år og skal over i voksentjenesten. I mange av kommunene forteller informanter om at barn i hovedregelen *'blir meldt for sent'*.
- En målgruppe i alle kommunene er voksne med alvorlige kroniske lidelser, ofte personer som tilbakeføres til kommunen etter lange opphold i psykiatrisk institusjon. Disse brukerne blir i intervjuene karakterisert som *'de aller sykeste'*, og informantene forteller at tiltakene som er rettet mot denne brukergruppen, dreier seg om oppfølging i boligen og aktivitetstilbud. I flere intervjuer kommer det fram at det kan være svært vanskelig å etablere en god oppfølging for disse brukerne, noe som både forklares med knappe ressurser og manglende kompetanse. Flere informanter sier at de merker at brukere skrives ut tidligere fra sykehus nå enn før, og med et lavere funksjonsnivå - *'mange av dem er ikke ferdigbehandlet når de skrives ut'*. Informanter fra de små kommunene forteller om at de mangler både ressurser og kompetanse til å gi de sykeste et godt tilbud.
- Blant voksne brukere er det videre en gruppe mennesker der psykiske problemer skyldes reaksjoner på enkelthendelser i livet og der behovet for psykisk helsehjelp av informantene karakteriseres som å være forbigående. Flere informanter omtaler denne gruppen brukere som mennesker som har *'en normal reaksjon på en vanskelig hendelse i livet'*.
- Voksne som befinner seg i en utsatt situasjon nevnes også som en av målgruppene. Informanter i nesten alle kommunene sier at det gjøres forebyggende arbeidet rettet mot denne gruppen. Denne målgruppen er personer som befinner seg i bestemte situasjoner eller faser i livet som av en informant defineres som *'en mulig risikosituasjon'*. Gravide og nybakte mødre er eksempel på en slik gruppe. En annen gruppe er personer som opplever

en livskrise, for eksempel dødsfall eller skilsmisse. Tiltak som er rettet mot denne gruppen kan være knyttet til opptrappingsplansmidlene, men kan også være finansiert over andre midler.

- Innvandrere, første og fremst personer med såkalt ikke-vestlig bakgrunn, der den mest synlige gruppen er flyktninger, er også en målgruppe som nevnes i intervjuene. Informantene mener at mange flyktninger har klare behov for psykisk helsehjelp, men at tjenesten av forskjellige grunner ikke blir brukt. Informantene sier at tilgangen til tolketjeneste er god, og det er en tendens til at informantene viser til at målgruppen er tilbakeholden med å søke eller motta hjelp, og at de flytter ofte slik at det er vanskelig å etablere en tilstrekkelig langvarig relasjon for å komme i posisjon til å hjelpe.

Ved spørsmål om hvordan kommunen prioriterer, forteller alle informantene at noen områder vies mer oppmerksomhet enn andre. Ofte nevnes voksne alvorlig syke og barn og unge. I denne forbindelsen nevnes også ofte ønsket om å drive mer forebyggende tiltak og mer kartlegging (screening) av barn og unge for å identifisere dem som er *'utsatt'*. Svært sjelden nevnes gamle psykisk syke som en målgruppe det satses på.

3.2 Betydningen av Opptrappingsplanen og øremerkede midler

Det kan være interessant å vite hvordan informantene ser på Opptrappingsplanen og øremerkede midler i forhold til utviklingen av samarbeidet, fordi nasjonale planer og øremerkede midler nettopp skal påvirke tjenesteutviklingen i kommunen, og dermed også samarbeidet.

Informanter som sier at de har arbeidet med psykisk helsearbeid lenge, forteller at det har skjedd store forandringer i kommunens tilbud når det gjelder psykisk helsearbeid i løpet av opptrappingsperioden. Dette gjelder både for organiseringen og for samarbeidet. *'Før visste ikke enhetene om hverandre, men med planen startet samarbeidet og dialogen'*.

Opptrappingsplanen er viktig for alle informantene, og særlig for dem som er pådrivere. De informantene som ser på seg selv som sentrale i dette arbeidet, viser til Opptrappingsplanen og hva som står der. De underbygger sine standpunkter ved å referere til Opptrappingsplanen. Mange viser til at de øremerkede midlene har gjort det mulig å prioritere området på den måten som organisasjonen har gjort, og de fleste mener dette har vært viktig for å sette i gang nye tiltak. Enkelte sier at da Opptrappingsplanen og de sentrale føringene kom, ble det endelig mulig å

realisere tanker og planer de hadde gått med lenge. *'De sentrale føringene er gull verdt og helt avgjørende for å få til dette.'*

Mange sier at de er bekymret for hva som kan komme til å skje etter opptrappingsperioden, når de øremerkede midlene skal inn i rammetilskuddet. På én måte har Opptrappingsplanen med øremerkede midler vært en fredningstid. Etter planperioden må de innstille seg på å konkurrere med kommunens andre tiltak og tjenester om ressursene.

Opplevelse av en rettferdig fordeling av opptrappingsmidlene kan se ut til å være en faktor som påvirker hvor villige de forskjellige aktørene er til å bidra inn i et samarbeid. I én kommune er alle midlene gått til å etablere et forsterket botilbud til en liten gruppe brukere. Dette fører til at personalet som jobber med andre brukere som også har psykiske helseproblemer reagerer negativt på det de oppfatter som en overbemanning i forhold til deres egne behov for bemanning: *'Opptrappingsplanen er heller blitt en nedtrappingsplan for oss'*. I en annen kommune, der man har lagt stor vekt på å involvere barnevernet i det tverrfaglige samarbeidet, er representanter for barnevernet ikke *'invitert inn i diskusjonen om fordelingen av opptrappingsmidlene'*, noe som fører til en viss ambivalens til å prioritere det tverrfaglige samarbeidet.

3.3 Forankringen av det psykiske helsearbeidet

Under dette punktet beskrives informantenes erfaringer med og synspunkter på organiseringen og oppbyggingen av det psykiske helsearbeidet, og det er interessant å se om informantenes erfaringer varierer med ulike organisasjonsmodeller og om ulike modeller legger ulike føringer for samarbeidet.

De fleste kommunene som er besøkt i undersøkelsen, har organisert psykisk helsearbeid i en egen avdeling med en egen leder og under området Helse eller Sosial. Arbeidet er dermed under en overordnet ledelse som ikke har psykisk helsearbeid som hovedansvar. I én kommune er psykisk helsearbeid egen resultatenhhet med ledelsen plassert i rådmannens ledergruppe. I en annen kommune er ansvaret for det psykiske helsearbeidet desentralisert og lagt til de ordinære tjenestene. En koordinator, plassert i stab under helsesjefen, har ansvar for å drive fram endringsarbeidet. Det utøvende ansvaret for psykisk helsearbeid er plassert i de tjenestene som regnes som sentrale for psykisk helsearbeid, nemlig Pleie/omsorg, Helse og Sosial. I den minste

kommunen har Helse og Velferdssjefen ansvaret for feltet, og en psykiatrisk sykepleier har ansvar for utøvende, brukernære oppgaver.

Ved å se de seks kommunene under ett, kan man se flere fellestrekk ved de ulike måtene å organisere feltet på. Det mest framtrædende er at alle har synliggjort ansvaret for å utvikle feltet og å utøve tjenester knyttet til psykisk helse ved å plassere dette ansvaret hos bestemte fagpersoner med spesialutdanning, enten disse er organisert til ett eller flere tjenestesteder. Uavhengig av organisatorisk plassering har kommunene altså gitt det psykiske helsearbeidet en definert plass i organisasjonen, og bestemte stillinger/funksjoner har et hovedansvar, slik at det psykiske helsearbeidet er synliggjort som et avgrenset område i organisasjonene. I alle kommunene har noen ansvaret for å løfte fram psykisk helsearbeid som virksomhet og sørge for at feltet får oppmerksomhet slik at det ytes tjenester til mennesker med psykiske helseproblemer. I tillegg har alle kommunene spesialutdannet personale som har brukernært psykisk helsearbeid som hovedoppgave.

Informanter i alle kommunene forteller at den modellen som er valgt for deres kommune, både har fordeler og ulempler. De aller fleste forteller at de valgene som er blitt gjort, er godt begrunnet og at fordelene overstiger ulempene. Mange forteller at både kommunestørrelsen og den eksisterende ressursituasjonen i kommunen har vært styrende for valg av organisatorisk plassering. I de små kommunene er det psykiske helsearbeidet samordnet organisatorisk med andre tjenester, enten pleie- og omsorgstjenestene eller sosiale tjenester. I større kommuner, med flere fagfolk, ligger det bedre til rette for å organisere området som en egen enhet. Det ser ut til at behovet for å samle kompetansen både organisatorisk og geografisk er viktig. Tilgangen på fagfolk med spesialkompetanse og den generelle kommuneøkonomien er også viktige faktorer. Samtidig er det også viktig å nevne at valg av modell ikke synes å være gjort en gang for alle. I flere av kommunene fortelles det at det er planer om å revidere tjenesteorganiseringen, og organiseringen av de psykiske helsearbeidet vil være en del av dette arbeidet også.

Informanter som jobber etter en modell der psykisk helsearbeid er organisert i en egen avdeling med egen ledelse høyt plassert i organisasjonen, sier dette er en nødvendig løsning fordi *'dette arbeidet må synliggjøres i organisasjonen og på budsjettene for å unngå at det smuldrer bort, og det er lettere for brukerne og politikerne å følge med hvordan det utvikler seg når det synes i organisasjonen. Og det gjør det lettere å beholde fagfolkene'*.

Informanter som jobber etter en modell der det psykiske helsearbeidet er organisert som en avdeling blant flere i en enhet, fremhever fordelene med at dette legger til rette for samarbeid: *'Vi får til samordning. Det er uformelt og enkelt'*.

Informanter som jobber etter en desentralisert modell sier at en desentralisert modell er vanskeligere å realisere enn en modell der ansvaret for psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, men *'det er for lett vint å velge en egen enhet for da blir folk med psykiske helseproblemer skilt ut som 'noe annet'. Vår modell krever en bevisst organisasjonsjobbing, og det tar tid før man ser resultater av en slik modell, men vi har fått til en oppfølgingstjeneste som legger vekt på veiledning og læring for alle ansatte og et veldig fokus på tverrfaglighet'*. Et par informanter sier at en desentralisert modell kan være et vanskelig valg fordi den er uoversiktlig for eksterne samarbeidspartnere: *'Spesialisthelsetjenesten aksepterer ikke modellen vår, selv om vi har informert og informert. De sender stadig brev til psykiatritjenesten i kommunen, selv om vi ikke har en slik tjeneste her.'*

Det er et spørsmål om det å organisere psykisk helsearbeid som en egen enhet velges fordi dette passer med tradisjonell tenkning i profesjonsorganisasjoner - der bestemte profesjoner har definisjonsmakten over bestemte felt eller problemområde - og at det derfor er passende å organisere arbeidet som en egen enhet. På den annen side kan dette også handle om nødvendigheten av at noen må 'eie' et nytt område som skal bygges opp for at det skal ivaretas og utvikles. Dette gjelder kanskje spesielt et område med lav status, som psykisk helsearbeid har hatt.

Denne undersøkelsen er ikke omfattende nok til å si om én måte å organisere feltet på er bedre enn en annen, og dette har heller ikke vært hensikten med undersøkelsen. De ulike modellene har hver sine fordeler og ulemper. Trolig er ikke organisasjonsmodellen i seg selv det som avgjør hvordan kommunen lykkes med samarbeid i psykisk helsearbeid. I intervjuene kommer det fram mange eksempler på andre faktorer som spiller inn og som ser ut til å avgjøre hvordan kommunen lykkes med samarbeidet. Noen slike faktorer skal utdypes nærmere i de følgende punktene.

Bestiller-utførermodell for tildeling av tjenester

Tre av kommunene har innført bestiller-utførermodell for tildeling av pleie- og omsorgstjenester, og for tjenester innen Psykisk helse. Det var ikke hensikten med denne undersøkelsen å gå inn på erfaringene med denne modellen, men modellen ble omtalt av enkelte informanter i alle de seks kommunene.

Bestiller-utførermodellen kan sees i relasjon til 'New Public Management', som er en samlebetegnelse på fellestrekk for en rekke reformer innen offentlig virksomhet i den vestlige verden i løpet av de siste to tiårene (Baldersheim og Rose 2000). Det finnes flere ulike retninger, og hvert land og hver sektor har tilpasset reformene til lokale forhold og tidsmessige idealer². Til forskjell fra tradisjonell offentlig tjenesteyting, der offentlig sektor står for den direkte tjenesteytingen selv, innebærer bestiller-utførermodell et praktisk og prinsipielt skille mellom den som etterspør tjenester og den som leverer tjenester. En av bestillers hovedoppgaver er å opptre på vegne av brukeren og konsentrere seg om å identifisere tjenestebehovet. Man tenker seg at brukerens behov vil kunne imøtekommes bedre gjennom en bestiller-utførermodell fordi delingen mellom bestiller og utfører svekker utførers påvirkning på hva som skal leveres. Modellen legger opp til en reell konkurranse mellom tilbydere ved at brukeren skal kunne velge mellom ulike leverandører. Den andre forutsetningen er at bestillingen fullt ut skal reflektere behovene og ønskene til brukerne. Det må derfor utvikles et system som fanger opp brukerens behov og ønsker. Utviklingen av bestillerrollen og bestillingen bør slik sett innebære at bestiller kartlegger og analyserer brukerens behov for tjenester og angir prioriterte oppgaver.

Av de tre kommunene som har bestiller-utfører modell, har én kommune vedtatt å gå vekk fra modellen for området psykisk helsearbeid, fordi modellen ikke fungerte etter forventningene. Informanter i to av de andre kommunene sier at kommunen praktiserer etter en utvidet bestillerfunksjon: *'Det er fagfolk i 'mottaket' og de følger saken helt fram - de gjør hjemmebesøk dersom det er nødvendig, og drøfter med andre,- ofte i dialog med de tjenestene som skal utføre - og drar inn utførerenheten før saken er ferdig utredet, men de utfører ikke tjenestene selv.'* Helsesjefen i en av kommunen som har valgt å ikke ha bestiller-utførermodell begrunner dette med at *'modellen ikke legger til rette for smidige rutiner i samhandlingen'*.

3.4 Aktører i det psykiske helsearbeidet

Under dette punktet gies det en beskrivelse av hvem som er aktive i samarbeidet i psykisk helsearbeid. Informantene ble bedt om å beskrive hvem de samarbeider med (manifeste aktører) og hvordan samarbeidet foregår. Dette dreier seg både om tjenester i kommunen og samarbeidsparter utenfor kommunen. Det kan dreie seg både om offentlig og private aktører. Informantene har beskrevet sin egen rolle, sin tjeneste (dvs. den aktøren de representerer) og sine erfaringer og synspunkter med samarbeidet med andre tjenester. De aktørene som er beskrevet

² Det henvises til annen litteratur for en nærmere beskrivelse

nedenfor har ulik grad av involvering i samarbeidet. Informantene oppfattet ikke alle som å være like aktive eller sentrale. Det kommer fram at det ikke nødvendigvis er overensstemmelse mellom hvordan informantene ser på sin egen tjenestes rolle og involvering og hvordan andre ser på dem. Det kan også være store forskjeller innen en tjeneste, noe som for eksempel er tilfelle for fastleger. I tillegg til dem som er nevnt i disse intervjuene kan det godt tenkes at det er andre som burde være involvert, men som ser ut til ikke å være det. Intervjuene har dreid seg om å beskrive det samarbeidet som faktisk foregår og hvem som faktisk deltar i samarbeid. I en slik beskrivelse vil det alltid kunne være parter som glemmes fordi de sjelden er involvert. Det kan derfor tenkes at det finnes samarbeidsparter som ikke er kommet med her, men som er relevante i et samarbeid, avhengig av hva slags problemstillinger det jobbes med.

Tradisjonelt har det gjerne vært samsvar mellom en tjeneste i en kommune og hvilke faggrupper som jobber der, men det er etter hvert ikke alltid slik. Allikevel viser intervjuene i disse seks kommunene at noen tjenesteområder og noen faggrupper er mer sentrale i det psykiske helsearbeidet enn andre, og dette gjelder for alle kommunene. Alle de områdene og faggruppene som beskrives i punktene nedenfor er omtalt som viktige i intervjuene. Først og fremst mener de selv at de har en rolle å spille i feltet, og de har interesser som de ønsker å få gjennomslag for, men også andre påpeker deres oppgaver og ansvar i det daglige arbeidet. Alle som er nevnt her har det Agle (1999) kaller *legitime meninger* om både innholdet i og organiseringen av tjenester og tiltak, ved at de kan stille krav overfor organisasjonen, og de kan kreve å bli lyttet til. Alle har normative rettigheter og interesser overfor organisasjonen knyttet til feltet, og noen har i tillegg formelle rettigheter ved at det kan knyttes sanksjoner til kravene. De har ulik grad av makt i feltet ved at de er i ulik posisjon til å påvirke organisasjonen, og de kravene de fremsetter fører i ulik grad til handling og respons fra organisasjonen. Samtlige grupper samhandler med en eller flere av de andre, men det gjøres på ulike måter, i ulik grad og i ulike sammenhenger.

Ved oppstarten av Opptappingsplanen var sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid dominerende kompetanse. Fremdeles ser det ut til at sykepleiere er en svært sentral faggruppe, og denne kompetansen er stort sett samlet organisatorisk i en egen enhet. Men flere faggrupper er kommet til, slik at det bildet som kan tegnes over hvem som samarbeider og relasjonene mellom dem nå er mer sammensatt enn det kanskje var ved starten av Opptappingsperioden. Psykisk helsearbeid er et felt som involverer mange forskjellige faggrupper og tjenester, og det er et mangfold av mer eller mindre formaliserte samarbeidsrelasjoner. Både psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er to-delt ved at det skilles på tjenester

til barn/unge og til voksne. Det er i hovedsak ulike aktører som jobber med disse respektive målgruppene.

3.4.1 Aktører som deltar i det psykiske helsearbeidet

Under dette punktet beskrives de aktørene som i intervjuene er nevnt som samarbeidsaktører i det tverrfaglige psykiske helsearbeidet. Noen aktører er helt klart mer sentrale i samarbeidet enn andre, men dette vil variere avhengig av hvilke oppgaver som skal utføres. Kommunene organiserer det psykiske helsearbeidet forskjellig, oppgaver og ansvar fordeles på ulike måter og de har ulik tilgang til fagkompetanse. Noen tjenester er profesjonsbasert/monofaglige, som for eksempel fastlegetjenesten, mens andre i varierende grad er bemannet med forskjellige profesjonsgrupper/flerfaglige. Blant annet derfor det er ikke mulig å gi en samlet beskrivelse av de forskjellige tjenestene, og samarbeidet mellom dem, som vil være felles for alle tjenestene og alle kommunene.

Før rapporten går nærmere inn på dette er det en type aktør som peker seg ut som spesielt viktig når det gjelder utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene, men som ikke representerer en organisatorisk enhet. I neste punkt beskrives denne viktige aktøren.

Fanebærerne

For å forstå hvordan organisasjonen fungerer og endrer seg, må man se etter hva og hvem som driver arbeidet framover. I flere av disse seks kommunene er det (minst) én person som har vært pådriver i å utvikle det psykiske helsearbeidet som virksomhet i sin kommune gjennom lang tid. Dette er personer som har psykisk helsearbeid som hjertesak og som her kalles for fanebærerne. De har jobbet med utviklingen av feltet kontinuerlig i mange år, - noen lenge før Opptappingsplanen startet. Dette gjelder for flere av dem som i denne undersøkelsen representerer ledelsen av enheten/avdelingen for psykisk helsearbeid, men det er ikke alltid, og ikke bare, dem.

Noe som ser ut til å være felles for disse aktørene, er at de har opprettholdt engasjement og *'trøkk'* (som én sa) over mange år. Flere av dem har hatt ulike jobber og posisjoner i kommunen sin, og dermed kjenner de organisasjonen godt fra flere kanter - både når det gjelder ansvarsområder og medarbeidere. Flere har også yrkeserfaring fra spesialisthelsetjenesten.

Fanebærere som forteller om framgang har alle minst én alliansepartner i kommunen. Et par av dem forteller også om sterke allianser til brukerrepresentanter i kommunen. Uansett hvordan det psykisk helsearbeidet organiseres ser det altså ut til at det er vesentlig at mer enn én person målbærer og synliggjør feltet overfor resten av kommunen. Noen må være pådrivere overfor resten av organisasjonen, og det ser ut til å være viktig at disse nøkkelpersonene danner allianser.

'Vi hadde ikke vært der vi er i dag uten ildsjelene. Mange og spesielt (en navngitt person) har en ubendig tro på at det nytter. Det er avgjørende med et spesielt engasjement og vilje til å bygge relasjoner.'

I én kommune lyktes ikke den som var pådriver for feltet å skape allianser på høyt nivå i kommunen, og dette førte til at vedkommende søkte en annen stilling og ikke lenger jobber med psykisk helsearbeid. *'Jeg var jo med og skrev psykiatriplanen, men det følges ikke opp. Det ble ikke satt av midler til det som står planen.'* Andre som nå jobber med psykisk helsearbeid i denne kommunen, forteller også at det daglige arbeidet ikke følger den psykiatriplanen som kommunen i sin tid vedtok, men at arbeidet er rettet mot å *'ta det som bare må gjøres. Det er ikke tid, og vi jobber alltid i etterkant.'*

Intervjuene viser at utviklingen av det psykiske helsearbeidet må være forankret på flere nivå i organisasjonen for å lykkes. Forankring på flere nivå er nødvendig fordi psykisk helsearbeid bryter med *'revirtenkningen, profesjonsmotsetningene og de tradisjonelt ulike måtene å jobbe på.'*

'Å jobbe opp psykisk helsearbeid er en krevende oppgave. Vi trenger folk som er faglig trygge og som brenner for jobben sin .. og vi må jobbe tett med ledere som vil synliggjøre psykisk helsearbeid' sier én, og en annen sier: *'man må være raus og ikke regelstyrt for å få til dette'*.

Flere av informantene er inne på lignende ting, og sier at en viss selvstendighet i forhold til regler og rutiner er nødvendig for å få til et smidig samarbeid og gjøre en god jobb.

Intervjuene viser videre at de som skal være driverne for å utvikle det psykisk helsearbeidet i kommunen, trenger gode rammebetingelser. Særlig viktig er klare og tydelige signaler fra organisasjonens ledelse. Ledelsen (spesielt nevnes rådmannen og etatsleder, men også den politiske ledelsen) må gi klare og entydige signaler til hele organisasjonen både om at feltet skal prioriteres og at tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er en nødvendig arbeidsform. *'Det er helt avgjørende at Rådmannen og sektorlederne har både interesse, kunnskap og forståelse for dette.'*

Informanter som forteller om at det er vanskelig å få til et bredt samarbeid om det psykiske helsearbeidet i kommunen, forteller også om at de mangler denne støtten: *'Politikerne er mer interessert i kunstgressbane og fotball'*, sier én, og en annen sier: *'Fremdeles er det desverre slik at våre brukere er sett på som uverdige, og de taper mot de som blir sett på som de verdige'*.

Denne undersøkelsen viser altså at utviklingen av psykisk helsearbeid må være forankret hos ressurspersoner på flere plan i organisasjonen - både i politisk og administrativ ledelse, i fagledelsen og i de utøvende fagmiljøene. Seks kommuner er et lite materiale for å generalisere, men lignende erfaringer er også gjort i andre kommuner (Steihaug et al. 2006). Dette viser at ett av suksesskriteriene for godt samarbeid er at den/de som har ansvaret for å fronte psykisk helsearbeid er plassert på høyt nivå i organisasjonen og har alliansepartnere på høyt nivå, og at viljen til å synliggjøre og prioritere psykisk helsearbeid er tilstede både hos ledelsen og hos utøvende fagpersoner: Det må være forankring i alle ledd.

Brukerne

I følge Opptappingsplanen er det en målsetning for det psykiske helsearbeidet å bistå mennesker med psykiske helseproblemer til et best mulig liv ut fra egne mål. Brukerens selvbestemmelse er en grunnleggende verdi i dette arbeidet. Opptappingsplanen legger stor vekt på brukermedvirkning, og dette innebærer at brukeren skal ha styringen over eget liv og få hjelp på egne premisser. En informant beskriver hva som er hans viktigste oppgave innen psykisk helsearbeid, og sier: *'Vårt mål er å hjelpe brukeren slik at han kan leve livet sitt som seg selv.'* Innenfor disse rammene vil et aktørperspektiv rette oppmerksomheten mot brukeren som en aktivt handlende deltager, og derfor blir brukermedvirkning også et sentralt punkt i denne undersøkelsen. For at brukere skal opptre som aktører stilles det krav både til innholdet i de tiltakene som iverksettes og til måten tjenesten utøves på. For det første skal tjenesten vise respekt for brukeren sine individuelle valg. Dernest skal tjenesten svare på de behovene som meldes og, ikke minst, ivareta brukere som ikke er i stand til å melde sine behov. Brukere med psykiske helseproblemer har tradisjonelt hatt lite de skulle ha sagt når det gjelder tjenestetilbudene, både når det gjelder tilbudet til den enkelte og det allmenne tjenestetilbudet. Etter hvert har brukernes synspunkter også blitt mer anerkjent innenfor dette feltet, og brukermedvirkning foregår både på individuelt nivå og på organisatorisk nivå.

På individuelt nivå dreier brukermedvirkning seg om å medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud. De forskjellige aktørenes tilnærming til brukeren sine medvirkning, og vilje til å utforme en individuelt tilpasset tjeneste, er en viktig faktor som påvirker samarbeidet. Noen av de

informantene som har psykisk helsearbeid som hovedoppgave, oppfatter brukerens medvirkning i eget tjenestetilbud som å være selve prøvesteinen for tjenestens kvalitet. Én sier: *'Jeg tror vi lykkes nettopp fordi vi har et veldig brukerfokus, og vi spør alltid 'hva trenger du' og vi har tid nok til å gjøre jobben'*. En annen sier: *'Brukeren må alltid oppleve seg sett og hørt, og vi kan få til utrolig mye når vi har relasjonen til brukeren i bånd'*. At samarbeid med brukeren og brukerens medvirkning er viktig kommer fram i de fleste av intervjuene gjennom de mange utsagnene om at tjenestene og tjenesteyterne må være *'fleksibel'*, de må *'vise skjønn'*, de må *'vise respekt'* og *'kjemien må stemme'*, og de må gjøre ting *'sammen med brukeren og ikke for dem'*. En brukerrepresentant sier at når tjenesten fungerer på brukerens premisser, *'der brukeren sitter ved roret'*, kan dette i seg selv virke som terapi.

Samtidig viser intervjuene at dette ikke alltid er et selvfølgelig utgangspunkt for alle aktørene. Når informanter som er sentrale i det psykiske helsearbeidet i kommunen snakker om svakheter i samarbeidet med andre aktører, nevner de ofte forhold som har med tilnærmingen til brukerne å gjøre. Andre aktører kan kritiseres for å være *'stivbente og regelstyrte'* i tilnærmingen til problemløsningen i konkrete brukersaker. Én sier: *'De er så nøye på hva de gjør og ikke gjør, og det er forskjellig fra oss, for det går ikke for våre brukere'*. En annen sier: *'De evner ikke å bruke skjønn og se hva det er å ha en psykisk lidelse'*.

Aktører i kommunen

- I alle kommunene forteller informantene at det ytes tjenester hjemme hos brukerne. Tjenesten kan være både hjelp til medisiner og oppfølging for å mestre hverdagen og dagliglivets aktiviteter. Samtaler og miljøarbeid er stikkord som ofte nevnes. Denne tjenesten er enten organisert som en egen avdeling eller den kan være plassert i den ordinære hjemmebaserte tjenesten, men blir uansett i hovedsak ivaretatt av personale med spesialkompetanse. Sentrale faggrupper i denne tjenesten er sykepleiere og hjelpepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Men det kan også være vernepleiere og sosionomer med relevant videreutdanning. I mange kommuner kan også hjemmesykepleiere uten videreutdanning i psykisk helsearbeid delta, ofte ved å ha ansvar for å dele ut medisiner, men de oppfattes av informantene å være generelt lite (villige til) å involveres i tjenester og tiltak for brukere med psykiske helseproblemer. I de små kommunene ser det ut til at de ordinære pleie- og omsorgstjenestene spiller en større rolle enn i de store kommunene, noe som også gjelder for den desentraliserte modellen. Informanter i alle kommunene forteller at det er et mål at brukerne skal ha en primærkontakt og at de skal kunne få forholde seg til få hjelpere. Mange forteller at dette har vært et diskusjonstema og et forhandlingspunkt med de ordinære hjemmetjenestene gjennom hele Opptappingsplanen. En

pleie- og omsorgsleder sier: *'I starten var det stor motstand. Personalet hadde ikke kunnskaper, de vegret seg og noen var redde'*. Flere informanter forteller at viljen til å *'ta disse brukerne'* langsomt har bedret seg. Én sier dette handler om kunnskap, en annen sier det handler om ressurser for *'viljen er der, men det er ikke tid. Folk vegrer seg for å spørre om hvordan brukeren har det, for straks må du gjøre noe dersom de sier at de ikke har det bra'*.

Informanter som har vært aktive i utviklingen av det psykiske helsearbeidet, forteller at det har vært en utfordring at hjemmebaserte tjenester tradisjonelt har hatt et system med å skifte på tjenesteyterne, og det er en tjeneste med stort gjennomtrekk av personale. De har derfor jobbet mye for få tjenestene til å forstå og akseptere at brukerne trenger få og faste personer å forholde seg til. De fleste sier også at de etter hvert har fått forståelse for dette. I de fleste kommunene er dette løst ved at man har rekruttert bemanning blant personale som har lyst til å jobbe i dette feltet.

- Aktivitetstilbud og arbeidstilbud for mennesker med psykiske helseproblemer. Det skilles mellom aktivitetstilbud - der målet kan være å tilby et sted å være - og arbeidstilbud - der målet kan være å tilby hjelp for å komme i ordinært arbeide eller i utdanning. Det kan være glidende overganger og overlapp mellom de ulike typene tilbud. I alle kommunene forteller informantene at mange som bruker aktivitets- og arbeidstilbud har dette som en del av et større tjenestetilbud fra kommunen, og individuell plan nevnes ofte som et verktøy. De aller fleste informantene sier at dersom det legges planer, blir disse svært ofte revurdert og revidert. I noen kommuner deltar personalet også i anvarsgrupper, i andre har de valgt å ikke gjøre dette.

Intervjuene viser at ansatte i aktivitetstilbudene har svært variert faglig bakgrunn. Flere sier at det er et poeng ved disse tilbudene at personalet - enten alle eller noen - ikke har helse- eller sosialfaglig bakgrunn. Noen eksempler på faglig bakgrunn er: lærerutdanning, forskjellige former for universitetsutdanning, landbruksutdanning, formingsutdanning, kunstutdanning, merkantil utdanning, håndverksutdanning og ufaglærte. Flere informanter sier at aktivitetssentre er tilbud der det primære målet er å ha så lav terskel og være så brukernært at de svakeste brukerne kan komme. *'Det sosiale livet på senteret er viktigere enn de aktivitetene som foregår her'*, sier én. *'Det skal være et sted for mennesker som trenger struktur i hverdagen, et sosialt nettverk og opplevelse av trygghet. Her er det nok å komme og stå i døra hvis du ikke klarer mer enn det'*, sier en annen. Mens noen informantene sier at tiltaket ikke har andre ambisjoner enn å være et sted å komme til, forteller andre at de har ambisjoner om å tilby aktiv oppfølging for å stimulere til

rehabilitering og vekst: *'Vi driver egentlig ressursoppbygging og har fokus på myndiggjøring og mestring av dagliglivet.'*

De arbeidstilbudene som er beskrevet i intervjuene, dreier seg om både tilbud rettet mot arbeidstakere som trenger hjelp for å komme tilbake til en ordinær jobb, og tilbud til brukere som trenger et varig tilrettelagt arbeid, som vil si at det ikke stilles krav om at det skal utformes opplegg som skal føre arbeidstakeren over i andre ordinære arbeidstilbud eller over i utdanning. Noen tilbud er organisert som kommunale virksomheter og andre er tiltaksarrangør under NAV-arbeid. Informantene som beskriver arbeidstilbudene, forteller at arbeidsplassene enten helt eller delvis er forbeholdt arbeidstakere med psykiske helseproblemer. Det kommer til uttrykk en engstelse for at arbeidstakere med psykiske helseproblemer kan bli fortrenget dersom tilbudene gjøres tilgjengelig for andre grupper. Samtidig er det også informanter som forteller at arbeidstakere med psykiske helseproblemer ikke vil bruke tilbudet dersom det er andre brukergrupper der.

- Rustjenesten. I de kommunene som har egen rusmiddelkonsulent eller rusteam er denne tjenesten plassert som en egen enhet i sosialtjenesten, og alle kommunene har beholdt tjenesten som kommunal tjeneste etter NAV-reformen. Rustjenesten yter tjenester til personer med kombinerte rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Informantene fra rustjenesten forteller at de retter tjenesten mot brukere der rus ansees å være hovedproblemet. Alle informantene forteller at kommunen har brukere med kombinerte rus- og psykisk helseproblemer, også den minste kommunen jobber *'tett inne i det'*. Noen informanter forteller at de har forsøkt å skaffet seg en oversikt over problemene og behovene hos brukerne, og de anslår at mer enn halvparten av samtlige brukere har psykisk helseproblemer i tillegg til rusmiddelproblemet. I noen av kommunene jobber rustjenesten bare med voksne, og tilbudet til ungdom som ruser seg er mangelfullt. I andre kommuner jobbes det både mot ungdom og voksne.

- Den øvrige sosialtjenesten kan ha mange ulike oppgaver når det gjelder psykisk helsearbeid. Oftest nevnes oppgaven med å gi bistand i økonomiske spørsmål. Andre relevante tjenester fra sosialtjenesten som har vært nevnt er støttesamtaler, men dette nevnes aldri som en prioritert tjeneste verken av informantene fra sosialtjenesten eller av andre informanter. Sosialtjenestens tilbud i det psykiske helsearbeidet avhenger av hva slags kompetanse ansatte ved sosialtjenesten har. Noen kommuner har ikke ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid, mens andre har dette. I flere av intervjuene med representanter for sosialtjenesten kommer det fram at de ønsker å bli mer brukt i det psykiske helsearbeidet. *'Det er mange som mener noe om oss og hvordan vi*

jobber, men det er ingen som spør og det er ingen som inviterer oss til å komme å informere selv om vi har tilbudt oss. Samtidig sier andre informanter at sosialtjenesten er vanskelig tilgjengelig og regelstyrt. Men det er også noen som kan fortelle om et godt samarbeid med sosialtjenesten, og enkelte av disse henvender seg direkte til bestemte saksbehandlere som de har opparbeidet kontakt med: *'De som vet hva dette handler om'*.

- Helsestasjonene er en viktig tjeneste i tilbudet til barn og unge, og skolehelsesøster og helsestasjon for ungdom er aktive i det psykiske helsearbeidet. I én kommune er det også en helsesøster med spesielt ansvar for barnehagene. I tillegg nevner alle at svangerskaps- og spebarnskontrollene er en viktig arena for forebyggende arbeid og for å identifisere personer som er utsatte. De fleste av kommunene har tilsatt helsesøster med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Helsestasjonen for ungdom praktiserer jevnt over *'åpen dør'* og har *'et stadig renn av ungdom'*. Intervjuene viser at de opplever et stort behov hos ungdommene for tilgang til helsesøstrenes tjenester. Helsesøstrene sier om seg selv at de er en nøkkelaktør både når det gjelder forebygging og oppfølging av barn og unge med problemer fordi de er lett tilgjengelige og blir brukt av barna og ungdommene. Mange sier at *'ungdommene vanker her'*. En sier: *'Vi blir ikke brukt så mye som vi burde av de andre tjenestene, vi er jo lett å komme til og vi forholder oss til hele familien'*. Men mange forteller om at de føler seg svært faglig alene med oppgavene og ansvaret. En annen sier: *'De andre har ikke forståelse for vår profesjon og de vil heller veilede oss enn å ta pasienten når vi henviser videre'*.

- Psykologtjeneste. Alle kommunene, unntatt den minste, har en psykologtjeneste. De fleste har denne tjenesten rettet mot barn og unge, men et par kommuner har psykologtjeneste både for barn/unge og voksne. Psykologene sier at deres oppgaver er å gjøre utredninger og tilby samtaler. De fleste har et 'tak' på 5-10 samtaler før de evt. henviser videre. I de større kommunene, som har mer enn én psykolog tilsatt, er disse organisert i egne avdelinger (informantene kaller det team). I én kommune er psykologen organisert i et tverrfaglig team *'og det er fint, for da sender vi ikke familiene rundt til hverandre'*. Informantene i kommuner med bare én psykolog forteller at stillingen preges av gjennomtrekk fordi de ikke kan tilby et tilstrekkelig stimulerende fagmiljø. *'Ingen blir mer enn ett år i denne jobben for det er vanskelig å jobbe som psykolog i kommunen, og dette er et problem for vi får ikke bygget opp kontinuitet'*. I noen kommuner legger psykologtjenesten stor vekt på å være så tilgjengelig for publikum som mulig: *'Det er mange veier inn til oss. Alle kan henvende seg enten via en tjeneste eller direkte'*. I andre kommuner legges det derimot vekt på å skape rutiner for henvendelser via andre tjenester: *'Vi helsesøstrene og barnevernet får henvise direkte, men skoler og barnehager må gå via helsestasjonen slik at vi*

kan se på alvorlighetsgraden og sile ut de lettere tilfellene'. I et par kommuner forteller psykologene at de har jobbet mye med grenseoppgangen til BUP: 'Det går ikke på kompetanse, men skillet skal gå på ansvarsområde og oppgaver ved at kommunen går i bredden og BUP går i dybden'.

- Barnevernet har ansvar for tiltak rettet mot barn som er utsatt for, eller er i risiko for, omsorgssvikt. Dette kan være både behandlende og forebyggende tiltak. Som aktør innen psykisk helsearbeid dreier dette seg om saker der barn er utsatt fordi foreldrene har psykiske helseproblemer, men også saker der barnet selv har psykiske problemer. Informanter i de fleste kommunene sier at barnevernet deltar i tverrfaglig samarbeid, oftest i form av regelmessige, formaliserte fagmøter. De fleste informantene fra barnevernet sier om seg selv at de ikke skal drive med forebyggende arbeid. Et par informanter sier at de bare kobles inn ved kriser, og da har gjerne problemene allerede utviklet seg over lang tid: *'Det er typisk at vi får dem først når de er blitt uspiselige for andre, og da har noen i det offentlige sett på dette i mange år uten å gjøre noe.'* Informantene fra barnevernet sier de har klare føringer for oppgavene ved at de jobber etter Barnevernsloven *'og bare den'*. Én er inne på at barnevernet i saksarbeidet alltid må være forberedt på en mulig retts sak. Blant annet derfor *'må alt saksarbeidet være formelt og skriftlig. Vi kan ikke bare ta en telefon eller sende en e-post'*. Flere informanter som samarbeider med barnevernet sier at barnevernet er stivbent og regelstyrt. *'De har andre holdninger på hvem de er og hva de skal jobbe med'*. Men alle informantene sier at barnevernet er en viktig aktør i det psykiske helsearbeidet: *'Det er alt for lite fokus på barnevernet i Opptrappingsplanen. Noen må si hvor viktig barnevernet er i det psykiske helsearbeidet.'* Informanter som samarbeider med barnevernet sier jevnt over at de gjerne hadde sett at barnevernet var mer involvert i det forebyggende arbeidet mot barn og unge.

- Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) deltar i det psykiske helsearbeidet gjennom sitt ansvar for spesialpedagogiske tiltak for barn med psykiske helseproblemer. Informanter for PPT har ulike oppfatninger om tjenestens arbeidsoppgaver og roller. Noen forklarer dette med at de nasjonale føringene er uklare og at det derfor åpnes for ulike valg. Andre forklarer det med at oppgaver og ansvar varierer med den fagkompetansen PPT til enhver tid har. I en kommune deltar PPT i det de kaller et tverrfaglig team rettet mot ungdommer, mens de i en annen kommune ikke deltar i fast samarbeid med andre aktører. I en kommune har PPT valgt en psykologisk tilnærming, i en annen kommune har de valgt en pedagogisk tilnærming. I en kommune jobber PPT med de barna som blir henvist og forholder seg bare til BUP. I en annen kommune utreder de kun saken og gir veiledning til lærerne. I en kommune sier en informant at PPT kun jobber med

forebygging, mens en informant i en annen kommune sier: *'Vi skal ikke drive behandling, men jeg sprenger meg inn i behandlerrollen selv om jeg jobber i PPT'*. Viktigste samarbeidsparter for PPT er skolene og barnehagene, og i tillegg samarbeider mange med skolehelsetjenesten og barnevernet. Informanter som samarbeider med PPT har svært forskjellige erfaringer, alt avhengig av hvordan tjenesten er organisert i deres kommune. Noen forteller om at PPT ikke samarbeider, men bare henviser sakene. Andre forteller om at PPT deltar i teamarbeid og har vist en *'positiv utvikling de senere årene'*.

- Fastlegene. Fastlegene har det medisinske behandlingsansvaret for pasienter på egen liste. I tillegg har enkelte kommunale oppgaver. Fastlegene beskrives av informantene som viktige samarbeidspartnere, men samtidig vanskelig å involvere i samarbeid. Fastlegene ble aldri nevnt da informantene ble bedt om å nevne de viktigste samarbeidsaktørene. Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvor involvert fastlegene ser ut til å være i det tverrfaglige samarbeidet, og det er stor forskjeller fra lege til lege. I de minste kommunene omtales samarbeidet med fastlegene som godt: *'Vi har en stabil legegruppe som har tid til å jobbe med dette, og de vil det.'* I de andre kommunene er erfaringene betydelig mer varierte: *'Det er store forskjeller mellom legene, men fastlegene tror nok de er viktigere enn de er. Flere har marginal kontakt med pasientene'*. En annen sier: *'Noen kommer hvis det er deres pasient, og noen viser seg aldri uansett'*.

I tillegg til de tjenestene og tiltakene som er nevnt her, er det også mange andre aktører i kommunene som deltar i det psykiske helsearbeidet. For eksempel er politiet ofte nevnt både i forhold til tvangstiltak for personer som er alvorlig psykisk syke, og i forhold til forebyggende miljøtiltak for utsatt ungdom. Mange informanter nevner prestetjenesten og tilbud om samtaler og sjelesorg. I flere kommuner er en prest med i det lokale kriseteamet. Også frivillighetssentralen er nevnt som en aktør både ved at sentralen gir en mulighet for mennesker med psykiske helseproblemer til å gjøre en innsats for andre og ved at de selv kan få hjelp fra andre gjennom sentralens formidlingskanaler.

Mange informanter forteller om ulike fritidstilbud til mennesker med psykiske helseproblemer som er organisert gjennom Kultur- og fritidstjenestene, og disse tilbudene oppfattes som en del av det psykiske helsearbeidet selv om de sjelden er finansiert over Opptrappingsplanen. Alle nevner at slike tilbud er viktig for at brukerne skal kunne delta i alminnelige aktiviteter som ikke er spesielt innrettet mot mennesker med psykiske helseproblemer. Det kan dreie seg om turer, trim og trening, og forskjellige typer kreative kurs og aktiviteter som ikke er lagt til aktivitetssentrene.

I noen tilfeller organiserer kommunen tilbudene og i andre tilfeller kjøper kommunen tjenester av private eller legger til rette for at brukerne kan delta i den ordinære organiserte fritidsvirksomheten som foregår i kommunen.

Noen informanter nevner eksempler på at de har kontakt med rehabiliteringstjenesten i kommunen, dvs. ergoterapeut og/eller fysioterapeut, avhengig av behovene til brukeren. Andre har kontakt med flyktningkontoret for brukere med flyktningbakgrunn. Ingen av disse aktørene er nevnt som sentrale i det tverrfaglige samarbeidet som foregår, men at de burde være mer involvert.

Informanter fra de små kommunene forteller om avtaler med nabokommuner om å kjøpe tjenester - eksempler som er gitt, er kjøp av boligtiltak for ressurskrevende brukere og gjensidig samarbeid om oppfølging og samtaler for å beskytte folk mot 'folkesnakk' - *'det er små forhold her og det er ikke sikker at noen vil at andre skal vite at de kommer hit'*.

Aktører utenfor kommunen

I intervjuene nevnes mange aktører utenfor kommunene som viktige samarbeidspartnere for de kommunale tjenestene. Når det gjelder voksne blir de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) og akuttavdelinger ved sykehusene nevnt. Når det gjelder barn og unge blir barne- og ungdomspsykiatrisk tjenester (BUP) og psykiatrisk ungdomsteam (PUT) nevnt som viktige samarbeidspartnere, men også private institusjoner (som kanskje særlig barnevernet bruker). Informanter i alle kommunene forteller at det har vært jobbet lenge med grenseoppgang og avklaring av roller, oppgaver og ansvar mot spesialisttjenestene, og dette ser ut til å være under kontinuerlig bearbeiding. Mange forteller om et langvarig arbeid for å få spesialisttjenestene til å *'anerkjenne kompetansen og ansvarsområdet i kommunen'*. Psykisk helsearbeid i kommunene er *'å jobbe i bredden istedenfor i dybden'*, der mye er uforutsigbart og vanskelig å planlegge. En sier det slik: *'Man må ta de ballene man får kastet til seg og snu seg fort, og man må kunne sortere og like varierte arbeidsoppgaver og jobbe nært publikum'*, og dette er det viktig at spesialisttjenestene forstår og respekterer. Mange er inne på at de er lite beskyttet i arbeidet sammenlignet med for eksempel spesialisthelsetjenesten, som oppfattes å kunne velge hvilke saker de vil gå inn i. Noen sier at de opplever stor framgang i samarbeidet med spesialisttjenestene: *'Før kunne de overprøve og overse kommunens avgjørelser, men nå viser de mer aksept og respekt for det vi gjør, og dette har skjedd fordi vi er tydelige og faglig sterke'*. Samtidig sier mange at spesialisttjenestene fremdeles kan ha en tendens til å instruere kommunens fagfolk. Flere er inne på at *'det gjenstår mye på grenseoppgangen mellom 1. og 2. linjen når det gjelder de tunge pasientene'*.

Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvordan samarbeidet med hhv. DPS, BUP og PUT foregår, og hvor fruktbart informantene opplever at samarbeidet er. Det er ikke slik at samarbeidet med BUP er bedre enn samarbeidet med DPS, eller omvendt. Det ser heller ikke ut til å være slik at de små kommunene er mer fornøyd enn de store, eller omvendt. Det ser heller ut til at erfaringene går på kryss og tvers av tjenestene. Noen informanter forteller om et formalisert samarbeid der spesialisthelsetjenesten *'tar saker'*, besøker kommunen og veileder de kommunale fagfolkene. Noen forteller om stor aksept for uformell og direkte kontakt. Andre har ikke slike samarbeidsforhold. Informanter fra alle kommunene ønsker seg faste tverrfaglige møter der spesialisttjenesten besøker kommunen.

Informantene i de små kommunene forteller at de henviser til BUP ofte, fordi kommunen ikke har egne ressurser, og de forteller om god tilgang til fast veiledning gjennom regelmessige møter. Særlig ser helsesøstre ut til å være hyppige brukere av BUP. Informantene i de store kommunene forteller at kommunen har solid kompetanse selv, men allikevel er det nødvendig med et samarbeid med spesialisttjenestene. Skillet dreier seg om ansvarsområde og oppgaver, der *'BUP går dypere inn i saken'*.

Når det gjelder DPS forteller flere informanter at de får veiledning for de særlig ressurskrevende brukerne. Noen gir eksempler på at de får veiledning for brukere med dobbeltdiagnose, andre har behov for dette, men får det ikke. Dette ser ut til å avhenge av hva slags kompetanse DPS til enhver tid har. Enkelte kommuner sogner til spesialisttjenester som har problemer med vakanser og gjennomtrekk av personalet. Dette hindrer tilgangen på veiledning. Noen forteller om mye kontakt i utskrivingsfasen *'for å få brukerne over i kommunen, men vi får ingen oppfølging utenom dette'*. Andre har ingen eller svært liten kontakt: *'Det hender at sykehuset lager individuell plan over tjenester som kommunen ikke har, og ikke involverer oss eller informerer kommunen før brukeren er utskrevet og kommer til oss med den ferdige planen. Så må vi snakke med brukeren og ordne opp'*.

Det nevnes ulike forklaringer på at samarbeidet og oppfølgingen/kontakten med spesialisttjenesten ikke er slik informantene ønsker. Én ting er lange ventelister, *'og da er det ingen vits i å henvise'*. En annen ting er at tjenesten er *'sektiv på hva de vil jobbe med'*. Tjenestens prioriteringer harmonerer ikke alltid med kommunenes behov for bistand. Andre sier at det er begrensende at tjenestene kun er tilgjengelig på dagtid, og ikke på kveldstid og i helger når

problemene kanskje er akutte. Både BUP og DPS blir av og til omtalt som *'regelstyrt'* og *'firkantet'*.

Samarbeidet kan også endre seg over tid og kan se ut til å være avhengig av hvem som til enhver tid jobber der. Med nye folk etableres det nye samarbeidsrelasjoner, og dette avhenger både av medarbeidernes formelle kompetanse og kvalifikasjoner, og hvordan de prioriterer å jobbe.

Informanter som forteller om et tilfredsstillende samarbeid med spesialisttjenestene, legger vekt på at samarbeidet er formalisert *'både administrativt og faglig'*, samtidig som det foregår mye uformell, direkte kontakt i saksarbeidet. Noen informanter er opptatt av at man må rette mer oppmerksomhet mot problemstillinger knyttet til behovet for en *'sømløs tjeneste'* mellom kommunen og spesialisttjenestene, og særlig for de ressurskrevende brukerne. Det er også for disse brukergruppene at behovet for faglig veiledning fra spesialisttjenesten er størst. Noen er inne på at styringen av økonomi er den viktigste hindringen for en *'sømløs'* tjeneste og at det gjenstår mye på å utforske samarbeidstiltak på tvers av forvaltningsnivåene rundt de alvorlig syke. Én sier: *'Man burde forstå at ansvaret for disse brukerne er et samfunnsansvar og ikke bare et kommunalt ansvar eller et ansvar for psykisk helse alene'*.

En kommune samarbeider med sykehuset om et botilbud med oppfølging for de ressurskrevende brukerne - *'de som vi har gitt opp å bosette og som egentlig ingen vil ha ansvar for'*. Samarbeidet går ut på at sykehuset eier boligene - som ligger på sykehusets område - og beboerne betaler husleie, kommunen finansierer og organiserer personalet i boligene, sykehuset finansierer og organiserer spesialpersonale for dem som trenger dette. Informantene fra kommunen sier at tiltaket er svært vellykket.

Til slutt er det nødvendig å nevne Aetat og informantenes tanker om NAV-reformen. Dette er en aktør som alle kommunene forholder seg til i den grad de har brukere som trenger hjelp og tilrettelegging for å komme i jobb. Intervjuene har begrenset informasjon om erfaringene med Aetat, men mange informanter gir uttrykk for usikkerhet når det gjelder NAV-reformen. Noen sier at Aetat i utgangspunktet har en tendens til ikke å involvere de kommunale tjenestene som brukeren har kontakt med, men det finnes også unntak her. Informanter fra et arbeidstiltak forteller at de deltar i ansvarsgruppen, dersom arbeidstakeren har dette, og de kan bistå inn i kontakten mot andre tjenester: *'Vi hjelper ofte med å skaffe tjenester for dem og vi veileder dem om hvordan de skal forholde seg, for vi kjenner dem jo så godt og vi vet etter hvert hva de trenger og ønsker'*.

Flere informanter som har psykisk helsearbeid som hovedoppgave, uttrykker engstelse for at NAV-reformen kan svekke den kontakten og kommunikasjonen som de har med arbeidstilbudene nå, og dermed ytterligere redusere muligheten for å kompetanseheve denne aktøren. De fleste forteller om mange erfaringer med at Aetat ikke har forståelse for *'brukernes spesielle behov'*. Én sier: *'De starter for fort og er for utålmodig, og konsekvensen er at brukeren faller ut av alt'*. En annen sier: *'Aetat har ikke forståelse for det særegne ved psykiske helseproblemer, og de har rigid saksbehandling. Dermed klarer ikke våre brukere å formidle seg der'*.

- Brukermedvirkning på organisatorisk nivå er i denne undersøkelsen representert ved brukerorganisasjonene Mental helse (MH) og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP). Samtlige informanter sier at kommunen samarbeider med begge brukerorganisasjonene. Brukerorganisasjonene nevnes sist i denne sammenhengen for å poengtere inntrykket av at de på papiret regnes som viktige av profesjonsaktørene, men at involvering i praksis varierer mye, og de ser ikke ut til å involveres så mye, eller på den måten, som de selv ønsker.

Brukerorganisasjonene er aktører som etter hvert har opparbeidet høy legitimitet i feltet, og de kan stille normative krav overfor organisasjonen. Samtidig har de begrenset makt ved at deres evne til å påvirke organisasjonen i svært i ulik grad fører til handling og respons fra organisasjonen. Brukerorganisasjonene blir invitert til å gi innspill til planer og tiltak, til å delta i råd og utvalg, og det fortelles om mange forsøk på å danne egne brukerråd ved forskjellige tjenestesteder. Det er en felles erfaring at dette kan være vanskelig.

Det er mange praktiske utfordringer knyttet til organisert brukermedvirkning i det psykiske helsearbeidet. Det er gjerne lokallag bare i store kommuner, ikke i små. Brukerrepresentantene forteller at det er et problem at kommunen har en tendens til å involvere organisasjonene sent i prosesser. Når organisasjonene kommer på banen, er mange premisser allerede lagt, eller de får så kort tid til å uttale seg at de ikke rekker å mobilisere medlemmene. Å delta i arbeidsgrupper, råd og utvalg kan være svært krevende både personlig, praktisk og økonomisk. Noen brukerinformanter nevnte også at det kan være en belastning i seg selv å delta som representant fordi dette betyr *'å stå fram'*. Dermed kan organisasjonsarbeid avsløre for omverden at man selv eller et familiemedlem har et psykisk helseproblem - med de belastninger dette kan medføre.

Selve medvirkningsformen som vanligvis praktiseres i kommunene representerer ofte en terskel fordi man må kunne opptre som *representant*. Man må tørre å snakke i en forsamling og kunne

formulere seg muntlig og skriftlig, og man må kunne delta i en diskusjon. Gjennom representasjonen skal man også kunne ivareta interessene til andre brukere. En av brukerinformantene sa at svært mange med psykiske helseproblemer klarer ikke alltid dette: *'Det er veldig ofte et problem at de ikke kan formidle seg. Hvis de skal skrive et brev til politikerne så skriver de side opp og side ned, og den som leser dette tenker at dette bare er helt sykt. De ser ikke at dette er skrevet i desperasjon.'*

Å opptre som representant i formelle fora må læres, og organisasjonene har begrensede ressurser i form av penger og kompetanse for å stimulere til dette. Samtidig kan noen informanter gi eksempler på fruktbare tiltak for å stimulere brukermedvirkning. Ett eksempel er en ordning med *Brukerlærere* der brukere deltar i informasjonsaktiviteter ut i andre miljøer og forteller om hvordan det er å ha en psykisk lidelse, og der brukerne og fagfolkene gjennomfører dette sammen. Slik kan allmenn folkeopplysning kombineres med trening for brukeren. Et annet eksempel er *brukeropplæring* der brukere får opplæring i å være representant ved å delta på kurs ved Lærings- og mestringssentre. Begge disse metodene kunne vært brukt mye mer enn det ser ut til at de blir.

Brukerinformantene sier at mange fremdeles opplever at psykiske helseproblemer er stigmatiserende, og mange ønsker ikke at andre i lokalmiljøet skal vite noe. Samtidig ser det ut til at kanskje et vel så stort problem nettopp er at mennesker med psykiske helseproblemer blir oversett. 'Usynlighetskappen' henger på mennesker med psykiske lidelser, og dette melder seg med tyngde når det gjelder å hevde seg i fora sammen med andre funksjonshemmede, for eksempel i kommunalt råd for funksjonshemmede: *'Problemet er at vi blir borte mellom dem som er så veldig synlige, de blinde og rullestolsbrukerne'*.

3.5 Samarbeid i psykisk helsearbeid

Dette punktet handler om informantenes erfaringer med de samarbeidsrelasjonene de deltar i. Hva er det som skaper et godt samarbeid og hvordan kan det tas vare på, slik de ser det?

Samarbeid som angår det psykiske helsearbeidet foregår på mange nivå, fra politisk og administrativt ledernivå og inn i det faglige brukernære samarbeidet. Samarbeidet foregår mellom ulike aktører som jobber under ulike rammebetingelser og med ulikt fokus, og derfor har de ofte ulik forståelse av målgruppens behov, problem og problemenes relevans for deres eget arbeids- og ansvarsområde. Intervjuene viser at samarbeid foregår på mange måter, fra faste, formaliserte

møter der mange deltar til spontane samtaler mellom to personer. Samarbeid foregår mellom fagfolk, og mellom fagfolk og brukere.

3.5.1 Samarbeid med brukeren

Som nevnt skal det psykiske helsearbeidet være rettet mot å bistå mennesker med psykiske helseproblemer til et best mulig liv ut fra egne mål, og brukermedvirkning er helt avgjørende. For at samarbeidet med brukeren skal fungere, må aktørene gjøre seg tilgjengelig for brukeren. En representant for et aktivitetssenter sier: *'Alt vi gjør avhenger av hva brukeren vil og klarer, og hvis vi ikke gjør det, så kommer de bare ikke - de uteblir'*.

Brukermedvirkning er ikke enkelt. Erfaringene med brukermedvirkning varierer med om målgruppen er barn, ungdom eller voksne, og også med hvor syk brukeren er. Noen ganger kan det være vanskelig å involvere brukeren, og det kan være en utfordring i seg selv å komme i posisjon for å hjelpe: *'Det er vanskelig med deprimerede mødre for de ber ikke om hjelp og da får vi ikke hjulpet verken dem eller barna deres'*. Andre undersøkelser viser at det å komme i posisjon til å hjelpe de aller sykeste, er en hovedutfordring i psykisk helsearbeid (Steihaug 2007). Dette dreier seg om å kunne hjelpe personer som på grunn av sin sykdom verken er i stand til å be om eller å ta imot hjelp. Noen av informantene er inne på at det er lettere å involvere yngre brukere enn eldre, som kan ha en lang sykehistorie med seg. Et par informanter som jobber med barn og ungdom sier at det er lettere å jobbe med små barn, for da er det en mulig vei å jobbe gjennom foreldrene, mens ungdommene ofte ikke vil ta imot hjelp: *'Vi kan ha alle tiltakene på plass, og PUT er rask til å gi respons, men utfordringen er å motivere ungdommene til å ta imot hjelpen'*. Andre forteller om utfordringer som handler om å forholde seg til brukerens valg for sitt liv. Det er vanskelig når brukerens valg ikke stemmer overens med det tjenesten vurderer som gode valg: *'Vi har en beboer som vil leve med rusen, og da kan han være voldelig, men vi må ta han for det, for han skal være i kommunen'*.

Informanter som har psykisk helsearbeid som hovedoppgave sier at *'relasjonskompetanse'* er helt grunnleggende for det brukernære samarbeidet. Flere informanter nevner at tjenesteyterens personlige egenskaper er viktige for å etablere et samarbeid og en god relasjon til brukeren. Én sier: *'Det er ikke alltid så viktig med spesialkompetanse, men engasjement og medmenneskelighet er helt nødvendig'*. En annen sier: *'Arbeidet er veldig personavhengig. Vi er hos samme bruker over lang tid og derfor får vi et nært forhold, så kjemien må stemme'*.

Flere informanter sier at brukerne *'ikke vil medvirke'*, men samtidig er det også mange som forteller om at dette ikke er en grunn for å la være å legge til rette for medvirkning, men at det representerer en ekstra utfordring for tjenesten. *'Medvirkning er utfordrende både for brukerne og for oss, for ofte er brukerne ikke sterke på utholdenhet, men da må vi bare vente til de er klare'*. Tjenesteyterne må utvise tålmodighet og utholdenhet, og være vare for brukerens grenser. En representant for et aktivitetstilbud sier: *'For eksempel kan de komme her og bare stå i døra, men hvis vi presser dem så forsvinner de og kommer kanskje ikke tilbake igjen. Vi har hatt folk som har vært her uten å si et ord i måneder før de er trygge nok til å delta'*. En representant i hjemmetjenesten i en annen kommune sier: *'Det kan ta år før vi kommer så langt at det skjer en endring'*.

Individuell plan

Individuell plan er et verktøy som de aller fleste informantene har erfaringer med, men i ulik grad og på ulik måte. Noen informanter sier at tjenesten har svært gode erfaringer med individuell plan, mens andre er mer tilbakeholdne. Flere sier at mange brukere ikke vil ha individuell plan, selv om individuell plan er bra for *'hjelperne i det tverrfaglige teamet'*. I én kommune brukes ikke individuell plan for barn og unge med psykiske helseproblemer, bare for dem med fysiske funksjonshemninger. Informantene sier at individuell plan som en hovedregel anvendes for brukere som har behov for sammensatte tjenester. Både ansvarsgruppe og individuell plan beskrives som nyttige verktøy fordi de kan bidra til at arbeidet struktureres og formaliseres. Dermed blir det lettere å håndtere kompleksitet. Informanter i én kommune sier at individuell plan er *'innmari nyttig'* fordi det bidrar til at de tjenestene som deltar i det konkrete arbeidet ansvarliggjøres og man unngår dobbeltarbeid. Andre viser til fordeler med at det blir lettere å evaluere framgang for brukeren, de enkeltes oppgaver blir klarere og arbeidet blir dokumentert.

Flere av informantene er inne på at individuell plan bare fungerer dersom visse forutsetninger er oppfylt: *'Du må ha brukeren med på laget'*, sier én. En annen sier: *'Vi må ha relasjonen i bønn'*, og viser til at brukeren må være den som bestemmer hva som skal være innholdet og hvordan planen skal følges opp. Flere informanter som viser til vellykkede erfaringer, sier det samme.

Også brukerinformantene sier at individuell plan, men også ansvarsgruppe, kan være svært nyttig verktøy, vel og merke dersom *'brukeren sitter ved roret'*. Både brukerrepresentantene og pårørenderepresentantene sier at en god individuell plan kan fungere som terapi, og den kan avlaste både brukeren og pårørende. En bruker sier det kan være vanskelig å formulere gode mål og aktiviteter i planen. Om sin egen plan forteller han: *'Det ble alt for ambisiøst. Det skapte en*

følelse av å mislykkes når du ikke innfridde målene, og jeg var så redd for at de skulle spørre etter planen hver gang jeg møtte dem, for da kunne de jo se at jeg hadde ikke gjort det som sto der'.

I et par kommuner ser det ut som individuell plan blir lite brukt. Flere av informantene i disse kommunene forklarer dette med at brukerne ikke vil ha individuell plan. *'Mange av dem har lang sykehistorie og de er så lei av disse planene som det aldri blir noe av'*. Noen er inne på at det kan være et stort og ressurskrevende arbeid å motivere brukere. Ved å spørre nærmere etter hvordan arbeidet foregår der individuell plan brukes lite, viser det seg at mange av premissene i det brukernære arbeidet ser ut til å bli lagt av tjenesten. I en kommune sier informantene at individuell plan bare blir brukt for brukere som har vært tvangsinnlagt, og disse brukerne *'har ikke noen valg'*. En annen informant sier at tjenesten bestemmer hvilke tiltak som skal inn i planen, selv om brukerne ikke alltid er enige: *'ofte har de ikke noe de skal ha sagt, dette er bra for deg, sier vi'*. En representant for barnevernet i en annen kommune sier at individuell plan har liten betydning for dem *'for vi jobber etter våre forskrifter uansett'*.

Ansvarsgrupper

Ansvarsgruppe er en måte å organisere det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet rundt brukeren på. De fleste sier at en ansvarsgruppe bare fungerer hvis den har *'stram struktur'*. I likhet med individuell plan, omtales ansvarsgruppe av informantene som et nyttig verktøy fordi den kan bidra til at arbeidet struktureres og formaliseres. Det kan synes som om de fleste informantene ser på ansvarsgrupper først og fremst som et verktøy for tjenesten. I én kommune forteller informantene at tjenesten bestemmer hvem som skal være koordinator i ansvarsgruppa, og dermed brukerens kontaktperson: *'Brukere bestemmer ikke dette for brukeren vet ikke hvordan ting fungerer'*. I andre kommuner forteller informanter at det er et poeng at brukeren bestemmer dette. Brukerinformantene er også opptatt av at brukeren skal medvirke i valget av koordinator fordi *'koordinatoren må forstå at det er terapi at brukeren leder ansvarsgruppen selv'*.

3.5.2 Strukturert tverrfaglig samarbeid

Veilederen slår fast at faglig kvalitet og samarbeid mellom tjenestene innen kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å etablere et godt tilbud i det psykiske helsearbeidet. Derfor er det interessant å se hvilke erfaringer informantene har med tverrfaglig og tverretatlig samarbeid som er rettet mot å håndtere de daglige arbeidsoppgavene.

Hvorfor samarbeid?

I tråd med Opptappingsplanen sier informantene at tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er viktig fordi det faglige mangfoldet i problemløsningen skal gjenspeile og svare på mangfoldet i de behovene som fanges opp. Flere forteller om brukere som svært ofte trenger hjelp *'med alt'*. Noen sier at tverrfaglig samarbeid er nødvendig fordi *'psykisk helsearbeid skal ikke være en særtjeneste'*. Mange er opptatt av at det tverrfaglige samarbeidet kan komplettere deres egen fagkompetanse og klargjøre deres egen rolle, samtidig som det reduserer sjansen for at henvendelser blir sendt fra instans til instans i organisasjonen. Mange av de informantene som ikke deltar i fast tverrfaglig samarbeid, sier at de ønsker dette. En helsesøster sier: *'Vi er ikke med i det faste møtet og det er synd, for jeg savner at vi kan gjøre tiltak sammen'*.

Både ledere for psykisk helsearbeid, og ledere for andre tjenester er opptatt av at faste møter er viktig også for å ta vare på personalet, uavhengig av om møtene er tverrfaglige eller ikke. Særlig er lederne av det psykiske helsearbeidet i kommunen opptatt av at mange i deres avdeling jobber mye alene med brukerne, og dette kan være faglig ensomt. Personalet har ikke alltid en kollega å støtte seg til når det oppstår et problem der og da. Noen sier at jobben setter arbeidstakeren i en utsatt stilling *'fordi de må lære å tåle avvisning og aggresjon'*. Samtidig er noen informanter inne på at personalet *'kan ha mye makt over brukere - de må ha selvkontroll og også veiledning og støtte i å takle vanskelige situasjoner'*. Også informanter fra andre tjenester forteller om at de kan oppleve seg alene om å takle problemstillinger knyttet til psykiske helseproblemer, og at de trenger støtte og supplementet som en deltagelse i et fast møte kan gi, tverrfaglig eller ikke.

Utfordringer i samarbeidet

Hvilke utfordringer fører det tverrfaglige samarbeidet med seg, i følge informantene? Informanter som har utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunen som kjerneoppgave er spesielt opptatt av at ulik - og manglende - forståelse av hva psykisk helsearbeid er og skal være har vært en stor utfordring når det gjelder å skape både vilje til samarbeid og et godt samarbeid i den praktiske problemløsningen. Mens *'profesjonskampen'* vanligvis blir beskrevet som at profesjoner konkurrerer om hegemoniet over bestemte problemområder og brukergrupper, beskriver informanter som jobber med psykisk helsearbeid som kjerneoppgave en nærmest motsatt erfaring, ved at de *'får det som ingen andre vil ta i'*. Samarbeid har for dem vært en del av en strategi for å få andre til å akseptere at de også har et faglig ansvar.

Andre sier det kan være et problem at mange oppfatter et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid som en ekstra innsats, og ikke som en nødvendig arbeidsform. Én sier: *'Kommunen har lite*

penger, og da blir dette en kasteball fordi man blir lite villig til å bruke ressurser på samarbeid og ta et felles ansvar'. En annen sier: 'Alle tjenestene her går på minimumsbemanning, og det fører til at de tar pålagte oppgaver etter egen lovgivning, og da velger de vekk samhandling, for det har de ikke tid til'.

Mange av informantene er opptatt av de utfordringene som ligger i at personer med ulik profesjonsbakgrunn skal samarbeide. Deltagerne forholder seg til ulike begrepsapparat, metoder og fagtradisjoner. De forskjellige deltagerne bringe med seg sine tradisjonelle tilnærminger inn i problemløsningen: *'Når helsestasjonen er vant med å forebygge og sosialtjenesten vant med å reparere, så sier det seg at det er vanskelig å få dem med på en felles forståelse'.*

Forskjellige krav til effektivitet og ulike forventninger om resultater kan også hemme et samarbeid: *'Hjemmetjenestene måler tiden i minutter, mens vi kan måle den i år'* sier en psykiatrisk sykepleier når hun forteller om diskusjoner med hjemmetjenesten for å få aksept for den ressursbruken og innsatsen hun mener er nødvendig for å hjelpe en bruker. Informantene er også opptatt av at de ulike profesjonene forholder seg til ulike lovverk og jobber under ulike rammebetingelser og ressurser, og at dette setter grenser for hva hver enkelt skal bidra med.

Deltagerne bringer også med seg ulike forventninger til hverandre. I én kommune sa en informant for eksempel at en annen aktør bidro lite i det tverrfaglig samarbeidet fordi de hadde *'en tendens til bare å bruke ressurser på utredning og vedtak, men ikke å gjennomføre noen tiltak'.*

Informanten fra den andre aktøren i samme kommune mente at utredning nettopp var deres oppgave i dette samarbeidet. Andre eksempler er når aktører i kommunen forventer at spesialisttjenesten skal bidra med konkrete brukerrettede tiltak, mens spesialisttjenesten forventer av seg selv å bidra med veiledning til de kommunale aktørene, som de også forventer skal gjennomføre tiltakene. Alle disse faktorene utfordrer samarbeidet, og kan forhindre et samarbeid hvis de ikke håndteres.

Mange informanter som forteller om manglende samarbeid med andre aktører, forklarer dette med at det er for stort gjennomtrekk av personale til at de klarer å opparbeide kontakt og en god praksis. For at disse arbeidsformene skal bestå er det altså viktig å sikre langsiktighet i arbeidet. Måten nye medarbeidere involveres i virksomheten på kan være en kritisk faktor, og det vil oppstå problemer dersom det er hyppig gjennomtrekk av medarbeidere. Blant annet derfor er formalisering av samarbeidet sett på som viktig av mange av informantene. Det er om å gjøre å etablere en struktur som beskytter mot mer eller mindre personlige og spontane relasjoner. Når

nye folk kommer til, kan man risikere at relasjoner det har tatt lang tid å bygge opp rives ned: *'Vi hadde faste møter og det fungerte fint, men så fikk de en ny leder som ikke ville jobbe slik, og da ble det slutt'*.

Hva styrker samarbeidet?

Når informantene beskriver det de opplever som fruktbare samarbeidsformer, og hva som styrker dette, forteller de ofte om en kombinasjon av et adhoc-preget samarbeid som foregår parallelt med at de har regelmessige møter der bestemte fagfolk, som er organisatorisk og gjerne fysisk plassert ulike steder, treffes. Det samarbeidet som skjer som spontan en-til-en kontakt er veldig viktig. Mange informanter sier at fysisk nærhet styrker dette samarbeidet. Når ulike aktører er plassert i samme bygning er det lettere å etablere et adhoc-preget samarbeid enn når de er plassert geografisk adskilt fra hverandre. I de store kommunene løses dette ved å legge til rette for anledning til å møtes hyppig. Mange forteller at det er helt nødvendig å finne fram til enkelt-personer *'som forstår hva psykisk helsearbeid handler om'*.

På samme måte som *'relasjonskompetanse'* er viktig for informantene når de forteller om samarbeidet med brukere, er dette også viktig i samarbeidet med kolleger. I flere av intervjuene kommer denne erkjennelsen fram: *'Arbeidet er veldig personavhengig. Du må kjenne folk, og du må gå til dem som du vet har forståelse for saken'*.

Alle informantene er opptatt av at det er nødvendig å møtes for å kunne utvikle et godt og smidig samarbeid. Det blir dermed viktig å skape arenaer for å møtes, og ta vare på de arenaene der samarbeid kan finne sted. Informantene bruker forskjellige betegnelser på samarbeidsformer som har grunnleggende fellestrekk. Tverrfaglige møter følger en mer eller mindre regelmessig struktur og er underlagt mer eller mindre formaliserte rammer, og det er mer eller mindre struktur på hvilke tema og problemstillinger møtene dreier seg om. For de aller fleste er det et mål at det skal være så strukturert som mulig, selv om ikke alle som er omfattet av møtet deltar hver gang. En informant sier at det tverrfaglige og tverretatlige møtet *'er helt nødvendig, for det skaper en felles verden og en felles forståelse'* av brukerens problem og behov. Samtidig styrker møtene samarbeidviljen og gir *'faglig tyngde i saksbehandlingen'*.

Etablering av at godt tverrfaglig samarbeid ser ut til å følge en pragmatisk tilnærming ved at deltagerne først etablerer et fellesskap bygget på kjennskap til hverandre og en felles tilnærming i problemforståelse, og en praksis med direkte en-til-en kontakt, samtidig som det gradvis etableres en møtestruktur og arenaer for å treffes, for deretter - kanskje - å formalisere samarbeidet gjennom

avtaler om felles rutiner og faste møter: *'Personlig kontakt er viktig i dette arbeidet. Vi må vite om hverandre og treffe hverandre'*. Alle som forteller om gode samarbeidsforhold legger vekt på kombinasjonen av å kunne treffes ansikt-til-ansikt, og en stor aksept for spontan kontakt i tillegg til regelmessige og strukturerte møter med fast deltagelse.

Flere informanter forteller at de selv, eller andre fra deres tjeneste, deltar i regelmessige møter ca. hver 4. eller hver 6. uke. Deltagelsen er fast, og representanter med beslutningsmyndighet møter. For at møtene skal være nyttige er det, i følge informantene, helt avgjørende at deltagerne stiller med fullmakt til å utløse ressurser fra egen tjeneste. I flere av kommunene deltar mer enn én representant fra hver tjeneste/avdeling - og en av disse har lederansvar eller representerer ledelsen. Informantene sier at tverrfaglige møter som arbeidsform fungerer best når deltagerne både kan diskutere spørsmål av prinsipiell art, få råd i anonymiserte saker de jobber med og i enkeltsaker der de har fått brukerens tillatelse til å bringe saken til møtet. Mange forteller at det har foregått en diskusjon om hva slags tema og problemstillinger som skal bringes til møtene, og mange reserverer møtene til *'gråsonesaker'* og *'de kompliserte sakene'*. Informanter i et par kommuner forteller at de har avtaler med BUP, der BUP deltar når de skal drøfte saker som angår barn som er henvist til dem.

Andre undersøkelsen har vist at hvis tverrfaglig samarbeid skal fungere, er man avhengig av at deltagerne utvikler en delt praksis. Deltagere som kommer fra ulike sosiale systemer fortolker hverandres handlinger - og samme handling - ulikt, og for å kunne utvikle en delt praksis må de kunne navigere i hverandres kulturer og vise gjensidig respekt for hverandres sosiale virkeligheter (Valsø 2006). Egenskaper som åpenhet, nysgjerrighet og læringsvillighet blir sentrale for å få til dette. Ut fra disse intervjuene er personlig kontakt og kjennskap grunnleggende for samarbeidet, noe som også understøttes av organisasjonsteori (Holden 2002). Det er lettere å formalisere et samarbeid etter at den personlige kontakten er etablert, enn omvendt. Noen informanter forteller om erfaringer med samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisttjenesten der aktørene har startet prosessen med å utforme en gjensidig avtale, som så i neste omgang skal overholdes av partene. Dette blir vanskeligere å følge opp i det praktiske arbeidet: *'Utfordringen her er å få til gjensidig overholdelse av samarbeidsavtalene. Det er vanskelig å følge opp, og det er alltid detaljer som glipper ut av sakene'*.

Informanter som jobber med organiseringen av det psykiske helsearbeidet, legger vekt på at avtaler om formaliserte, faste møter skal sikre en arbeidsform som ikke avhenger helt av personlige kontakter og nettverk som bygges opp i organisasjonen. Men dette ser også ut til å

avhenge av kommunestørrelsen. I de små kommunene er ikke informantene så opptatt av å formalisere dette samarbeidet som i de store: *'Vi har faste møter, men de er ikke formalisert, for alle kjenner alle her. Det er bare å gå nedover i gangen hvis vi trenger å snakke sammen'*.

Tverrfaglig samarbeid er en metode for problemløsning og en måte å organisere et felles ansvarsområde på, og forekommer innen mange forskjellige områder (Mintzberg 1983). Slike arbeidsformer er fruktbare for å organisere oppgaver som er preget av uforutsigbarhet og kompleksitet, og forekommer særlig i organisasjoner der deltagerne er plassert i ulike enheter (eller i ulike organisasjoner), og der de samarbeider når arbeidsoppgaven gir grunn til det. Ofte er forståelsen av problemet som skal løses og hva oppgaven dreier seg om gjenstand for forhandlinger. Det er sjelden gitt ved starten av samarbeidet hvilke resultater som skal leveres. Denne tverrfaglige/flerfaglige arbeidsformen er typisk for organisasjoner der arbeidsoppgavene ikke følger organisasjonslinjene. Deltagernes evne til å inngå i åpne relasjoner blir viktig for at organisasjonen skal levere de resultatene som blir forventet både av organisasjonen selv og av omverden. Dette er forhold som det er svært viktig å være klar over også i det psykiske helsearbeidet, der det er en ekstra utfordring at kravene til hvilke resultater som skal leveres ikke har vært klare i utgangspunktet, men noe som utvikles underveis etter hvert som man vinner erfaring, og som er gjenstand for forhandlinger.

Annen litteratur viser at tid og ønske om å utvikle en delt praksis er to viktige faktorer når man skal utvikle kompetanse i å handle i åpne kontekster, dvs. i situasjoner der problemstilling og resultatet ikke er gitt i utgangspunktet (Bresman et al 1999, Meschi 1997). Å delta i denne type praksis vil blant annet dreie seg om å ha anledning til å møtes og snakke sammen - altså er det nødvendig å bruke tid på det tverrfaglige samarbeidet og å betrakte dette som en integrert del av arbeidet.

Flere informanter som snakker om at samarbeidet fungerer godt er inne på dette når de forteller om diskusjoner som foregår, der *'uenighet ikke er et problem egentlig, for vi diskuterer oss alltid fram til en praktisk løsning for brukeren'*. Mange av informantene er opptatt av at psykisk helsearbeid er et komplekst område. Svært mange sier det er *'veldig utfordrende'*, det er *'vanskelig'*, *'hardt'* og det er *'slitsomt å jobbe med dette'*. Samtidig gir arbeidet *'stor personlig tilfredsstillelse'*, og mange sier om seg selv at de har et spesielt engasjement for å jobbe i dette feltet. Mange er inne på at det er en reell risiko å bli alt for engasjert og involvert i feltet, særlig når det gjelder det brukernære arbeidet. Én sier: *'jeg har lært at jeg skal ha et liv utenom jobben også - fritid'*. En annen sier: *'det er viktig å ikke bli en del av brukers liv, for det er en risiko*

når vi jobber med dem over så lang tid'. En tredje sier: 'Jeg kan bli lei av alt styret i kommunen, men jeg blir aldri lei av brukerne'.

Å dyrke fellesskapet i samarbeidet

For å forstå mer av hva som skal til for at det tverrfaglig samarbeidet skal fungere er det også nødvendig å se etter både den skjulte/implisitte og den åpne/eksplisitte kommunikasjonen og kunnskapen. De som deltar i et samarbeid, bringer alle med seg både sin formelle fagkompetanse og sine personlige (internaliserte) tankemodeller, oppfatninger og antagelser. Forskning på samarbeid i organisasjoner viser at det ofte legges ensidig vekt på deltagerens formelle kompetanse i et slikt samarbeid, noe som hemmer utviklingen av gode og smidige samarbeidsformer der interaksjon og kommunikasjon er grunnleggende elementer. For å få det tverrfaglige arbeidet til å fungere er altså den profesjonelle kompetansen viktig, men ikke tilstrekkelig. I tillegg vil den sosiale samhandlingen mellom aktørene, og aktørenes forståelse for hverandre, være avgjørende. For å lykkes i å utvikle gode samarbeidsprosesser må det altså legges stor vekt på den sosiale interaksjonen i organisasjonen (se f.eks. Nyhlen 2002). De fleste informantene, både de som jobber med psykisk helsearbeid og andre, er veldig opptatt av nødvendigheten av at fagfolk i og utenfor kommunen møtes og snakker sammen slik at de blir kjent med hverandre. Samtidig er noen også opptatt av at de regelmessige tverrfaglige og tverretatlige møtene må pleies. I én kommune har den tverretatlige gruppen oppfølging fra en ekstern veileder for å lære seg denne arbeidsformen, og *'dette er helt nødvendig for å bevare samholdet i gruppa'*.

Kunnskap og kompetanse

Informanter som sier at kommunen lykkes med opptrappingen viser alle til stabilitet i bemanningen og til en tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell. Tre faktorer som går igjen er opplæring, videreutdanning og veiledning. De fleste sier at en kombinasjon av allmenn skoling av ansatte i kommunen, tilsetting av personale med spesialistkompetanse og tilbud om videreutdanning for ansatte som vil kvalifisere seg innen feltet er vellykkede innsatsfaktorer. Tilgangen på kompetanse kan være begrenset i små kommuner, og dermed tilgangen på kolleger å diskutere og fordele ansvar og oppgaver med: *'Veldig mye faller på enkeltpersoner. Jeg er leder av alt mulig. ... om jeg blir utbrent? Ja, det er et godt spørsmål'*.

Informantene ble spurt om hva de legger i begrepet kompetanse når det gjelder psykisk helsearbeid. Alle nevnte aller først *'personlig egnethet'* når de skulle gi eksempel på hva slags kvalifikasjoner som er viktig. For flere kom dette foran kravet til formell faglig skoling. Formell kompetanse er en grunnleggende, men ikke en tilstrekkelig betingelse for å gjøre en god jobb. En

sier det slik: *'Personlige egenskaper, interesse og erfaring er viktig ... du må ha tanker om tjenesten og være kreativ og delta aktivt i utviklingsarbeidet.'* En annen sier: *'Man må være handlingsorientert og kunne sette i gang tiltak'*. Samtidig viser alle til at skoling og økt rekruttering av personale med spesialkompetanse har bedret det psykiske helsearbeidet og samarbeidet. Forskning på rasjonalitet i praktisk profesjonsarbeid kan bidra til å forstå mer av hva som ligger i uttrykk som *'personlig egnethet'* og *'relasjonskompetanse'*. Ved å legge vekt begrepet omsorgsrasjonalitet (Wærness 1996) rettes oppmerksomheten mot kvaliteten i relasjonen mellom hjelper og bruker. Innenfor omsorgsrasjonaliteten er gjensidigheten mellom hjelper og bruker, og anerkjennelsen av følelser i relasjonen, det som blir målet på kvaliteten i tjenesten. Et annet viktig aspekt er også å se at ambivalens er en tilstand som preger det brukernære arbeidet, og hjelperen må anerkjenne ambivalensen i møtet med brukeren. Ambivalensen kommer til uttrykk i de dilemmaene som hjelperen hele tiden må forholde seg til (Solstad 2004).

4 Avslutning

Målet for denne undersøkelsen har vært å beskrive faktorer som har betydning for, og som positivt påvirker, samhandlingen i det psykiske helsearbeidet. Dette er gjort ved å innhente erfaringer fra fagfolk i seks kommuner. Nedenfor oppsummeres de viktigste erfaringene, først når det gjelder utfordringer man møter i det tverrfaglige samarbeidet og deretter hva som styrker samarbeidet, eller hvilke betingelser som må være oppfylt, slik informantene ser det.

4.1 Utfordringer i tverrfaglig samarbeid

Et tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid står overfor mange utfordringer:

- De forskjellige aktørene som deltar i det psykiske helsearbeidet har ulik, og til dels manglende, forståelse for det særegne ved brukernes problemer og behov, dvs. av hva psykiske helseproblemer handler om. Dette påvirker forståelsen av hva psykisk helsearbeid som virksomhet skal dreie seg om.
- De forskjellige aktørene har ulike effektivitetskrav og ulike forventninger til effektmål, dvs. hva slags resultater man skal forvente i det brukernære arbeidet og hvilke ressurser som skal settes inn. Dette utfordrer samarbeidet i det brukernære arbeidet, fordi brukere med psykiske helseproblemer ofte har behov for langsiktig, tålmodig og utholdende tjenesteyting.
- Aktører som inngår i tverrfaglig psykisk helsearbeid representerer ulike faggrupper og profesjoner, som tradisjonelt har ulik tilnærming til problemløsning. De ulike aktørene forholder seg til ulike lovverk og rammebetingelser, og de har ulike forventninger til hverandre når det gjelder hva de enkelte skal bidra med i det brukernære arbeidet.
- En tendens til å betrakte tverrfaglig samarbeid som en ekstra innsats, og ikke som en nødvendig arbeidsform, kan redusere viljen til å prioritere deltagelse samarbeidet. I enkelte organisasjoner, og hos enkelte aktører, blir tverrfaglig samarbeid betraktet som en salderingspost. Dette blir særlig tydelig under en stram kommuneøkonomi.
- Det kan se ut til å herske en manglende kunnskap om hvordan man iverksetter gode prosesser for å involvere aktører i samarbeidet og for å plassere ansvar i organisasjonen.
- Ustabilitet i bemanningen som følge av vakanser og gjennomtrekk av personale reduserer viljen til samarbeid.

- Lange ventelister hos spesialisthelsetjenesten og lite samsvar mellom kommunens behov for bistand og veiledning og spesialisthelsetjenestens prioriteringer svekker viljen til kontakt og samarbeid.

4.2 Hva styrker samarbeid

Tverrfaglig samarbeid kan styrkes på mange måter:

- For å utvikle psykisk helsearbeid som en virksomhet der tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er en nødvendig arbeidsform, må flere personer være pådrivere for å utvikle virksomheten. Utviklingsarbeidet må være forankret på flere nivå i kommunen - både politisk, administrativt og faglig utøvende nivå. Det er nødvendig med klare og entydige signaler fra ledelsen om at psykisk helsearbeid skal prioriteres, og hvilke prioriteringer som skal gjøres. Brukerorganisasjonene er en viktig aktør i utviklingsarbeidet.
- Både fagpersoners og ledelsens innsikt i at tverrfaglig samarbeid er en grunnleggende betingelse for det psykiske helsearbeidet, og derfor en nødvendig del av tjenesteytingen (det resultatet tjenesten skal levere), er viktig.
- Kunnskap om psykisk helsearbeid er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig faktor for å utvikle samarbeid i psykisk helsearbeid. Kunnskap om psykisk helsearbeid dreier seg om både spesialisert kunnskap og om generell kunnskap om psykisk helse. Minst like viktig som kunnskap er den enkeltes evne og vilje til samarbeid og kunnskap og kompetanse i hva et tverrfaglig samarbeid krever. *'Relasjonskompetanse'* er grunnleggende både når det gjelder samarbeid med brukeren og samarbeid mellom fagpersoner i og utenfor kommunen. Gjensidighet og oppmerksomhet i kommunikasjonen, tålmodighet og utholdenhet fremheves som viktige kvalifikasjoner i tillegg til den formelle fagkompetansen. Egenskaper som åpenhet, nysgjerrighet og læringsvillighet er sentrale. Dette er nødvendige kvalifikasjoner både i det brukernære arbeidet og i det tverrfaglige samarbeidet. I tillegg er tilstrekkelig tid og den enkeltes ønske om delta viktige.
- Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personale er viktig. Kunnskap og kompetanse om psykisk helsearbeid kan ivaretas gjennom intern opplæring, videreutdanning og veiledning i det brukernære arbeidet.
- Samarbeid med brukeren (Brukermedvirkning) er en grunnleggende forutsetning for et kvalitativt godt arbeid. Både individuell plan og ansvarsgruppe er arbeidsmetoder som kan legge til rette for og stimulere brukermedvirkning. Begge kan fungere som arbeidsformer som rydder og strukturerer tjenestens arbeid, og kan gjøre det enklere for brukeren å

forholde seg til tjenesten. Individuell plan må være konkret og med tilstrekkelige små/kortsiktige målsetninger. Brukeren må medvirke i utforming av innhold, form og progresjon. Innsatsen knyttet til å motivere brukeren må ikke undervurderes.

- Aktørenes vilje til å utforme individuelt tilpassede tjenester påvirker samarbeidet.
- For å stimulere tverrfaglig samarbeid, er det nødvendig å legge organisatorisk til rette for at deltagerne treffes og blir kjent med hverandre. Sosial samhandling er viktig for å stimulere økt forståelse.
- Tverrfaglig samarbeid i psykisk helsearbeid foregår på mange måter samtidig, både ved adhoc-preget en-til-en samarbeid og regelmessige, formaliserte møter der mange deltar. En pragmatisk tilnærming i det utøvende arbeidet er nødvendig for at samarbeidet skal fungere i det daglige. Deltagere i samarbeid i psykisk helsearbeid må ha anledning til å ta direkte og spontan kontakt med hverandre, samtidig som det legges til rette for et strukturert samarbeid gjennom regelmessige møter.
- Sammen med tilgang til faglig veiledning, er deltageres evne til og mulighet for å forholde seg til mangfoldighet og uforutsigbarhet viktig.
- Gjensidig forståelse for og anerkjennelse av de ulike aktørens ansvar, roller og oppgaver er viktig. Dette gjelder både innad i kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenestene.
- Det er viktig å ha tilgang til veiledning og bistand fra spesialisthelsetjenestene i det brukernære arbeidet.

Litteratur

- Agle BR, Mitchell RK, Sonnenfeld JA: Who matters to CEOs? An investigation of stakeholder attributes and salience, corporate performance, and CEO values. *Academy of Management Journal* 1999. 42:507-25.
- Andersson HW, Hatling T 2003: *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene*. SINTEF Helse, Trondheim.
- Baldersheim, H., Rose, L.E. 2000: Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. Fagbokforlaget. Bergen.
- Bresman H, Birkinshaw J, Nobel R: Knowledge Transfer in International Acquisitions. *Journal of International Business Studies* 30 (3) 1999, 439-462.
- Donaldson T, Preston LE: The stakeholder theory of the corporation: Concepts, Evidence and Implications. *Academy of Management Review* 1995, vol. 20, no. 1, 65-91.
- Helgesen M 2003: *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR, Oslo.
- Holden NJ 2002: *Cross Cultural Management. A knowledge Management Perspective*. Prentice Hall.
- Meschi PX: Longevity and Cultural Differences in International Joint Ventures: Towards Time-Based Cultural Management. *Human Relations* 50 (2) 1997 211:228.
- Mintzberg H 1983: *Structures in fives. Designing Effective Organizations*. New Jersey: Prentice Hall.
- Myrvold T 2003: *Et helhetlig tilbud til mennesker med psy lidelser? Kommunenes arbeid med integrering av tjenestetilbudet*. NIBR Oslo.
- Myrvold T 2006: *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005* NIBR 2006:11, Oslo.
- Nyhlen B 2002: *Prosjektorganisering. Teorigrunnlag og implikasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Preble JF: Toward a Comprehensive Model of Stakeholder Management. *Business and Society Review* 2005, 110:4. 407-431.
- Ruud T, Reas D 2003: *Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: status og variasjon 2002*. SINTEF Helse, Trondheim.
- Solstad A: Omsorgsrasjonalitet og ambivalens - nyttige begreper i forståelsen av sosialt arbeid i små samfunn. *Paper til IFSW World Conference* Oct. 2004. Adelaide, Australia.
- Sosial- og helsedirektoratet 2005: Veileder 15-1332 *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo.
- Steihaug S, Harsvik T, Almklov, A 2006: Evaluering av Bærum kommunes arbeid med Opptrappingsplanen 1998-2006. SINTEF Helse rapport A664.

Steihaug S 2007: *De ressurskrevende brukerne inn psykisk helsearbeid - samhandling og organisering*. Rapport under arbeid. SINTEF Helse

Valsø C E 2006: *Cross-cultural Competence in International Projects. A case study of SINTEFs projects in Macedonia*. Master Thesis in Sociology NTNU Trondheim.

Walsh 1998: Structure/agency in: Jenks (ed.) *Core sociological dichotomies* London/Thousand Oaks. New Dehli, Sage publications.

Wærness K 1996: Omsorgsrasjonalitet. I: Eliasson R (ed.): *Omsorgens skiftningar*. Studentlitteratur Stockholm, Sverige.

Vedlegg I: Intervjuguide

Intervjuguiden er utarbeidet for intervjuer med enkeltpersoner. Intervjuet dreier seg om å beskrive det psykiske helsearbeidet i kommunen sett fra den enkeltes ståsted, erfaringer og oppfatninger. Denne guiden omfatter mange tema og spørsmål. Alt er ikke like aktuelt for alle informantene. De spørsmålene som ikke er aktuelle for deg hopper vi over i intervjuet.

Når du lese gjennom guiden ber vi det tenke over at du skal svare ut fra din stilling, dine oppgaver og erfaringer med det psykiske helsearbeidet i kommunen.

1. Historikk

- a. Hvor lenge har du vært med i det psykiske helsearbeidet kommunen?
- b. Hvilke andre har vært med lenge?
- c. Når startet organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunen?
- d. Har du hatt forskjellige posisjoner eller stillinger i dette arbeidet? I tilfelle hvilke?

2. Hvordan er psykisk helsearbeid synliggjort i kommunen?

- a. I inndelinger av de ulike felt/strukturer i 1. og 2. linje, egne stillinger, hierarkisk eller mer flat struktur.
- b. Det som er fysisk synlig, som for eksempel: Bygninger, skilt, plakater, oppslag.
- c. I holdningskampanjer, seminarer, som for eksempel "schizofrenidagene", foredrag og lignende i helse- og sosialsektoren og for allment publikum.
- d. Mer faktisk forebyggende arbeid, og av hvilken type, som for eksempel: Screeninger eller nye tiltak for barn og unge for eksempel?

3. Målgruppe

- a. Hvem er de viktigste målgruppene for kommunens psykisk helsearbeid?
 - i. Aldersgrupper.
 - ii. Typer problemer eller behov, eksempel: Rus, barnevern, de som har "tunge" diagnoser, arbeidsledige, selvmordtruete, andre akutte kriser?

4. Hva gjør du?

- a. Beskriv dine oppgaver innen psykisk helsearbeid i kommunen.
- b. Hvem samarbeider du med?
- c. Beskriv hvilke aktører som er involvert i det psykiske helsearbeidet i kommunen og deres rolle og funksjon sett fra ditt ståsted. (få også med tiltak som barnevern og rus, NAV, sosialkontor, Kriminalomsorg)
- d. Hvem samarbeider med hvem ut fra ditt ståsted?
- e. **Hvordan vil du vurdere dette samarbeidet?**
 - i. Kvalitet
 - ii. Nærhet,
 - iii. Nødvendighet
 - iv. Effektivitet.

5. Hvordan og i hvilke sammenhenger blir individuell plan brukt?

- a. Hva er inklusjonskriteriene?
- b. Er individuell plan nyttig slik du ser det?
- c. For hvem er den nyttig?

6. Samarbeid og kontakt med spesialisthelsetjenesten.

- a. Beskriv samarbeidet med andrelinjetjenesten fra ditt ståsted.
 - i. Dps

- ii. Bup
 - iii. Andre relevante tjenester, f. eks innen somatikk/ rehabilitering.
 - iv. Fastleger
- b. Hvem samarbeider du med?
 - c. Hvordan er dette samarbeidet organisert?
 - d. Hvordan følger andrelinjen opp henvendelser og saker slik du ser det?
 - e. Hvordan vil du karakterisere samarbeidet?
 - f. Hva er vanskelig og hvorfor er det slik?
 - g. Hva går greit og hvorfor er det slik?
 - h. Hva mener du må til for å forbedre samarbeidet?
- 7. Hvordan ser du på betydningen av organisasjonsstrukturen for utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunen?**
- a. Ideer til forbedring av organisasjonsstrukturen?
- 8. Hvordan ser du på betydningen av personlige faktorer?**
- a. Har du eksempler på hva slags personlige faktorer som er viktige – både for enkeltpersoner og i arbeidsmiljøer?
- 9. Forebyggende arbeid.**
- a. Hva er forebyggende arbeid når det gjelder psykisk helse i kommunen?
 - b. Hvem har ansvar for dette eller er aktive i dette feltet?
 - c. Hva gjør kommunen i dette feltet?
 - i. (stikkord: angst, depresjoner, mobbing, selvmordsforebygging, folkehelse for ulike aldre, nærmiljø, tiltak for ungdom, krisesentra, barnevernsvakt, famileveiledning, kriminalforebygging ... annet?)
- 10. Ildsjeler - finnes det ildsjeler når det gjelder psykisk helsearbeid i kommunen?**
- a. Hvem?
 - b. Regner du deg selv som en ildsjel?
- 11. Kommunens økonomi i forhold til behov.**
- a. Øremerkede midler - hvor mye og hva brukes de til?
 - b. Kommunens økonomi for øvrig - hvor mye går til psykisk helsearbeid?
 - c. Hvordan er tilgangen på fagfolk?
 - d. Hvordan er stabiliteten i personalet?

Vedlegg II: Oversikt over informanter

Oversikten er anonymisert og viser aktører som informantene har representert

(I)

1. Faglig rådgiver psykisk helsearbeid
2. Leder arbeidssenter
3. Leder psykososialt team
4. Leder for enhet psykisk helse
5. Leder aktivitetstiltak
6. Leder rustjenesten
7. Representant for Mental Helse lokallag
8. Bruker
9. Representant for Landsforeningen for pårørende i psykiatrien

(II)

10. Kommunepsykolog
11. Styrer i omsorgsboliger med oppfølging
12. Ledende helsesøster
13. Leder psykiatrisk kommunalt team
14. Kommuneplanlegger
15. Representant for PPT
16. Helsesjef
17. Sosialsjef
18. Rådmann
19. Helsesøster for ungdom
20. Helsesøster for barn
21. Miljøterapeut for barn og ungdom
22. Soneleder åpen omsorg
23. Representant for Landsforeningen for pårørende i psykiatrien
24. Representant for Mental Helse lokallag
25. Bruker

(III)

26. Avdelingsleder for avdeling psykiatri
27. Leder PPT
28. Leder sosialavdelingen
29. Leder flyktningavdelingen
30. Kommunelege
31. Fastlege
32. Helse- og velferdssjef
33. Nestleder barnevernet
34. Avdelingsleder pleie- og omsorgstjenesten
35. Leder for frivillighetssentralen
36. Soneleder for pleie- og omsorgstjenesten
37. Representant for psykiatrisk sykepleietjeneste i kommunen

(IV)

38. Koordinator for psykisk helsearbeid
39. Leder arbeidsmarkedsbedrift
40. Leder aktivitetssenter
41. Leder sosialtjenesten

- 42. Leder rustjenesten
- 43. Leder pleie- og omsorgstjenesten
- 44. Leder aktivitetssenter
- 45. Leder barnevern
- 46. Representant for pleie- og omsorgstjenesten
- 47. Leder for psykologtjenesten for barn og unge
- 48. Leder for mottak og utredning pleie- og omsorgstjenesten

(V)

- 49. Leder forebyggende helsetjenester
- 50. Administrerende helsesøster
- 51. Leder aktivitetshus
- 52. Faglig leder psykisk helsearbeid
- 53. Leder Familie og forebyggingavdelingen

(VI)

- 54. Helsesjef
- 55. Soneleder pleie- og omsorgstjenesten
- 56. Helsesøster
- 57. Psykiatrisk sykepleier
- 58. Miljøarbeider i bolig med oppfølgingstjeneste
- 59. Bruker