

Arbeidsnotat

Working Paper

2014:2

Hans Petter Iversen
Thore Folland

Psykisk helsearbeid i
Romsdalskommunene :
organisering og ledelse

Kommunenettverket



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk



MØREFORSKING
MOLDE

Hans Petter Iversen
Thore Folland

Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene :
organisering og ledelse

Kommunenettverket

Arbeidsnotat / Working Paper 2014:2

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2014

ISSN 1894-4078 (trykt)
ISBN 978-82-7962-183-6 (trykt)

ISBN 978-82-7962-184-3 (elektronisk)

Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene. Organisering og ledelse

Kommunenettverket

HØGSKOLEN I MOLDE

April 14, 2014

Skrevet av: Hans Petter Iversen og Thore Folland

Organisering og ledelse av psykisk helsearbeid i kommunene i Romsdalsområdet

Forord

Denne undersøkelsen er blitt til gjennom et samarbeid i Kommunenetverket i Psykisk Helsearbeid i Romsdalskommunene. Kommunenetverket er et samarbeid mellom koordinatorene og psykisk helsearbeidere for alle kommunene som ligger i nedslagsfeltet for DPS Molde. Dette gjelder kommunene Vestnes, Midsund, Aukra, Fræna, Molde, Eide, Gjemnes, Nettet, Rauma og Sunndal (Sunndal har i liten grad vært med), som alle er representert i nettverket. I tillegg deltar representanter fra Høgskolen i Molde, spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) og rådgiver for psykisk helse hos Fylkesmannen i nettverket.

Initiativet til å etablere kommunenetverket kom fra Thore Folland i 2008. I utgangspunktet var det tenkt som et uformelt nettverk mellom psykisk helse-koordinatorene i noen kommuner, men det har vokst fram til å bli noe mer. Høgskolen i Molde ble med fra starten med tanke på kompetanseutvikling og forskning. Fylkesmannens deltakelse har vært vesentlig både i forhold til kunnskapsformidling og faglig utvikling. Etter en litt vanskelig start kom også Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) med. Slik er dette vokst til et slags "firkantsamarbeid" innen dette fagfeltet der både kommunene, spesialisthelsetjenesten, Høgskolen og Fylkesmannen er med. Foreløpig har brukerne ikke vært fast med i nettverket, men vil ventelig snart være på plass.

Nettverket har som mål at deltakerne skal støtte hverandre og dele erfaringer om måter å drive psykisk helsearbeid på, slik at mennesker med psykiske vansker får et mest mulig verdig liv og tilbud om mest mulig like tjenester uansett bosted. Vi fokuserer også på å finne mulige samarbeidsområder, utvikle samarbeidsformer, samt gjøre felles utviklingsarbeid. Det å finne gode arbeidsmåter i kommunene har hatt et hovedfokus. I tillegg har nettverket også vært opptatt av å finne gode samarbeidsordninger i forhold til spesialisthelsetjenesten, som er den kanskje viktigste samarbeidspartneren for kommunene.

Vi har faste nettverksmøter om lag en gang i måneden. Møtene foregår på Høgskolen i Molde. I tillegg arrangerer nettverket seminarer og konferanser med temaer relatert til psykisk helsearbeid. Deltagerne i nettverket har gitt uttrykk for at det oppleves nyttig å være med og dele erfaringer med andre. Videre fremhever deltagerne at man gjennom nettverket kan holde seg oppdatert på saker som er aktuelle i psykisk helse-feltet, reformarbeid, aktuelt lovverk etc. Muligheten til å ha et «rom» hvor man kan ha faglige diskusjoner og hjelp til å knytte praksis til teori har vært opplevd som positiv.

Det har også vært et mål å gjennomføre og dele forskningsprosjekter. Denne rapporten er uttrykk for forskningssamarbeid gjennom nettverket. Rapporten er skrevet av oss. Vi ønsker å rette en takk til de som har deltatt i undersøkelsen. Og videre til Lars Rønhovde, Ole David Brask, Atle Ødegård og Turid Møller Olsø for kommentarer til rapporten.

Molde, april 2014
Hans Petter Iversen og Thore Folland

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	2
Kort sammendrag	3
Innledning – hensikt med undersøkelsen	4
Hvordan har vi nærmet oss oppgaven?	4
Teoretisk tilnærming	5
Framgangsmåte	6
Framdrift.....	6
Formidling.....	7
Etikk	7
Den enkelte kommune.....	7
Sentrale sider ved organisering og ledelse	23
1. Om psykisk helsearbeid som begrep.....	24
2. Organisatorisk variasjon og forskjellighet mellom kommunene	25
3. Utydelighet og usynlighet i organiseringen – nærhet og avstand	26
4. Fragmentering eller helhet og sammenheng?	27
5. Formell og uformell organisering	29
6. Økonomi og ressursbruk i kommunene	30
7. Interkommunalt samarbeid	30
8. Ledelse av psykisk helsearbeid.....	31
9. Kommunestørrelse - små og store kommuner – "smådriftsfordeler"?.....	33
10. Betydningen av Samhandlingsreformen	34
Samlet oppsummering.....	34
Litteraturliste	37

Kort sammendrag

Dette er den første forskningsrapporten fra Kommunenetverket i psykisk helsearbeid i Romsdalsområdet. Hensikten med undersøkelsen har vært å skaffe fram en bedre oversikt over hvordan psykisk helsearbeid er organisert og ledet i kommunene som ligger til kommunenetverkets nedslagsfelt. Undersøkelsen har blitt til i nært samarbeid med nettverksdeltakerne.

Det er en kvalitativ undersøkelse, i hovedsak basert på intervju med koordinatorene/psykisk helsearbeidere i kommunene og med rådmennene i de samme kommunene. Det er gjennomført 18 individuelle intervju samt flere gruppeintervju i forbindelse med nettverksmøtene. Rapporten er delt i to hovedområder. For det første en beskrivelse av organisering og ledelse av psykisk helsearbeid i den enkelte kommune. I denne delen er det også reist noen spørsmål.

Deretter har vi laget en sammenstilling av ti sentrale sider av psykisk helsearbeid slik de kommer fram etter analyse av intervjuene. Dette gjelder følgende sider av psykisk helsearbeid: 1) Psykisk helsearbeid som begrep, 2) Variasjon og forskjellighet, 3) Utydelighet og usynlighet, 4) Fragmentering eller helhet, 5) Uformelle forhold, 6) Økonomi og ressursbruk, 7) Interkommunalt samarbeid, 8) Ledelse, 9) Kommunestørrelse og 10) Samhandlingsreformens betydning.

Det ser ut til å være slik at kommunenes organisering og ledelse av psykisk helsearbeid er i kontinuerlig endring. Dette for så vidt i samsvar med endringer ellers i kommunal organisering og ledelse. Disse endringene reflekterer i liten grad bestemte råd eller mønstre fra statlige faginstanser, men heller lokale politiske, faglige og organisatoriske prosesser slik de vokser fram i de enkelte kommunene – under innflytelse fra nasjonale og internasjonale trender og translasjoner. Dagens situasjon på de områdene vi har tatt opp kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Psykisk helsearbeid framstår som et tvetydig begrep
2. Det er stor variasjon mellom kommunene i organiseringen
3. Psykisk helsearbeid er utydelig og lite synlig i kommuneorganisasjonen
4. Psykisk helsearbeid er preget av fragmentering
5. Det er konkurrerende fagkulturer i feltet
6. Interkommunalt samarbeid vekker interesse
7. Smådriftsfordeler framheves
8. Ledelse av feltet knytter det fremdeles til helse
9. Ressursene er under press

Innledning – hensikt med undersøkelsen

Det er kommunenettverket for psykisk helsearbeid i Romsdalsområdet som har satt i verk den undersøkelsen denne rapporten handler om og rapporterer fra. Hensikten med undersøkelsen har vært å skaffe fram en bedre oversikt over hvordan psykisk helsearbeid er organisert og ledet i kommunene som ligger til kommunenettverkets nedslagsfelt (11 kommuner). Dette for å skaffe en bedre kunnskapsbakgrunn for kommunene, nettverket, samarbeidspartnere og andre interesserte.

Tanken var at man kan trekke ut vesentlige forhold knyttet til mønstre eller enkeltksempler fra kommunene våre, positivt og/eller negativt, for så å trekke på disse erfaringene. Dette både i forhold til videre forskning, men også på et mer praktisk plan med tanke på utvikling og endring. Vi har hele veien forutsatt at organisering og ledelse har betydning også for det faglige arbeidet, og tar opp spørsmål omkring dette. Undersøkelsen kan forhåpentligvis også brukes som utgangspunkt for utvikling og annen forskning på området. Ni av de elleve kommunene som ligger til nettverkets nedslagsfelt har vært med på undersøkelsen. Hovedspørsmålet for undersøkelsen har vært:

Hvordan er det psykiske helsearbeidet for voksne organisert og ledet i kommunene i nettverkets nedslagsfelt?

Kunnskapsmessig knytter vi denne forskningen til to tradisjoner eller områder av kunnskap. For det første den forskningen som er gjort direkte om organisering og ledelse av psykisk helsearbeid i kommunene, særlig gjennom evalueringer av Opptappingsplanen (Tjerbo, Zeiner og Helgesen 2012, Myrvold og Helgesen 2009, Forskningsrådet 2009, Ramsdal 2004, Ose og Slettebakk 2013). Her inngår bl.a. kartlegging og vurderinger av hvordan kommunene har organisert og ledet sitt psykiske helsearbeid i perioden 2002 – 2008 – og etterpå.

Derneft forholder vi oss til den øvrige forskningslitteraturen om organisering, ledelse og iverksetting av offentlige reformer de senere årene. Mange har innen forskningen kalt dette for NPM (New Public Management)-reformer, eller NPM-inspirerte reformer (Ramsdal og Skorstad 2004, Christensen et al. 2010). I alle tilfelle handler det her om hvordan kommunene organiserer eller reorganiserer (og leder) sine tiltak og tjenester på psykisk helse-området, om lag fem år etter at Opptappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet (Iversen 2013, Ramsdal 2013). Vi har forutsatt at psykisk helsearbeid på ulike måter er et eget fagfelt med sin egen mer eller mindre spesifikke kompetanse og faglighet. Dette også i tråd med overordnede forutsetninger (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Hvordan har vi nærmet oss oppgaven?

Oppgaven har vært å gjennomføre en undersøkelse/kartlegging av organisering og ledelse av psykisk helsearbeid i de aktuelle kommunene. Det har vært et eget poeng for oss å knytte an til NIBR sine rapporter om organisering av psykisk helsearbeid i kommunene, men også tydeliggjøre særegne forhold i vårt område, som for eksempel følger av den spesifikke og store variasjonen i kommunestørrelse, kommuneøkonomi eller andre forhold.

De viktigste spørsmålene vi har stilt i tilknytning til hovedspørsmålet har vært:

- Hvordan er psykisk helsearbeid innpasset/beskrevet i organisasjonskartet i kommunen?
- Er psykisk helsearbeid organisert som egen organisatorisk enhet i kommunen (bl.a. egen leder, eget budsjett)?
- Eller er psykisk helsearbeid organisert som del av en eller flere andre tjenester (for eksempel pleie- og omsorgstjenesten eller rustjenesten)?
- Hvordan er psykisk helsearbeid organisert i forhold til pleie og omsorgstjenesten?
- Hvordan er psykisk helsearbeid organisert i forhold til andre tjenestoområder (rus, barn/unge, NAV...)?
- Hvordan ivaretas faglig ledelse og koordinering av psykisk helsearbeid i kommunen?
- Hvordan er den reelle organiseringen i forhold til den formelle?
- Hvordan er det politiske ansvaret for psykisk helsearbeid organisert i kommunen?
- Nevn områder der det er etablert interkommunalt samarbeid i det psykiske helsearbeidet? Hvordan er dette arbeidet organisert?
- Er det spesielle organisatoriske eller ledelsesmessige forhold du vil peke på som påvirker det psykiske helsearbeidet i kommunen (samordning, fragmentering/oppsplitting, manglende sammenheng eller lignende)?
- Er tjenestene tilstrekkelig fleksible til at brukernes skiftende og uforutsigbare behov kan ivaretas på en god måte?

Dette er til dels omfattende spørsmål. Noen av dem er også til en viss grad overlappende. Vi var i utgangspunktet klar over at det var store variasjoner mellom kommunene. Dette ut i fra at vi gjennom flere år hadde vært sentrale deltakere i og ledere av arbeidet i kommunenettverket. Vi ser denne oppsamlede kjennskapen og kunnskapen primært som en styrke i arbeidet med undersøkelsen, selv om disse erfaringene også gir begrensninger i form av forforståelse. Mange av temaene har vært tatt opp gjentatte ganger i nettverksmøtene, noe som har sikret at ulike synspunkter og flere sider av "saken" har kommet fram.

Teoretisk tilnærming

Vi legger ikke noen bestemt teoretisk tradisjon til grunn for denne undersøkelsen og rapporten. Og de teoretiske perspektivene som likevel skisseres nedenfor blir ikke fulgt opp på en eksplisitt måte. Det betyr ikke at undersøkelsen på noen måte er teoriløs, noe vi anser som umulig. Men det betyr at vi trekker veksler på ulike tradisjoner (Christensen et al. 2009). For det første legger vi vekt på at formell organisering og strukturer har vesentlig betydning for tjenester og kvalitet. Det medfører at vi til dels har nærmet oss dette ut i fra en *strukturell, instrumentell* forståelse, der formelle organisasjoner betraktes som redskaper eller verktøy som står til disposisjon (for lederne). De er ledelses- og styringsredskaper.

Derneft legger vi også vekt på en *institusjonell* forståelse. Det betyr at organisasjonene også har egne regler, verdier eller logikker som har stor betydning for tenkemåter og atferd (utviklet internt og/eller tilført fra omgivelsene). Da kan de ikke alltid på en enkel og uproblematisk måte tilpasses skiftende styringssignaler fra ledere. I tillegg til dette har vi forsøkt å trekke inn noen mer relasjonelle perspektiver (Johannessen 2010). Dette for å få fram mulige betydninger av relasjonelle forhold som f.eks. oppsplitting, kontakt, nærhet eller avstand, herunder også mer

uformelle forhold eller sider ved organisering og ledelse (antakelser, tenkemåter, verdier, normer).

Framgangsmåte

Dette er en kvalitativ undersøkelse. For å få fram nyanser, vurderinger etc., var det tjenlig med en kombinasjon av skriftlige framstillinger og samtaler/intervju med informanter i de aktuelle kommunene. Vi har altså brukt både formelle intervjuer og mer uformelle samtaler. I tillegg har vi mer og mindre oppholdt oss i feltet over tid. Vi laget først noen spørsmål (se over) som tar opp de viktigste sidene ved organisering og ledelse vi var ute etter. Disse var det først og fremst deltakerne i kommunenettverket (se forord) som svarte på i en skriftlig form. Svarene ble så brukt som utgangspunkt for videre intervju og samtale, individuelt og i gruppe.

Framgangsmåten kan konkretiseres slik:

- Innledende spørsmål/guide ble laget ut fra det kjennskapet vi har til kommunene - i tillegg til kjente kategoriseringer fra NIBR/Forskningsrådet.
- Deretter ble fagperson/koordinator fra kommunen med tilknytning til nettverket bedt om å komme med en skriftlig framstilling/beskrivelse av hvordan psykisk helsearbeid er organisert og ledet i sin kommune.
- Deretter gjennomførte vi først gruppeintervjuer i forlengelsen av nettverksmøtene – med gjennomgang av spørsmål og svar knyttet til beskrivelsen av den enkelte kommune.
- Denne informasjonen ble brukt til å konkretisere, nyansere og utfylle kategoriene ytterligere og lage et utkast til skriftlig oversikt over den enkelte kommune.
- Denne oversikten ble brukt som utgangspunkt for nødvendige supplerende intervjuer med rådmann i kommunen, gjennomført telefonisk.
- Avsluttende gruppeintervju ble gjennomført i forbindelse med møte i kommunenettverket.
- Prosjektlederne har skrevet ut rapporten.

Vedrørende validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet): Undersøkelsen har pågått gjennom ca. to år, men der mesteparten av arbeidet har foregått i to perioder: Først våren 2012, og deretter høsten 2013. Dette har betydd at vi har hatt muligheten til å inkludere et mer prosessuelt perspektiv, altså at vi har sett (gradvise) endringer underveis samtidig som deltakerne har kunnet komme tilbake til spørsmålene flere ganger gjennom undersøkelsen. Dette har bedret både gyldigheten og påliteligheten.

Hans Petter Iversen og Thore Folland har vært prosjektledere og gjennomført undersøkelsen – i nært samspill med nettverket for øvrig. Dette har vært gjort i og i noen grad utenfor ordinær arbeidstid – etter en konkret vurdering.

Framdrift

Prosjektet har vart vel ett år lenger tid enn opprinnelig planlagt, og har hatt slik framdrift:
24. juni 2011: Prosjektskissen diskuteres i nettverksmøte

25. august, 18. november og 16. desember: Prosjektbeskrivelse diskuteres og konkretiseres videre i nettverksmøte

Desember 2011: Melding til personvernombudet. Svar ble mottatt i februar 2012.

Januar 2012 – oktober 2013: Gjennomføring av datainnsamling.

Oktober 2013 – april 2014: Rapporten ferdigstilles

Formidling

1. Opplegget og gjennomføringen har vært drøftet kontinuerlig i nettverksmøtene.
2. En foreløpig orientering ble lagt fram på Høgskolen i Molde i forbindelse med forskningsdagene i september 2011.
3. Det ble orientert om undersøkelsen på kommunenettverkets seminar om Samhandlingsreformen på Høgskolen i Molde 4.5.2012.
4. Prosjektbeskrivelsen ble også tatt opp i forskningsgruppa for psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Molde.
5. Foreløpige resultater ble presentert på seminar om Samhandlingsreformen og psykisk helse på Høgskolen i Molde 28.11.13
6. Det lages en rapport fra undersøkelsen.
7. Resultater planlegges å bli presentert på NAPHA sine sider og det vurderes også andre måter å formidle resultatene på.
8. Vi forutsetter en tilbakemelding til kommunene basert på rapporten
9. Vi tenker også at det kan være aktuelt med et eget seminar om ledelse/organisering av fagfeltet, til dels basert på rapporten. Dette seminaret kan for eksempel finne sted på høsten 2014.
10. Det kan være aktuelt å skrive en eller flere artikler ut fra materialet.

Etikk

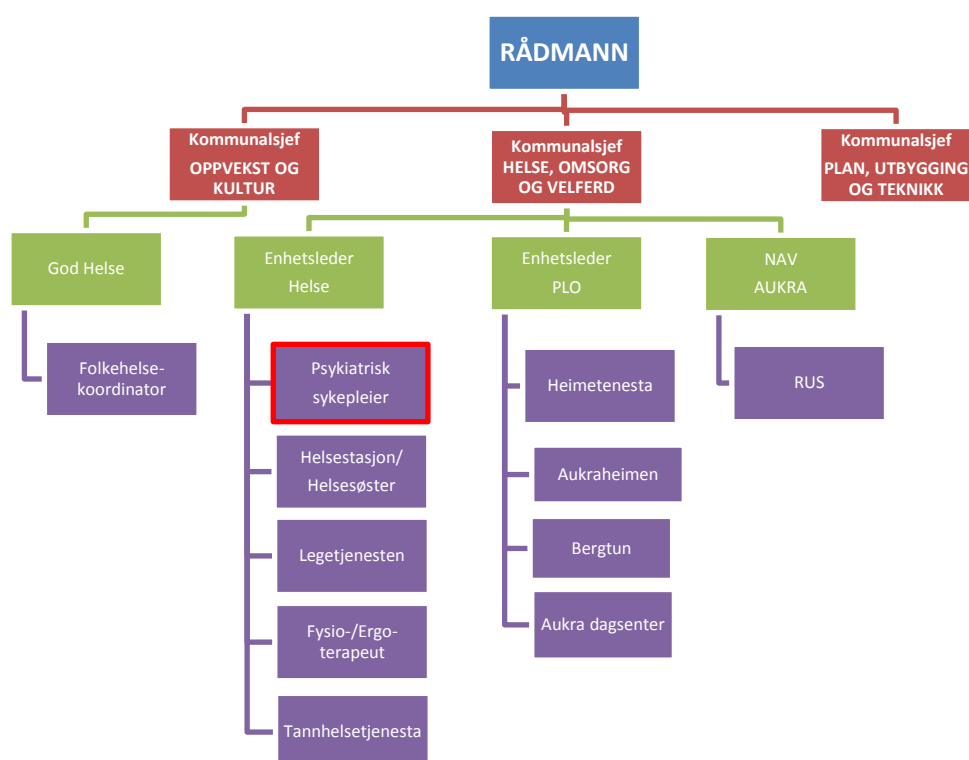
Prosjektet har vært meldt til Personvernombudet på standard skjema. Vi betrakter framgangsmåten som å være i samsvar med etiske prinsipper for forskning. Det problematiske har først og fremst gått på to forhold: For det første er det sentrale aktører i de aktuelle kommunene som intervjues og som data samles eller skapes fra. Det er et fåtall kommuner i utvalget og kommune og de aktuelle informantene kan noen ganger være enkle å identifisere. I den grad kritiske forhold kommer fram, kan dette være problematisk. Dette har imidlertid vært tatt opp med deltakerne i forkant og underveis, og de har gitt sitt samtykke. I gjengivelser av sitater og uttalelser har vi så langt som mulig anonymisert informantene og kommunene.

Den enkelte kommune

Her følger en oversikt over organisering av psykisk helsearbeid i den enkelte kommune. Denne oversikten er mest basert på intervjuene, men vi har også i noen grad brukt kommunens egen framstilling av kommunens organisering på nettet som utgangspunkt.

Aukra kommune

Kommunen organiserer den psykiske helsetjenesten som integrert tjeneste. Kommunen har en forholdsvis liten administrativ organisasjon med flat struktur der enhetslederne rapporterer til rådmannsnivået som består av rådmann og 3 kommunalsjefer. Tjenester for voksne personer med psykisk helsesvikt er plassert i enheten Helse. Enhetsleder for Helse rapporterer til Kommunalsjef for områdene Helse, Omsorg og Velferd. Sammen med Helse er også enhetene for Pleie- og Omsorg og NAV organisert under denne kommunalsjefen. Tjenester for barn og unge er organisert under oppvekst og kultur. Tjenester i forhold til rusvansker blir håndtert i området for Helse, Omsorg og Velferd - under NAV. Folkehelsekoordinatoren og helsesøster i Helse samarbeider om forebyggende psykisk helsearbeid. Informantene vurderer at faglig og organisatorisk sett kan tjenesten se ut til å være noe fragmentert, men den interne kommunikasjonen i kommunen er god fordi det er en liten kommune med få personer. Dette gir oversiktlige forhold.



Kommunen har opprettet 100 % stilling for psykiatrisk sykepleier. På kommunens hjemmesider beskrives ergoterapeuten til at 50 % av stillingen er dedikert psykisk helsearbeid i samarbeid med psykiatrisk sykepleier. Ergoterapeutstillingen blir ikke kommentert av noen av informantene. Stillingen for psykiatrisk sykepleier har stått ubesatt i relativt lang tid, etter kommunens informasjon pga. rekrutteringsvansker. Henvendelser om behov for hjelp for psykisk helsesvikt eller rusvansker går derfor direkte til Helsejefen som også er kommunelege. Legetjenesten, heimetenesten og dagtilbudet for demente fordeler oppfølgingen av personer som har behov for spesialisert psykisk helsehjelp.

Det psykiske helsearbeidet er en del av flere tjenester og psykiatrisk sykepleier skal samarbeide med hjemmesykepleien. Det er vanskelig å gi en fullstendig oversikt over samarbeidet med andre deler av tjenesteapparatet. Informantene mener at det er en uoverkommelig oppgave for en enslig psykiatrisk sykepleier å favne over det store feltet som både rus og psykisk helse representerer. Det kan vel fortone seg enda vanskeligere når stillingen som har ansvaret for området ikke er i funksjon? Det er Helsesjefen som leder arbeidet, mens psykiatrisk sykepleier skal koordinere psykisk helsearbeid. For å styrke fagligheten er det ønskelig med et tverrprofesjonelt team. Utfordringen med å ivareta et helhetlig psykisk helsearbeid uten å ha bestemte stillinger til formålet er ikke kommentert. Det er naturlig å stille spørsmål om denne måten å yte tjenester på ivaretar psykisk helsearbeid på en god måte?

En av informantene opplyser om at psykiatrisk sykepleier har samarbeidet med NAV i forhold til rus-området spesielt. Det har også vært faste samarbeidsmøter med helsesøster og barnevern i forhold til barn/unge. Barnevernstjenesten er nå interkommunal. Det opplyses videre om at psykiatrisk sykepleier har hatt faste møter hos sin leder, men det har vært et savn å kunne ha flere å diskutere faglige spørsmål med. Det kommer ikke fram noen formaliserte samarbeidsfora med f.eks. hjemmesykepleien. Det er heller ikke formalisert at det er hjemmesykepleien som tar over ansvaret ved ikke planlagt fravær eller sykdom. Hvordan dette blir ivaretatt i fravær av stilling blir ikke kommentert.

Kommunen skal ha en gjennomgang av organiseringen av hele helseområdet. I den sammenheng skal det etableres nye planer for pleie- og omsorgstjenesten, tilbudet for personer med demensutvikling og tjenester for personer med psykisk helsesvikt. Egen psykiatriplan skal rulleres og oppdateres da det har gått flere år siden sist. Det er under planlegging en egen koordinerende enhet for helsetjenester i kommunen, men uavklart hvilke helsetjenester som blir inkludert i enheten. Det er ikke kommentert hvem som skal representere fagfeltet psykisk helse i denne prosessen.

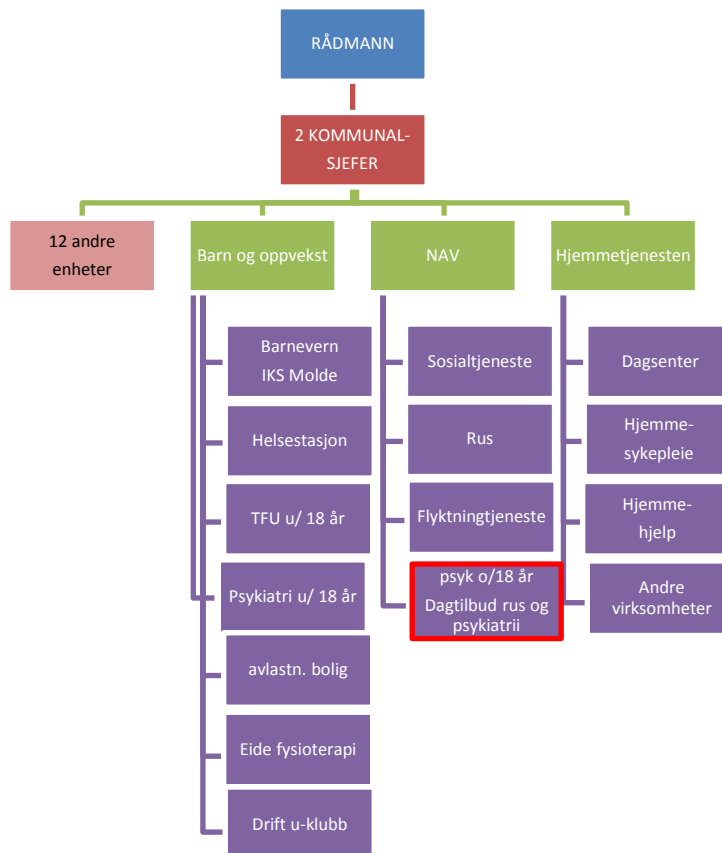
Det politiske ansvaret for psykisk helsearbeid ligger til Livsløpsutvalget, som er et politisk organ som innstiller direkte til Kommunestyret. I saker som har økonomiske konsekvenser går saken til Formannskapet først. Eksempelvis vil rullering av psykiatriplan gå gjennom Livsløpsutvalget.

Det kan være grunn til å stille spørsmålstegn ved hvor høyt kommunen prioriterer det psykiske helsearbeidet. Dette særlig fordi stillingen som primært skal ivareta tjenesten har stått ledig så vidt lenge.

Eide kommune

Kommunen har flat struktur, hvor lederne for de ulike resultatene rapporterer til rådmann. Psykisk helsearbeid er i stor grad en interkommunal tjeneste, i samarbeid med Fræna kommune. Den er organisert som en virksomhet under NAV-kontoret, med Eide kommune som vertskommune. NAV-kontoret i Eide har felles ledelse som rapporterer til begge rådmennene og til lederen for NAV i Møre og Romsdal. Det er enhetsleder for NAV som har budsjett-, personal- og fagansvar. Psykisk helsetjeneste for personer over 18 år i Fræna og Eide har egen fagleder med fagansvar og 6 fagansatte. Psykiske helsetjenester for barn og unge ligger i enheten Kultur og familie.

Informantene uttrykker tilfredshet med det interkommunale samarbeidet, organiseringen i NAV og at kommunen får være vertskommune. Fra januar 2014 er det etablert et felles dagtilbud innenfor psykisk helsearbeid og rus i samarbeid med Fræna kommune, der Eide kommune også er vertskommune. Ansvaret for dagtilbudet er for tiden lagt til psykisk helsetjeneste. NAV-samarbeidet skal evalueres i løpet av våren 2014, noe som kan medføre endring i organiseringen.



Psykisk helsearbeid ligger i samme tjenesteområde som sosialtjenesten, rustilbudet, booppfølging og boliger til sosialt vanskeligstilte, flyktningetjeneste m.m. Det er etablert et felles ledermøte innen i Helse- og omsorgsområdet. Informantene ser det som en fordel at psykisk helsearbeid er organisert i NAV. De mener det nå er mulig å tilrettelegge for et mer helhetlig tjenestetilbud og med bedre oppfølging av brukerne. Det interkommunale samarbeidet fører til et større fagmiljø som også blir mindre sårbart. Informantene sier at dette gir større muligheter for å spesialisere seg i fagfeltet, samtidig som tjenesten blir mindre sårbart ved sykdom og ferieavvikling.

Felles organisering under NAV for flere tjenesteområder forenkler løsningen av mange oppgaver. En av informantene bemerker at det samarbeides tett med PLO-tjenestene ved behov for oppfølging på kveld, helg og helligdager. En annen informant mener at det boligsosiale arbeidet

får mer helhet med denne organiseringen. Det uttrykkes en generell tilfredshet med organiseringen.

Eide kommune har interkommunalt samarbeid på flere områder når det gjelder psykisk helsearbeid:

- Interkommunalt samarbeid med Fræna kommune innenfor psykisk helsearbeid til personer over 18 år.
- ACT-team
- Interkommunalt dagtilbud rus og psykisk helsearbeid

Eide kommune er medlem av Orkide og ROR.

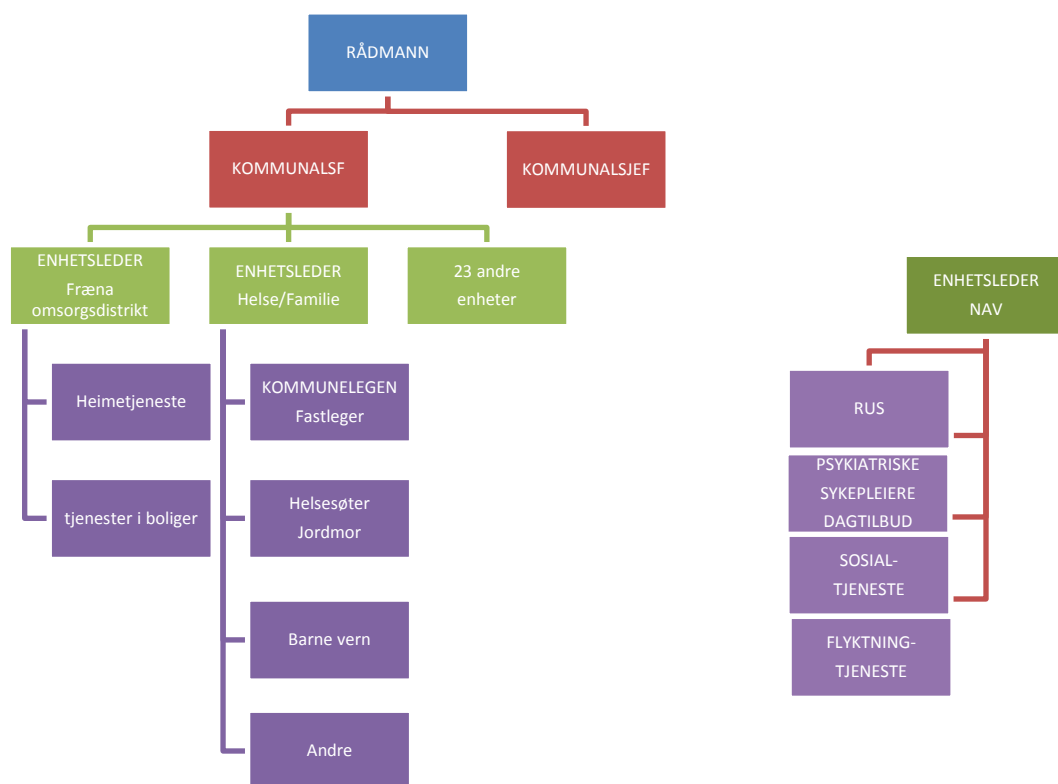
Det politiske ansvaret for psykisk helsearbeid ivaretas gjennom at saker blir fremlagt fra administrasjonen til politisk behandling i en egen komite for helse og omsorg. Den innstiller direkte til Kommunestyret. Saker med økonomiske konsekvenser går gjennom formannskapet. Før kommunestyret samles ordfører, varaordfører, 1 representant fra opposisjonen og 3 komiteledere til et felles møte. Her gjennomgås status på saker. I tillegg fordeles nye saker til komiteene. Det er ordfører som leder dette utvalget.

Fræna kommune

Kommunen har "flat" struktur, hvor lederne for de ulike resultatenehetene rapporterer til rådmannsnivået som består av Rådmann og 2 kommunalsjefer. Psykisk helsearbeid er interkommunalt, organisert i samarbeid med Eide kommune under NAV-kontoret, der Eide kommune er vertskommune. Denne spesielle samarbeidsformen med Eide kommune ligger til rådmannens ansvarsområde.

NAV-kontoret i Eide har felles enhetsledelse som rapporterer til rådmannen i begge kommunene og til lederen for NAV i Møre og Romsdal. Det er enhetsleder for NAV som har budsjett-, personal- og fagansvar. Psykisk helsetjeneste for personer over 18 år i Fræna og Eide kommuner har egen fagleder med fagansvar og til sammen 6 fagansatte. Tjenester som er direkte tilknyttet boliger er organisert i pleie- og omsorgstjenestene. Psykiske helsetjenester for barn og unge og det forebyggende psykiske helsearbeidet er integrerte tjenester. En av informantene mener at det psykiske helsearbeid som en interkommunal tjeneste gjør organiseringen spesiell og utradisjonell.

Psykisk helsearbeid er altså organisert som en interkommunal tjeneste. Tjenester i boliger for personer med alvorlige psykiske vansker og med spesielle behov for botjenester er organisert under hjemmetjenesten. Virksomhetsleder i hjemmetjenesten rapporterer til enhetsleder for Fræna Omsorgsdistrikt. Psykisk helsearbeid må da samarbeide med enhetene Fræna omsorgsdistrikt, Sosialtjenesten og Helse/Familie i Fræna kommune for å etablere samordnede tjenester i kommunen. Det er også etablert et interkommunalt dagtilbud innenfor rus og psykisk helsearbeid for Fræna og Eide, der Eide kommune er vertskommune. NAV-samarbeidet skal evalueres i løpet av våren 2014, noe som kan medføre endring i organiseringen. Kommunen rapporterer tjenesten som en egen enhet, men det er også behov for samarbeid på tvers av enheter, tjenester og virksomheter.



En av informantene uttaler at det interkommunale samarbeidet innen fagfeltet gjør organiseringen noe spesiell, og videre at det er mange linjer i organisasjonen med noe broket organisasjonskart. Informantene er fornøyd med det interkommunale samarbeidet. Samordningen av det psykiske helsearbeidet kunne vært bedre selv om det interkommunale samarbeidet gir mange positive effekter. Det kan virke noe vanskelig å finne fram, men forvaltningskontoret (ansvar for vurdering, saksbehandling og tildeling av tjenester) fungerer godt og gir dermed oversikt over tjenestetilbudet. Informantene sier lite om formalisert samarbeid på tvers av enheter, virksomheter og fag.

Når det gjelder tjenester for barn og unge inneholder disse tjenestene ikke spesialkompetanse innen psykisk helse, men har sine faglige ressurser knyttet til helsestasjonsarbeid og helsesøstertjenester. Det arbeides med å opprettholde ressursene, spesielt overfor ungdom i videregående skoler.

I Fræna har kommunestyret to underliggende utvalg. Det er plan- og økonomiutvalget og driftsutvalget. Det er sakens innhold som bestemmer hvilken komite som får saken til behandling.

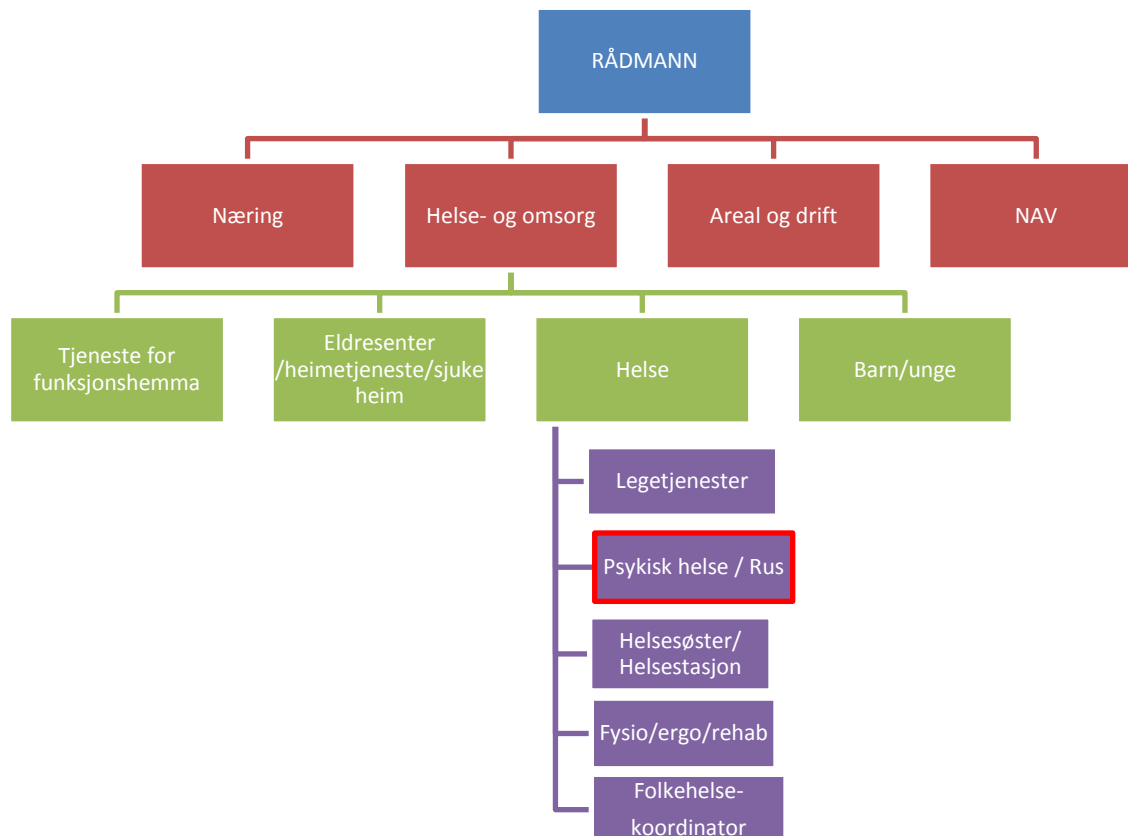
Gjemnes kommune

Kommuneorganisasjonen har en struktur der Helse- og omsorg er en av 4 enheter med direkte linje til rådmannen. Under enheten Helse og omsorg finner vi avdeling Helse, der psykisk helse er organisert som eget tjenesteområde. I tillegg organiserer avdeling Helse tjenesteområdene

legekontor, helsestasjon, folkehelsekoordinator og fysio/ergo/rehab. Fagansvaret ligger til tjenesten selv. Psykisk helsearbeid er ikke organisert som egen organisatorisk enhet i kommunen.

Rus er også lagt til psykisk helse i avdeling Helse. Virksomheten for tjenester til barn/unge består av ulike tjenester og er organisert som egen virksomhet. NAV er egen enhet, organisert direkte under rådmannen, altså organisatorisk utenfor de andre helse- og omsorgstjenestene. Kommunen har "flerfaglig team" (psykisk helse, folkehelsekoordinator, barnevern, helsesøster, PPT). Her har kommunen også en egen plan. Psykisk helsearbeid blir da innkalt på sak for å se behov og tjenester i sammenheng, noe som kan bidra til et mer helhetlig tilbud.

Det er møte mellom seksjonslederne i Helse- og omsorg hver 14. dag for å ivareta en helhetlig tenkning rundt bruk av ressurser, systemer, utfordringer og felles tiltak. Informanten opplever dette forumet som sentralt for å forstå helheten. En velfungerende administrasjon med god formidlingsevne overfor politikerne trekkes fram.



Helse- og omsorgssjefen har budsjettansvaret. Leder for Helse har faglig ledelsesansvar for psykisk helsearbeid. Psykiatrisk sykepleier koordinerer arbeidet innen psykisk helsearbeid. En informant opplever at faglig ledelse av tjenesten er formelt uavklart. Små forhold gir mye kontakt i alle ledd, administrativt, formelt og uformelt. En av informantene opplever stor organisatorisk,

faglig og kulturmessig avstand til NAV, mens det oppleves som en fordel å være organisert sammen med legetjenesten.

Det er etablert interkommunalt samarbeid:

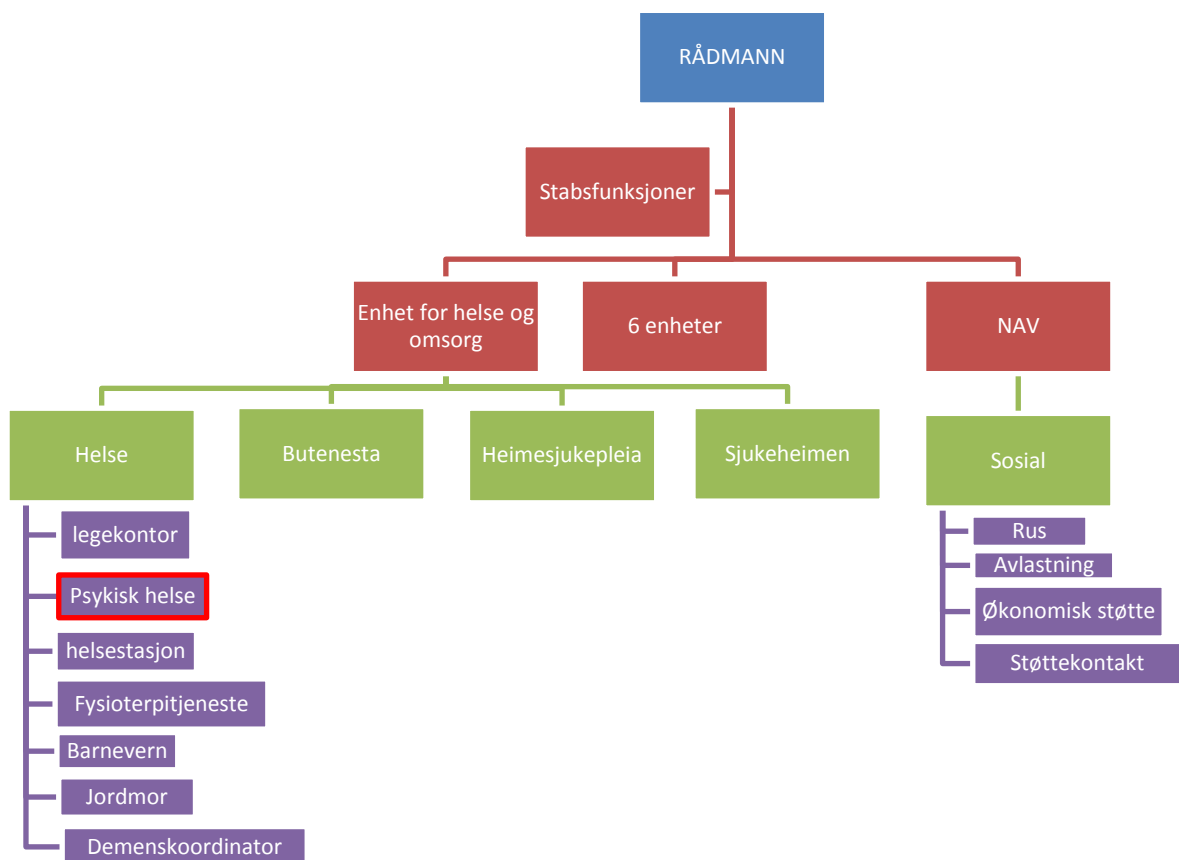
- Kommunenettverket
- ACT-team
- Felles veiledning, kollegaveiledning, sammen med Nettet og Tingvoll.
- Barnevern har interkommunalt samarbeid med Kristiansund og Averøy. Dette er nå vedtatt.

En av informantene trekker fram viktigheten av at dette er en liten kommune, med nærhet mellom tjenester og mellom ulike fagansatte. Alle tjenestene ligger i ett bygg. Det er små avstander, noe som gjør at kontakt, kjennskap og kunnskap er lett tilgjengelig.

Kommunestyret og formannskapet har det politiske ansvaret. Det finnes politiske komiteer organisert ut fra ansvarsområdene som tilsvarer de tidligere avdelingene. Komiteene innstiller overfor formannskapet.

Midsund kommune

Kommunen er organisert etter en såkalt "flat" struktur. Dette innebærer at det er kun to ledernivå, rådmannen og 8 enhetsledere. Tjenesteproduksjonen mot innbyggerne skjer ute i enhetene. Enhet for Helse og omsorg har ansvar for avdeling Helse. Psykisk helsearbeid ligger administrativt under avdeling Helse hvor også botjenesten, hjemmesykepleie og sykehjemmene er organisert. Kommuneoverlegen er avdelingsleder. Avdeling Helse organiserer legekontor, helsesøstertjenesten, jordmor, barnevern, fysioterapeut og psykisk helsetjeneste. De andre avdelingene innen enheten Helse- og Omsorg er heimebaserte tjenester, sykehjemstjenester og botjenester. Det vil si at psykisk helsearbeid ikke er organisert som en egen enhet. En informant ser fordelen med å være liten kommune. Det gir oversiktlige forhold. Man slipper å lete etter kontakt med rett fagfelt/fagperson. Muligheten til å belyse utfordringer på en bredere måte kunne vært bedre med tverrfaglige møter med uformelle drøftinger.



Psykisk helsetjeneste ses som en helsetjeneste under avdeling for Helse, organisert under enheten for helse og omsorg. Psykisk helsearbeid er avhengig av å samarbeide også med fagansatte og ledere fra andre avdelinger og enheter, f.eks. NAV. Psykiatrisk sykepleier er koordinator for det

psykiske helsearbeidet i kommunen. Avdelingsleder for Helse (kommuneoverlegen) har det faglige ansvaret. Det er satt opp eget budsjett for psykisk helse (1 fagperson).

Organisering av tjenester for personer med rusvansker og økonomisk sosialhjelp er lagt til NAV og har nært samarbeid med psykiatrisk sykepleier. En av informantene sier at NAV-kontoret er velfungerende. Leder for NAV sitter i rådmannens ledergruppe. NAV og Helse samarbeider ellers i forhold til individuell plan eller ved behov for tverrfaglig oppfølging. NAV driver ingen oppsøkende virksomhet eller hjemmebesøk, det er det psykiatrisk sykepleier som gjør. NAV og Helse samarbeider om planleggingen av nytt arbeids- og aktivitetssenter.

Det er knyttet to prosjektstillinger for rusarbeid til enhetsleder for Helse og omsorg, og rusarbeid skal også organiseres i denne enheten. Samarbeidet med psykisk helsetjeneste vil være nært. Psykiatrisk sykepleier har tett samarbeid med helsestasjonen og skolehelsetjenesten, og det er faste tverrfaglige møter med PPT, barnevern og BUP. Av interkommunalt samarbeid finnes Kommunenettverket og ACT-team Romsdal. I Midsund kommune er psykiatrisk sykepleier på jobb kun dagtid, slik at hjemmebaserte tjenester (kveld) og nattevakt ved sjukeheimen (natt) må bidra på kveld og natt. Dette krever at alle samarbeider for å finne fleksible løsninger for den det gjelder. En av informantene mener samarbeidet i forhold til barn og unge kunne vært bedre, men at samarbeidet med legene er godt. Det at helsetjenesten er en del av Helse- og Omsorg er positivt og kan gi mulighet for en mer helhetlig tjeneste. Det får betydning for det psykiske helsearbeidet om avdelingsleder og enhetsleder ser betydningen av det arbeidet som blir gjort, og støtter ressursbruken.

Politisk har kommunen gjeninnført helse- og omsorgsutvalg. Den politiske behandlingen av saker går gjennom Helse- og omsorgsutvalget til Formannskapet og Kommunestyret. En informant mener denne organiseringen hjelper avdelingsledelsen til å orientere politikerne bedre og mer direkte. Det er vesentlig for det psykiske helsearbeidet hvordan ledelsen prioriterer og hvordan ansatte ser og formidler informasjon og kunnskap videre i organisasjonen.

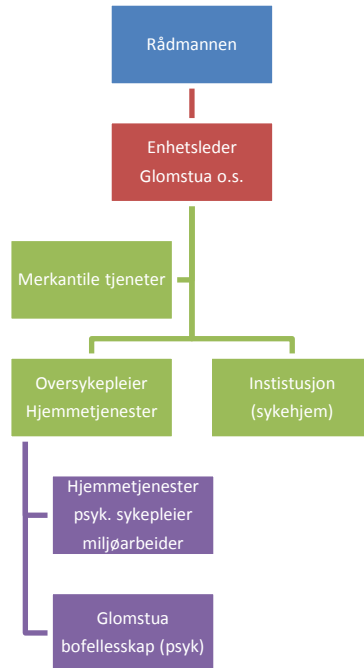
Molde kommune

Kommunen har "flat" struktur, hvor lederne for de ulike resultatenehetene rapporterer til rådmannsnivået som består av Rådmann og 2 kommunalsjefer. Kommunen har 36 resultatenheter, 4 kommunale foretak og 6 stabsfunksjoner. Det er enhetslederne som står ansvarlig for resultat og har personal-, økonomi-, administrativt og faglig ansvar. Enhetslederne har et selvstendig ansvar for å søke samarbeid på tvers av resultateneheter og profesjoner for å skape helhet i tjenestetilbudet til den enkelte bruker.

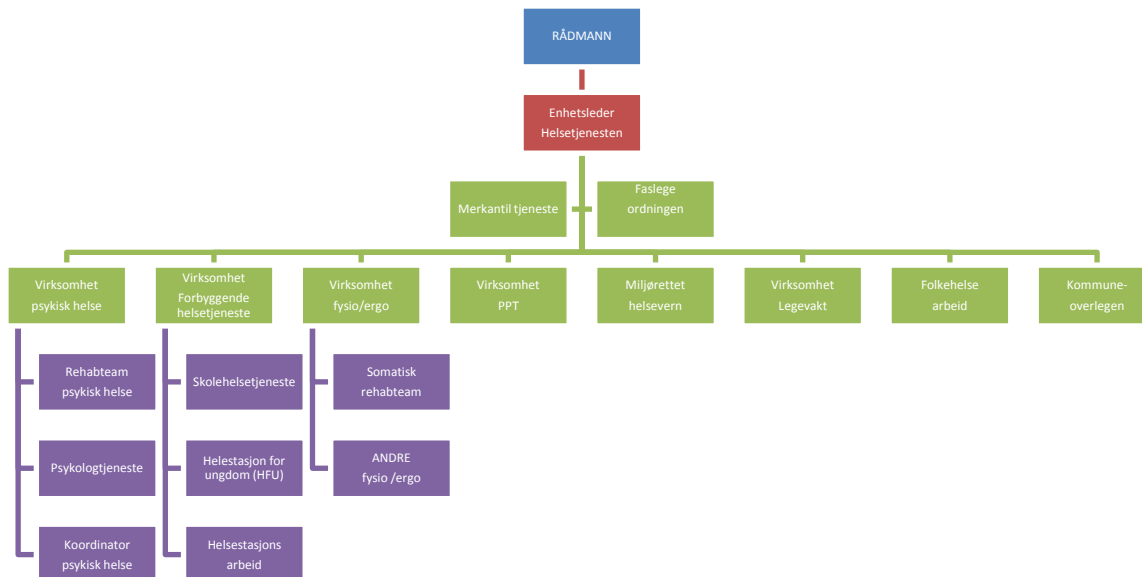
Psykisk helsearbeid er beskrevet/innpasset i organisasjonskartet i flere enheter i kommunens organisasjon. Det er ingen enhetlig, samlet organisatorisk eller faglig ledelse av psykisk helsearbeid. Myndigheten for fagfeltet, som også har ansvar for ledelse, budsjett, resultat eller personal, er tillagt enhetslederne innen helse- og omsorgsområdet. Det er ingen formelle samarbeidsfora spesielt for psykisk helsearbeid internt i kommunen. Det er opprettet et koordineringsorgan for helse- og omsorgstjenester. Ved koordineringsorganet (kontor for tildeling og koordinering) mangler særskilt kompetanse innen psykisk helsearbeid, men man har ansvar for å gjøre vedtak om tjenester overfor personer med psykisk helsesvikt.

Det er vanskelig å framstille organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunen i ett kart fordi dette lett blir for omfattende. Vi velger derfor å gi to eksempler på hvordan psykisk helsearbeid er plassert i organisasjonen.

Glomstua omsorgssenter:



Helsetjenesten:



Vi siterer en av informantene "...noen oppfatter tjenesten som for fragmentert. Jeg er ikke uten videre enig i en slik oppfatning, men vil heller ikke avise at dette kan være en utfordring. Det er behov for mer helhet i tjenesten sett fra noen fagansatte og lederes ståsted. Oppsplitting og

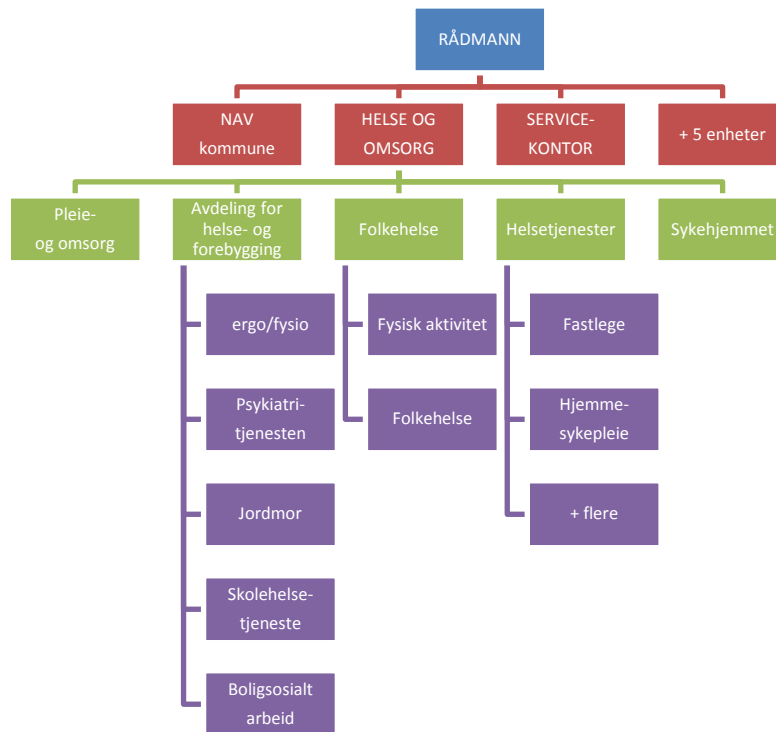
fragmentering kan oppfattes som en hemske". Informanten gir uttrykk for at organisering er et virkemiddel, ikke selve tilbudet som skal gis. Fokuset skal være på brukeren sine behov for tjenester: "Utfordringen er å få til nødvendig samarbeid og samordning på tvers av enheter, tjenester og profesjoner. Det burde være mulig, også innafor dagens struktur". En annen informant mener at fagfeltet er prisgitt enhetslederne og lederne under der igjen: "Det er ingen i fagfeltet som har ledelsesansvar for budsjett, resultat eller personal. Det psykiske helsearbeidet er derfor fragmentert og har ingen felles idé".

Dette er den største kommunen vi har kartlagt i undersøkelsen, en stor organisasjon som krever bruk av ressurser og formaliteter for å oppnå nødvendig samarbeid og samordning av tjenestene. Er det mulig innenfor dagens struktur, eller krever det opprettelse av særskilte samarbeids- eller samordningsmekanismer? Hvilken form for samordning eller organisering som gir best koordinerte tjenester for pasienten er et omfattende spørsmål. Vesentlige utfordringer for det psykiske helsearbeidet i kommunen er tilstrekkelig samordning og sammenheng i tjenestetilbudet. Dette er av betydning ikke minst for brukerne.

En vesentlig del av det psykiske helsearbeidet er organisert i hjemmetjenesten innen pleie- og omsorgstjenestene. Her ligger fordelingen av oppgaver, ansvar og ressurser over fem ulike resultatenheter. Det er lite samarbeid og formaliserte faglige treffpunkter innen psykisk helsearbeid på tvers av resultatenheter. Dette gjelder mellom de ulike PLO-enhetene, men også mellom de andre enhetene som har ansvar for psykiske helsetjenester. Det er imidlertid etablert samarbeid mellom PLO-distriktene på ledelsesnivå, og mellom PLO og de øvrige tjenestene/enhetene. Spørsmålet er om dette er nok for å ivareta psykisk helsearbeid på en god måte.

Nesset kommune

Kommunen har "flat" struktur der Helse og omsorg er en egen enhet. Psykisk helsearbeid er organisert i Avdeling for helse- og forebygging sammen med skolehelsesøster, jordmor, ergoterapeut, fysioterapeut og sosialkonsulent med ansvar for boligsosialt arbeid. Avdelingen er sammen med andre tjenester lagt inn under Enhet for Helse og Omsorg. Det er faste møter månedlig med hjemmesykepleien og ergoterapeut, i tillegg til ad hoc-møter. Det er også faste samarbeidsmøter med NAV og legekantoret hver 6. uke, mens Aktivitetssenteret og NAV møter psykiatrisk sykepleier hver måned. Koordineringen av det psykiske helsearbeidet blir ivaretatt av psykiatrisk sykepleier. Den faglige ledelsen har avdelingsleder for helse og forebygging som er helsesøster. En av informantene mener at psykisk helsearbeid er for så vidt en egen tjeneste, men er også organisert sammen med andre tjenester inn under avdeling for Helse og forebygging. På spørsmål om organiseringen er tydelig svarer en av informantene: "Nei, kanskje ikke utad. Men innad kjenner menneskene hverandre, slik at det med utydighet framstår ikke som noe problem. Psykisk helsearbeid får bra oppmerksomhet."



Kommunen ser ut til å ha formalisert mye samarbeid på tvers av enheter, avdelinger og fag. En informant mener at et nært og godt samarbeid mellom involverte fagfolk er vesentlig og at Nesset er en liten kommune med god oversikt og kunnskap i tjenestene. Psykisk helsearbeid kan ikke defineres som en egen organisatorisk enhet. Psykisk helsearbeid er et lite fagfelt. Det er 1,5 årsverk for psykiatrisk sykepleier i avdelinga. Det er utviklet et godt samarbeid med ergoterapeut, som også har ansvar som folkehelsekoordinator, og et godt samarbeid med skolehelsesøster, som arbeider bra med forebyggende helsearbeid. Informanten mener det vil gi positivt utslag på “folkehelsebarometeret”.

Kommunen har et forebyggende perspektiv med stort fokus på barn, unge og folkehelse. Dette er viktige, gjennomgående tema i kommunen. Det er også en oppfølging av Samhandlingsreformen, også når det gjelder psykisk helsearbeid. Psykisk helse er alltid med i tenkingen om forebygging og folkehelse. Fagfolkene jobber i lag. Psykisk helsearbeid er også inne i prosjekter med barn og unge. Dette bl.a. med tanke på å hindre frafall fra videregående skole.

Enhetsleder for helse og omsorg har kontor ved siden av psykiatrisk sykepleier og det er ”kort vei” inn dit for å informere om og diskutere det psykiske helsearbeidet i kommunen. Dette kan være med på å påvirke saker i fagfeltet. Nesset er en relativt liten kommune, og det kan være mye uformell kontakt mellom ulike fagansatte og ledere. Det kan noen ganger tas kontakt fra fagansatte direkte til helse- og omsorgsleder med tanke på f.eks. informasjon.

Interkommunalt samarbeid skjer gjennom veiledning sammen med to nabokommuner for personell innen psykisk helsearbeid. I barnevernstjenesten er det interkommunalt samarbeid mellom Tingvoll, Nesset og Sunndal. Kommunen har også deltakelse i Kommunenetttverket i Romsdal. ROR har hatt et forarbeid på interkommunale samarbeid med arbeidsgruppe for helse-

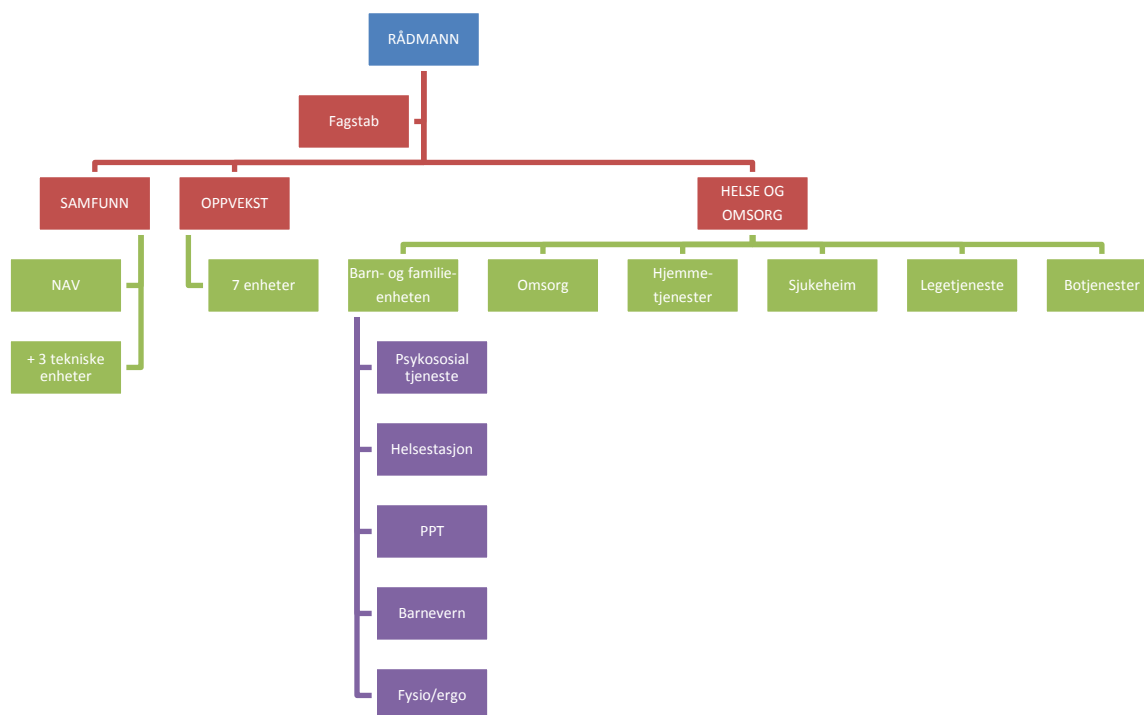
og omsorg som involverer sju kommuner. Psykisk helsearbeid kom opp som forslag på et aktuelt område for interkommunalt samarbeid framover. Dette er altså et område å se videre på. Det politiske ansvaret overfor psykisk helsearbeid er lagt til Helse, oppvekst og kultur-utvalget (HOK), som sender saker videre til Formannskap og Kommunestyre.

Rauma kommune

Kommunen er formelt organisert i en to-nivå modell. Organisasjonskartet viser at psykisk helsearbeid er lagt inn under Psykososial tjeneste i Rauma kommune. Tjenesten ligger under Barne- og familie enheten, som er en av 18 enheter under rådmann. Enheten består av 5 deltjenester hvor psykososial tjeneste er en av dem. Psykososial tjeneste har eget budsjett og egen fagleder. Fagleder rapporterer til enhetsleder, som rapporterer til rådmannen. Enhetsleder er resultat- og personalansvarlig. Rådmannen benytter Fagsjef for å innhente informasjon om de ulike enhetene. Fagsjef Helse og omsorg sitter som rådgiver i rådmannens stab for området Helse.

Den tidligere Avdeling for psykisk helse og deler av sosialtjenesten ble slått sammen som følge av NAV-reformen og ble kalt Psykososial tjeneste. Oppfølging av personer med rusvansker er lagt til tjenesten, mens oppfølging av økonomi er lagt til NAV.

En informant mener klart at organisering er bare et virkemiddel i denne sammenheng. Det er i gang en omstilling av tjenestene for å få på plass en riktig ressurstildeling, og det kan også bli en endring i organiseringen.



I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse ble det opprettet 3 stillinger øremerket forebyggende arbeid med barn og unge i risikogruppen. Fagstilling med ansvar for førskolebarn er underlagt ledende helsesøster, mens fagstilling som jobber med grunnskolebarn og fagstilling med ansvar 16-23 år, er underlagt fagleder i Psykososial tjeneste. Disse 3 stillingene samordnes gjennom "vurderingsteam barn og unge", hvor også foreldreveileder fra helsestasjonen deltar. En flerfaglig plan med ulike aktører, som også inkluderer FAU, skole og politi, ble vedtatt i kommunestyret og Politirådet høsten 2013. Planen er ment som et felles styringsverktøy innen forebyggende arbeid med barn og unge.

Tjenesten innbefatter ellers et dagtilbud i form av Psykiatrisk dagsenter, samt praktisk bistand i form av miljøarbeid. Tjenesten er et lavterskeltilbud gjennom at samtlige med opplevde behov kan ta direkte kontakt for kartlegging, råd og veiledning. Oppfølging individuelt eller i gruppe er noe av tjenestetilbudet. Tjenesten har i tillegg et oppfølgings- og koordineringsansvar for alvorlig langtidssyke innen rus og psykiatri.

Det er ansatt egen fagleder i Psykososial tjeneste. Denne har også et koordinerende ansvar i tjenesten. Nærmeste leder er enhetsleder (Barne- og familieenheten). Avklaringer kan av og til forekomme ved direkte henvendelser fra ansatt til enhetsleder eller fagsjef, som igjen kan medføre noe sprikende informasjon i enkeltsaker. Vedtak om tjenester blir fattet i tjenesten pr i dag, men Koordinerende enhet i kommunen overtar samtlige vedtak fra juli 2014.

Pleie og omsorg er pr i dag organisert i 3 geografiske områder. Når omstillingen i 2014 er gjennomført, skal disse slås sammen til en enhet. Botjenesten (PU), og deler av Fysio- og ergoterapitjenesten samt deler av Psykososial tjeneste er vedtatt organisert inn under Enhet for hjemmebasert omsorg. Barn og unge skal bli ivaretatt av enhet for denne målgruppen underlagt oppvekstområdet, mens 2 stillinger fra Psykososial tjeneste blir organisert inn i « Kurative tjenester» sammen med leger og private fysioterapeuter.

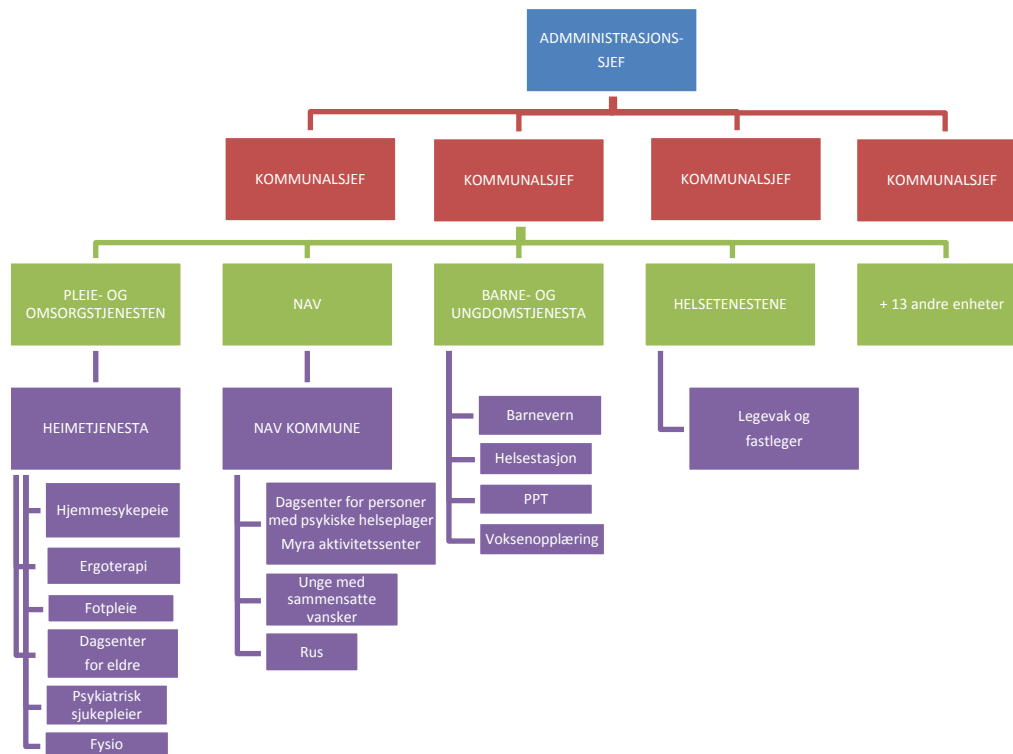
Det politiske ansvaret er likt for alle tjenestene i enheten. Det er ingen sektorutvalg e.l. i kommunen, og det synes ikke aktuelt med noen endringer med det første. Når det gjelder interkommunalt samarbeid innen psykisk helsearbeid, er det etablert på to områder. For det første kommunenettverket og dernest et nyetablert samarbeid med Vestnes kommune om kurs for pårørende innen rus og psykisk helsearbeid ("Ta Tak").

Vestnes kommune

Psykisk helsearbeid finner en ikke i organisasjonskartet for Vestnes kommune. Det ble foretatt en stor evaluering av helse- og sosialsektoren i 2007 i forbindelse med NAV-etableringen. Da ble det vedtatt at psykisk helsetjeneste skulle desentraliseres. Det psykiske helsearbeidet er derfor organisert desentralisert, som en del av flere tjenester. Deler av tjenesten ligger under hjemmetjenesten sammen med fysio, ergo, fotpleier og dagsenter for eldre. Dagsenter for personer med psykiske helseplager ligger under NAV. Dagens psykiske helsetjeneste er fordelt med en stilling i barnevernet, en i barne- og ungdomstjenestene og to i pleie- og omsorgstjenestene. Det psykiske helsearbeidet for barn og unge ligger under Barne- og

ungdomstjenesten. Det psykiske helsearbeidet i Vestnes kommune er dermed organisert under tre forskjellige enheter.

Det er opprettet helse- og omsorgsutvalg hvor saker som omhandler psykisk helse blir behandlet. Saker som omhandler økonomi går til Formannskapet og ev. videre til Kommunestyret. Når det gjelder interkommunalt samarbeid på området, er kommunen med i kommunenettverket for psykisk helsearbeid og i et samarbeid med Rauma kommune om kurs for pårørende innen psykisk helsearbeid og rus.



En av informantene er usikker på hvordan faglig ledelse og koordinering av psykisk helsearbeid i kommunen skjer. Det oppfordres til å samordne tjenestene når saker blir komplekse og der det er behov for sammensatte og samtidige tjenester. Det er lederne som har ansvaret for at dette skjer. Det psykiske helsearbeidet som felt har ingen samlet faglig ledelse. En informant gir uttrykk for at koordineringen av tjenestene er delegert til fagkoordinator. Det er egne fagkoordinatorer for både psykisk helse og rus.

NAV har ansvaret for rus og unge med sammensatte behov for tjenester. Myra aktivitetssenter ligger organisatorisk under NAV. Det er et aktivitetstilbud for de som har utfordringer i forhold til psykisk helse, rus eller andre sammensatte behov for tjenester. Det psykiske helsearbeidet for barn og unge ligger under Barne- og ungdomstjenesten. Kommunen har et rus- og psykiatriforum

der koordinatorene for rus og psykisk helsearbeid og ass. driftsleder for Barne- og ungdomstjenesten (BUT) møtes en gang i måneden.

En av informantene mener at fragmentering og oppsplitting gjør at personer som krever spesiell tilnærming kan bli en «kasteball». Spesielt gjelder dette personer med dobbelt- og trippeldiagnoser. Informanten mener at manglende samhandling kan løses med etablering av tverrfaglige team. Samtidig gjør små organisatoriske forhold at det er enkelt å ta direkte kontakt ved behov. Informanten mener at en liten toppledelse i kommunen kan kreve strukturer som ivaretar bedre samhandling. En informant mener at organisering i Hjemmetjenesten kan føre til at det blir lite fokus på det psykiske helsearbeidet, at det lett blir lavt prioritert og kan ”drukne” i forhold tjenester overfor eldre og somatiske helsetjenester. Det blir lite fokus på eller anerkjennelse av det psykiske helsearbeidet.

Ut fra det informantene uttrykker er det utfordringer i en desentralisert organisasjon. Man kan komme i vanskelige dilemma i saker som krever spesiell tilnærming og kompetanse – sett i forhold til et "altomfavnende" ansvarsområde. Dette gir et bilde på hvordan psykisk helsearbeid kan bli "skviset" av store forventninger og uavklart ansvarsområde. Tverrfaglig team kan kanskje være et svar hvis psykisk helse blir representert med personell med kompetanse. Psykisk helsearbeid kan sees på som en litt "usynlig" tjeneste i kommunen. Dette kan bunne i manglende aksept av psykisk helsearbeid som eget fagfelt. Uavklart ledelse av fagfeltet og mangel på formelle samarbeidsfora kan også bidra til en slik "usynlighet"

Sentrale sider ved organisering og ledelse

Vi transkriberte alle intervjuene med informantene. Noen problemstillinger og tema var da allerede trukket fram i spørsmålene. Vi gjekk gjennom utskriftene både hver for oss og sammen. Her identifiserte vi tema og utsagn knyttet til disse. I dette arbeidet kom det også fram nye kategorier og begreper. Disse har vi så satt sammen igjen på en måte som i stor grad reflekterer materialet i undersøkelsen. Funnene våre er slik sett drevet fram både ut fra forhåndsantakelser/spørsmål og teori, samtidig som de har vokst fram fra det empiriske materialet. Ut fra analysen har vi slik identifisert 10 sentrale sider ved organisering og ledelse av psykisk helsearbeid:

1. Om psykisk helsearbeid som begrep
2. Organisatorisk variasjon og forskjellighet mellom kommunene
3. Utydelighet og usynlighet i organiseringen – nærhet og avstand
4. Fragmentering og/eller helhet og sammenheng
5. Formell og uformell organisering
6. Økonomi og ressursbruk i kommunene
7. Interkommunalt samarbeid
8. Ledelse av psykisk helsearbeid
9. Kommunestørrelse - små og store kommuner
10. Betydningen av samhandlingsreformen

Nedenfor kommenterer vi kort disse sentrale sidene eller kategoriene.

1. Om psykisk helsearbeid som begrep

Begrepene psykisk helsearbeid og lokalbasert psykisk helsearbeid ble satt på dagsorden gjennom etablering av videreutdanninger i psykisk helsearbeid i 1998 (Karlsson 2004), gjennom Opptrappingsplanen (Karlsson 2004, Rogan 2004) og ikke minst gjennom en rekke artikler i Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid fra 2004 og framover. Psykisk helsearbeid er på mange måter en betegnelse på selve det fag-ideologiske grunnlaget mange – og ikke minst reformatoren – har ment skal kjennetegne tjenestetilbudene i kommunene og de distriktpspsykiatriske sentrene gjennom opptrappingsplanen og etterpå. I dette ligger også intensjoner om vesentlige endringer sett i forhold til det tidligere dominerende begrepet psykiatri.

Begrepet er relativt nytt, og slik vi ser det er begrepet sentralt. Flere artikler i Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid har f.eks. tematisert behovet for å diskutere på nytt hvordan psykiske problemer/lidelser kan forstås og jobbes med. Selv om tenkningen om psykisk helsearbeid fremdeles virker uferdig og lite konkretisert, medfører den vesentlige gevinster sammenlignet med det tidligere dominerende psykiatribegrepet. Psykisk helsearbeid uttrykker et perspektiv for en ny og mer verdsatt brukerrolle. Likeledes ønskes en mer tverrprofesjonell, lokalsamfunnsbasert og brukerorientert hjelperrolle. Det faglige, ledelsesmessige og organisatoriske fokuset inkluderer andre viktige tjenester og livsområder enn bare helsetjenesten, herunder områder som økonomi, skole, arbeid, fritid, familie, nettverk etc. Bevegelsen er altså i retning en mer sosial og sosialpsykiatrisk tenkning og fagprofil (Karlsson og Borg 2013).

Psykisk helsearbeid kan også ses som et tvetydig begrep. På den ene siden opprettholder det den gamle dualismen mellom kropp og sjel eller psyke og soma. Dette ved (fremdeles) å skille ut psyken som en egen del eller egen helse ved mennesket. Dette har mange problematiske sider med tanke på at (psykisk) helse-begrepet ideelt også burde omfatte subjektive, relasjonelle, følelsesmessige og kroppslige sider som er dypt innvevd i hverandre. På den andre siden er begrepet psykisk helsearbeid også konstruktivt ved at det bryter med den gamle medisinske oppfatningen som ligger i begrepene psykiatri og psykiatrisk. Det kan dermed bidra til å rette fokuset mot andre sider av livet enn (psykiatrisk) sykdom og medisin, f.eks. mot psykologiske, relasjonelle og sosiale forhold. Det er vesentlig – også med tanke på videre faglig utvikling.

Vi mener derfor at det kan være gode grunner til å opprettholde, bruke og videre konkretisere innholdet i psykisk helsearbeid-begrepet. Da tenker vi ikke minst på videre utvikling av kunnskap og kompetanse. Vi ser i noen av "våre" kommuner at psykisk helsearbeid som begrep kan ha en tendens til å svekkes eller endog bli borte, i hvert fall organisatorisk og ledelsesmessig. I denne sammenheng kommer også definisjonsmakten inn; Hvem definerer om vi trenger et slikt begrep og hva som skal ligge i det? Er f.eks. sosiale forhold og folkehelse sentrale aspekter ved begrepet? Vi ser f.eks. i fra statlige myndigheter at det tenkes mer i retning tidlig intervensjon, forebygging og styrking av "frisklivsarenaer". Hva vil dette føre med seg? Dette utfordrer et mer tradisjonelt fokus på lidelse og sykdom og på pleie- og omsorgstenkning.

Psykisk helsearbeid forutsettes ofte å være integrert i øvrige tjenester, og blir muligens i liten grad tatt opp og tematisert i kommunen. Dette kan i så fall være problematisk med tanke på

videre utvikling. Da tenker vi spesielt på videre kompetanseutvikling innen psykisk helsearbeid, f.eks. når det gjelder bedringsprosesser, kommunikasjon, sosial inkludering/ekskludering, makt/innflytelse eller behandling.

2. Organisatorisk variasjon og forskjellighet mellom kommunene

Det er tydelig fra materialet vårt at den formelle organiseringen varierer svært mye mellom kommunene i vårt nedslagsfelt. Det er ingen bestemte modeller som er dominerende, kfr. NIBR sine fire kategorier av modeller (Tjerbo, Zeiner og Helgesen 2012, Myrvold og Helgesen 2009):

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

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

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

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

Dette er også i samsvar med resultatene i NIBR sine rapporter (Tjerbo, Zeiner og Helgesen 2012). For oss er det heller ikke mulig å peke på noe samlet og tydelig mønster i den formelle organiseringen av psykisk helsearbeid i våre kommuner. Kommunene preges likevel fremdeles av å være organisert i resultatenheter, slik svært mange kommuner i Norge gjør (Torsteinsen 2012). Enhetene kan imidlertid være ganske store og omfatte mange ulike tjenester. Det ser ut til at mange av kommunene er på veg bort fra den tidligere så vanlige organisering i "flat struktur" – selv om man fortsatt har resultatenheter. Det er ikke noen nødvendig sammenheng mellom "flat struktur" og resultatenheter (Torsteinsen 2012).

Eksempelvis er det psykiske helsearbeidet i Molde kommune organisert på ulike nivåer og i ulike organisatoriske enheter tilnærmet etter modell 4. Fræna og Eide har en interkommunal organisering av sentrale deler av tjenestetilbudet (lagt under NAV). Rauma har ut fra en forsøksvis helhetstenkning organisert psykisk helsearbeid under "psykososial tjeneste" (sammen med sosiale tjenester og tjenester til rusmisbrukere), selv om denne organiseringen nå på nytt er i endring i retning en mer "integrert" modell. Gjemnes har organisert psykisk helsearbeid under

Avdeling for helse og barnevern og Nettet under Avdeling for helse og forebygging. Aukra har på sin side en formell organisering under helsetjenesten, noe også Midsund har valgt. Vestnes har valgt en integrert modell, der ressursene er spredd på flere tjenester/enheter og ikke finnes på organisasjonskartet.

For oss virker det slik at tidlige statlige råd om organisering som har vært gitt gjennom opptrappingsplanen har hatt svært liten effekt på kommunenes valg av organisasjonsmodell. Organisering har trolig primært blitt valgt ut fra lokale institusjoner og ut fra prosesser i den enkelte kommune. Dette er for så vidt i samsvar med intensjonene i kommunelovgivningen, men ikke i samsvar med tidligere statlige råd om organisering av psykisk helsearbeid i kommunene. Slik sett kan vi si at staten ikke var en tydelig pådriver for å organisere tjenestene på bestemte måter. Dette fikk som konsekvens at de fleste kommunene i Norge valgte en annen modell enn det som ble tilrådd fra sentrale myndigheter. Etter opptrappingsplanen var ferdig i 2008 er det også mindre fokus på psykisk helsearbeid fra statens side i form av råd om organisering og ledelse, krav om planlegging, øremerking av økonomiske midler etc. Denne svekkede statlige styringen av psykisk helsearbeid har nok trolig bidratt til ytterligere variasjon når det gjelder organisering.

Denne variasjonen betyr nok at det psykiske helsearbeidet er under ulike faglig, organisatorisk og ledelsesmessig innflytelse eller påvirkning i våre kommuner. Den organisatoriske og ledelsesmessige konteksten psykisk helsearbeid står i kan eksempelvis være både NAV, helse, pleie/omsorg, rus og barnevern. Eller det psykiske helsearbeidet kan i noen kommuner være spredd på mange områder. Dette kan bety at psykisk helsearbeid "trekkes" i ulike retninger, ikke bare organisatorisk, men også faglig. Dette ut fra ulike lokale tenkemåter, kontekster og relasjoner, men også ut fra at det er ulike faglige tradisjoner og tenke- og arbeidsmåter i de ulike kulturene eller organisatoriske "feltene". Vi vet at det kan være andre tenkemåter og prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten enn i f.eks. barnevernet eller om en har organisert psykisk helsearbeid som en del av det forebyggende arbeidet i kommunen (Ramsdal 2004).

Dette kan være positivt ved at ulike faglige tilnærminger prøves ut og synliggjøres. Men det kan etter vårt syn være en fare for at psykisk helsearbeid også mister sitt preg av å være et eget tydelig fagområde og organisatorisk felt, slik det på sett og vis har vært fra slutten av 90-tallet. Dette kan kanskje vanskeliggjøre en videre utvikling og avgrensning av kompetanse i psykisk helsearbeid – som et eget faglig område. Hva skal da psykisk helsearbeid bli? Hvem og hva skal fagansatte i kommunene forholde seg til når det gjelder forståelse, kunnskap og kompetanse? Psykisk helsearbeid kan stå i fare for å bli alt mulig. Og dermed blir det kanskje heller ingenting, eller i hvert fall veldig forskjellig? På den andre siden kan dette mangfoldet også være positivt. Man kan kanskje identifisere både fordeler og ulemper med at fagligheten blir forskjellig fra kommune til kommune?

3. Utydelighet og usynlighet i organiseringen – nærhet og avstand

Flere informanter peker på at Psykisk helsearbeid framstår som utydelig og i mange tilfeller også lite synlig i den kommunale organisasjonen. Dette kan vi også se ut fra organisasjonskartene for den enkelte kommune. Psykisk helsearbeid er i våre kommuner i liten grad organisert som egen

organisatorisk enhet og med egne fagledere eller organisatoriske ledere. Det kan i flere kommuner også være vanskelig å si ut fra intervju og organisasjonskart at psykisk helsearbeid framstår tydelig som en egen tjeneste. Det forutsetter i så fall en eller annen form for klar faglig avgrensning i forhold til andre tjenester, med egne ansatte som arbeider med psykisk helsearbeid – et fagfelt som tydeliggjøres eller avgrenses på en eller annen måte. Det psykiske helsearbeidet vil da være en form for egen faglig enhet (Tjerbo, Zeiner og Helgesen 2012).

Psykisk helsearbeid er i de fleste av våre kommuner organisatorisk sett del av andre, større enheter. Men en kan kanskje også si at psykisk helsearbeid i hovedsak framstår som en egen tjeneste eller faglig enhet. Likevel kan dette med fragmentering eller faglig og organisatorisk oppsplitting være en utfordring. Når psykisk helsearbeid er en del av flere/mange enheter og tjenester kan det føre med seg samordningsproblemer. Det kan også være f.eks. flere pleie- og omsorgstjenestedistrikter i kommunen (Molde), noe som i seg sjøl gir samordningsutfordringer for psykisk helsearbeid. Dette reiser spørsmålet om faglig ledelse og samordning for psykisk helsearbeid som faglig felt eller tjeneste.

Psykisk helsearbeid er gjennomgående formelt sett plassert langt nede i den kommunale organisasjonen, dvs. på tredje eller fjerde formelle organisatoriske nivå. Det kan medføre at det blir stor avstand, lang vei og mange ledd til besluttede leder eller politisk myndighet. Flere informanter nevner dette i intervjuene. Dette kan bidra til ytterligere usynlighet. Da blir det ikke så lett (for brukerne eller samarbeidende fagtjenester) å vite hvilke tjenester som ytes eller hva det psykiske helsearbeidet i kommunen egentlig er for noe. Eller hvor det er plassert organisatorisk og dermed hvem som har ansvar og myndighet, faglig, administrativt, økonomisk og politisk. Det kan være problematisk med tanke på å dekke behov for tjenester. Her er det også et poeng at en slik mangel på synlighet og tydelighet kan bety at man har lite makt og kanskje kan tape i kampen om ressurser?

Eksempelvis er det slik at i Midsund kommune er psykisk helsearbeid organisatorisk plassert under helseavdelingen, organisert på det som kan kalles "nivå 4". Det samme gjelder Aukra. I Molde og Vestnes er psykisk helsearbeid spredd på mange enheter og tjenester og kan være både fragmentert og lite synlig. Her mener en av informantene likevel at fagfeltet både blir sett og hensyntatt. Vedkommende informant sier: *"Jeg har blitt møtt med synspunkter om at psykisk helsearbeid ikke får den oppmerksomheten det skal ha, sett spesielt i forhold til somatikken. Jeg følger ikke helt den vurderingen."* I Fræna er sentrale deler av psykisk helsearbeid nærmest usynlig i egen kommuneorganisasjon, ved at det er organisert interkommunalt sammen med Eide, i Eides organisasjon. I Rauma kommune har psykisk helsearbeid vært organisert sammen med rusomsorgen og vært relativt tydelig som tjeneste. Her er spørsmålet mer hva som skjer i den nye endringen kommunen nå er inne i.

4. Fragmentering eller helhet og sammenheng?

Vi har ikke spurt spesifikt om eller i hvilken grad organiseringen bærer preg av helhet/sammenheng eller oppsplitting/fragmentering. Det første begrepsparet gir på mange måter positive konnotasjoner, det andre negative. Det er flere informanter som på eget initiativ tar opp at organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunen er preget av fragmentering eller

oppsplitting. Vi tolker dette primært som opplevelser og vurderinger av problemer eller mangler med sammenheng og helhet i tjenesteytingen; den ene delen av kommunen vet ikke hva den andre gjør, eller beslutninger er ikke koplet sammen på en god måte slik at det skapes tilstrekkelig sammenheng for brukerne. Virkningen kan f.eks. da være at brukere eller pårørende må henvende seg til mange ulike aktører og faginstanser i kommunen. Eller at det er vanskelig å samle fagfeltet til f.eks. felles utvikling. Eller at det i det hele tatt er mangel på sammenheng mellom ulike kommunale enheter og ledere.

En informant sier: *"Det er behov for mer helhet i tjenesten sett fra noen fagansatte og lederes ståsted. Oppsplitting og fragmentering kan oppfattes som en hemske."* En annen sier: *"Fagfeltet er prisgitt enhetslederne og lederne under der igjen. Det psykiske helsearbeidet er derfor fragmentert og har ingen felles idé."* En tredje informant peker på at fragmentering kan være spesielt vanskelig i forhold til personer som krever mye av fagansatte. Også flere andre informanter er inn på problemer som kan følge av organisatorisk oppsplitting – både i forholdet mellom tjenesteytere og i forhold til brukerne.

Dette store spørsmålet om fragmentering og/eller helhet har å gjøre med flere forhold, men vi vil her peke på to: 1) Kommunal organisering i bredere forstand og 2) Organisering av offentlige reformer og reformarbeidet. Når det gjelder det første (kommunal organisering), så har organiseringen i offentlig sektor de siste 20 årene vært preget av det som kalles New Public Management (NPM). Her er dette med både vertikal og horisontal differensiering og oppsplitting vesentlig (Torsteinsen 2012, Christensen og Lægroid 2007), og fragmentering er ofte sett som et problem. Det er også i mange sammenhenger innført samordningsmekanismer som forsøker å svare på disse problemene, i organisasjonsteorien ofte kalt post-NPM. De senere endringene i kommunal organisering kan ses i et slikt lys.

Når det gjelder organisering av reformene, så kan en kanskje si at opptrappingsplanen for psykisk helse ikke var så tydelig når det gjelder organisering. Kommunene fikk stor frihet, selv om departementet/direktoratet ga noen råd. Det samme gjaldt helseforetakene, selv om disse i stor grad ble underlagt konsernmodellene og konsernlogikken i sykehusreformen (Iversen 2013). Samhandlingsreformen har for sin del flere og ulike typer virkemidler for styring og iverksetting (økonomiske, juridiske m.m.) (Ramsdal 2013). Her etableres også noen sterkere ordninger for organisatorisk samhandling, f.eks. lovfestede samarbeidsavtaler (mellom helseforetakene og kommunene) og lovfesting av individuell plan og koordinerende enheter i kommuner og helseforetak.

Egne organisatoriske enheter kan ofte fungere som sperrer mot ønskelig samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene. Vi vet også at det er spenninger f.eks. mellom helsetjenester og sosialtjenester og mellom ulike yrkesgrupper/profesjoner. I debatten om flat struktur og resultatenheter i kommunene er det også slik at fragmentering og mangel på helhet mange ganger trekkes fram (Torsteinsen 2012, Christensen et al. 2010). Dette ser vi også fra flere av våre informanter. Faglige spenninger og motsetninger kan styrkes gjennom bestemte organisatoriske løsninger.

I en fragmentert organisasjon stilles det nok sterke krav til involverte aktører – fagansatte og ledere - om selv å kunne handle på en sammenhengende måte uavhengig av formell organisering.

Aktørene må da overskride de organisatoriske grensene og handle samordnet eller helhetlig, til tross for organisatoriske, ledelsesmessige eller fagkulturelle skillelinjer. Dette kan være krevende, også fordi det i mange tilfeller betyr at man berører eller griper inn i områder preget av konkurranse om makt, innflytelse og kontroll. Dette kan være tilfelle om man f.eks. ser behov for og legger opp til opplærings- eller kompetanseprogrammer på tvers av organisatoriske og faglige enheter.

5. Formell og uformell organisering

Vi har spurt informantene om uformelle forhold ved organiseringen som påvirker det psykiske helsearbeidet, altså om organisatoriske forhold som ikke er formalisert. Dette kan eksempelvis gå på verdier, normer, kontakter, kommunikasjon eller ulike fagkulturer som kommer til uttrykk gjennom handlinger (Jacobsen og Thorsvik 2002). Generelt kan vi si at informantene ikke er spesielt tydelige i sine svar på dette spørsmålet, noe som kanskje også ligger i spørsmålets natur? Noen informanter har hatt vansker med å forstå spørsmålet. Det kan også være noen "følsomme" eller "vanskelige" spørsmål eller tema som ligger her, tema som berører makt og innflytelse. Det informantene legger vekt på er: 1) Det kan være vesentlige uformelle forhold som virker inn på det psykiske helsearbeidet, 2) Fordeler som ligger i at kommunen er liten og oversiktlig, både som samfunn og som organisasjon. 3) Problemer med profesjoner og atskilte fagkulturer/profesjonskulturer. Dette med små og større kommuner har vi tatt med som en egen kategori (se under).

I en av kommunene trekker en informant fram at det kan være flere uformelle nettverk på området, og at det også kan være ulike fagkulturer mellom tjenester og enheter som kan fungere uheldig. Man ønsker egentlig ikke å ha for mye av det informanten kaller "skyggeorganisasjon", altså det som betraktes som mer usynlige relasjoner, uformelle ledere eller nettverk i kommunen. Flere informanter trekker fram at det forekommer informasjonsflyt, henvendelser og avklaringer utenfor tjenestevei, og at dette kan føre med seg språk og ulikheter i informasjon. Det at det kan være uformelle forhold som påvirker psykisk helsearbeid trekkes fram av flere informanter. Slik sett kan det være reelle organisasjons- og ledelsesformer i kommunen som på flere måter skiller seg fra det som går fram av organisasjonskart etc.

Flere informanter nevner dette med mulige konsekvenser av ulike fag- eller profesjonskulturer i tjenestene. Vi forstår dette slik at man da mener at ulike fagkulturer kan stå i veien for nødvendig kvalitet, samarbeid, sammenheng og "helhet" i tjenesteytingen. Flere av informantene – i flere kommuner - etterlyser i denne sammenhengen mer tverrprofesjonelt samarbeid. En informant trekker fram at det kan være flere og konkurrerende faglige paradigmer i feltet, og at det kan være grunn til bekymring hvis ulike kulturer hindrer utvikling.

Mange av de direkte tjenesteutøverne i psykisk helsearbeid er (psykiatriske) sykepleiere. Vi har lagt merke til at det blant disse kan være tendenser til å tenke på eller om psykisk helsearbeid mer profesjonsspesifikt som en form for "sykepleietjeneste", og da ikke på psykisk helsearbeid som et tverrprofesjonelt felt. Dette mer profesjonsinterne konseptet eller perspektivet (altså psykisk helsearbeid forstått som psykiatrisk sykepleie) kan kanskje noen ganger fungere som en hindring

for nødvendig samarbeid med andre faggrupper. Men dette kan også ses i sammenheng med organisering og ledelse i en bredere forstand.

6. Økonomi og ressursbruk i kommunene

Det har når dette skrives gått fem år etter at opptrappingsplanen for psykisk helse formelt sett ble avsluttet. Forutsetningen fra staten har likevel vært at ressursene skal bevares og heller trappes videre opp til psykisk helsearbeid framover. Vi har ikke spurt direkte om økonomi eller budsjett i kommunene i forbindelse med intervjuene. Vi har likevel gjennom annen informasjon i nettverket fått ulike signaler om at ressursene til psykisk helsearbeid i kommunen er under et sterkt press. Dette er forhold som også er trukket fram andre steder i landet. I vårt fylke viser den kommunale rapporteringen til Fylkesmannen de siste to årene at det har vært en viss reduksjon i ressursbruken til psykisk helsearbeid fra 2011 til 2013. Dette samsvarer med annen direkte informasjon som har kommet fram gjennom nettverkets møter.

Dette samsvarer også med nasjonale tall, kfr. SINTEF Helses bearbeiding av tall fra kommunenes rapportering (Ose og Slettebakk 2013). Her går det fram at det har vært en viss (men ikke stor) reduksjon i årsverksinnsatsen til psykisk helsearbeid i kommunene i Norge de siste årene. Reduksjonen har vært med ca. 600 årsverk (til både voksne og barn/unge) fra 2008 til 2012. Det tilsvarer en reduksjon på ca. 5 prosent. Dette tallet blir høyere hvis det ses i sammenheng med befolkningsveksten i samme periode. Altså har ressursbruken pr. innbygger blitt redusert mer enn 5 %. I tillegg har innsatsen dreid en god del. Vesentlig mer av kommunenes ressurser innenfor psykisk helsearbeid brukes nå til ansatte i boliger med fast personell. Og det brukes da mindre ressurser f.eks. til ordinære hjemmetjenester, lavterskeltilbud, behandling og arbeidstiltak.

7. Interkommunalt samarbeid

Hele utgangspunktet for denne undersøkelsen ligger på mange måter i et interkommunalt perspektiv på psykisk helsearbeid. Kommunennettverket er basert på at koordinatorene og fagansatte knyttet til psykisk helsearbeid i Romsdalsområdet ser behovet for samarbeid, kunnskap og gjensidig informasjon om fag, utvikling, forskning, organisering osv. innen psykisk helsearbeid. Det er også slik at kommunestruktur og -organisering i dag står høyt på den faglige, administrative og politiske dagsorden i Norge. Det forventes en strukturreform for kommunene (og muligens fylkeskommunen?) i løpet av få år. Vi ser også at våre kommuner er inne i flere typer interkommunalt samarbeid – også på det helse- og sosialpolitiske området. Det gjelder f.eks. arbeidstiltak, dagtilbud, faglig veiledning, legevakt, krisesenter og barnevern. Og psykisk helsearbeid.

Når det gjelder interkommunalt samarbeid spesielt på området psykisk helsearbeid, så er det særlig følgende samarbeidstiltak kommunene er inne i:

- Kommunennettverket i Romsdalskommunene (alle kommunene i undersøkelsen)
- Samarbeid omkring drift av ACT (Assertive Community Treatment)-teamet (alle kommunene i undersøkelsen)
- Dagsenter (Fræna, Eide og Gjemnes, Gjemnes trakk seg ut i 2012)

- Samorganisering av Psykisk helsearbeid/psykisk helsetjeneste (Eide og Fræna)
- Interkommunal veiledning (Neset, Gjemnes, Tingvoll)
- Eget samarbeid mellom Vestnes og Rauma om kurs for pårørende

Vi ser at interkommunalt samarbeid i bred forstand framstår som omfattende i våre kommuner. I en kartlegging (forprosjekt) som ROR (Romsdal Regionråd) gjennomfører, går det fram at det er mer enn 100 samarbeidsprosjekter/-tiltak i gang. Dette store omfanget sier nok noe om at det oppleves et framvoksende behov for samarbeid mellom kommunene på flere områder. Det kan skyldes flere forhold. Men det er rimelig å tenke at dette i mange tilfeller kan knyttes til at den enkelte kommune er for liten til selv å sette i gang eller drifte nødvendige tiltak på en god nok måte. Det kan f.eks. være at tiltaket er for omfattende og kostnadskrevenende for den enkelte kommune. Men det kan også gå på mer kvalitative forhold, altså at kommunen ikke makter å etablere god nok kvalitet innenfor et tjenestoområde. Dette argumentet brukes f.eks. i den utviklingen vi ser innen barnevernet, der det etableres interkommunalt samarbeid rundt bykommunene Molde og Kristiansund. Dette kan også være relevant i forhold til psykisk helsearbeid.

Innen psykisk helsearbeid vil vi spesielt peke på det interkommunale samarbeidet som er etablert mellom kommunene Eide og Fræna som interessant. Kommunene har et felles fagteam innen psykisk helsearbeid, etablert for noen få år siden som en del av et større samarbeid mellom kommunene. Teamet utgjør til sammen 6 fagstillinger/årsverk inkludert faglig ledelse. Tjenesten er organisert under NAV – i Eide kommune. Samarbeidet blir vurdert svært positivt – både administrativt, ledelsesmessig og av involverte fagpersoner. Dette særlig fordi teamet gjennom samarbeidet blir så stort at det får en faglig dybde og bredde som gjør det hensiktsmessig. Man kan da dekke flere faglige problemområder/kompetanseområder, søke faglige råd hos hverandre og eventuelt bistå eller ta over ansvaret for saker når det er behov for det.

En informant sier: *"Psykisk helsearbeid som tjeneste er mindre sårbar med denne organiseringen"*. En annen sier: *"Ved interkommunalt samarbeid vil det være et større fagmiljø. Vi som ansatte har større muligheter for å spesialisere oss innen forskjellige fagfelt i psykiatrien"*. En tredje sier: *"Psykisk helsearbeid kan også være et tjenestoområde som egner seg for interkommunalt samarbeid"*. Vi mener det kan være svært viktig å trekke fram disse erfaringene og synspunktene, ikke minst i lys av at våre kommuner til dels er relativt små. Det kunne muligens vært tjenlig også for flere kommuner å prøve med interkommunalt samarbeid innen psykisk helsearbeid.

8. Ledelse av psykisk helsearbeid

I våre kommuner er det psykiske helsearbeidet i liten grad organisert i egne organisatoriske enheter og med egne organisatoriske ledere (med samlet myndighet over og ansvar for personale, penger og brukere/pasienter). Unntaket her er det felles interkommunale teamet i Fræna og Eide, der det er en egen enhet og egen fagleder/koordinator. Dette betyr at i de fleste kommunene er det psykiske helsearbeidet lagt inn under ledere for organisatoriske enheter som har ansvaret for flere tjenester og fagområder, f.eks. helsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten, barne- og

familietjenesten, avdelingsleder for helse- og forebygging eller NAV. Materialet viser ellers som nevnt svært stor variasjon mellom kommunene.

Hvis vi skal se etter mønster innenfor ledelse, så kan vi kanskje si at det er firedelt. For det første er det stor variasjon mellom kommunene (i den grad det kan ses som et mønster). For det andre inngår psykisk helsearbeid i ledelsesansvaret for enheter som har et større ansvar enn psykisk helsearbeid, altså at det er lederansvar for flere tjenester. For det tredje er psykisk helsearbeid i flere kommuner i stor grad underlagt ledelsen for kommunens helsetjeneste, selv om også andre ledere har ansvar. I fem av kommunene er psykisk helsearbeid ledet av ledelsen for helsetjenesten. For det fjerde er det psykiske helsearbeidet plassert langt "nede" i det kommunale ledeshierarkiet. Det er ellers et mangfold av konkrete løsninger og organisatoriske benevelser. I tillegg er det slik at i flere kommuner er sentrale deler av psykisk helsearbeid underlagt ledelsen for pleie og omsorgstjenesten. Så varierer det mye mellom kommunene i hvilken grad og på hvilken måte andre ledere har ansvar for psykisk helsearbeid.

Vi finner i vårt materiale i liten grad et begrep om faglig ledelse av psykisk helsearbeid, altså forstått som ledelse av en form for faglig enhet (Tjerbo, Zeiner og Helgesen 2012). Faglig ledelse og koordinering av psykisk helsearbeid blir i stor grad forstått enten som organisatorisk ledelse og samordning mellom enheter/tjenester eller som en form for faglig autonomi eller selvledelse for de som jobber med psykisk helsearbeid. Sammenheng og helhet i det psykiske helsearbeidet ses som å være avhengig av koordineringsmekanismer og møtepunkter mellom organisatoriske ledere. Men også mellom ansvarlige fagpersoner i ulike tjenester og/eller enheter. I tillegg framheves det i de små kommunene at der er forholdene veldig oversiktlige både i samfunnet og kommuneorganisasjonen. Dette gjør det lettere å ha oversikt og kontakt, altså en form for "smådriftsfordeler".

Dette mønsteret er kanskje ikke overraskende. Det kan likevel være grunn til å problematisere noe konsekvensen av at det psykiske helsearbeidet i stor grad organiseres og ledes som en mer og mindre integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Dette betyr at psykisk helsearbeid blir sett i sammenheng med en form for helse- og omsorgslogikk eller helse- og omsorgsfaglighet. Tradisjonelt ser man da også lett sykdommen eller problemene, altså en fortsatt "sykdomsmodell", i tråd med helsetjenestens tradisjonelle medisinske hegemoni. Det kan ha mange fordeler. Men det har også i opptrappingsplanen vært en ambisjon å få fram en bredere sosialpsykiatrisk faglig profil i dette feltet, med fokus på bolig, arbeid, fritid, kultur, utdanning, sosiale relasjoner osv. Med stor plass til helse- og omsorgslogikken kan det være en fare for at slike nyere fagperspektiver ikke når fram.

Vi undrer oss også noe over at behovet for kompetanse og kompetansetiltak i psykisk helsearbeid ikke kommer klarere fram i materialet. Men dette kan skyldes at vi har intervjuet koordinatorene, sykepleiere (som i mange kommuner er ganske alene) og rådmenn. En slik vurdering er kanskje ikke det mest framtrepende i et rådmannsperspektiv? Og for (psykiatriske) sykepleiere kan det til en viss grad være inneforstått at man gjennom sin grunn- eller videreutdanning allerede har den kompetanse som er påkrevet? Sett fra vår side kunne kompetanseutviklingsstrategier og tiltak i mange tilfeller kanskje fungert godt som mekanismer og møtepunkter for samarbeid og samordning – både mellom enheter, faggrupper og mellom ulike tjenester.

9. Kommunestørrelse - små og store kommuner - "smådriftsfordeler"?

Det er heller ikke noe bestemt mønster i organiseringen av kommunene sett i forhold til kommunestørrelse. Kommunene varierer svært mye når det gjelder størrelse og innbyggertall, og vi har innhentet følgende tall for innbyggere i våre kommuner (Fylkesstatistikk 2013):

- Molde ca. 26.000
- Fræna 9.600
- Rauma 7.400
- Vestnes 6.600
- Eide 3.500
- Aukra 3.300
- Nesset 3.000
- Gjemnes 2.600
- Midsund 2.000

Molde er som tallene viser om lag 10 ganger så stor som flere av de mindre kommunene. Dette gir naturligvis en helt annen tyngde i den "store" kommunen når det gjelder faglige, økonomiske og personellmessige ressurser – også for psykisk helsearbeid. Vi har ikke spurt direkte om vurderinger knyttet til kommunestørrelse og slik om kommunens ressurser og faglige forutsetninger for å yte gode tjenester av tilstrekkelig omfang. Men mange av informantene har likevel kommet inn på flere forhold knyttet til kommunestørrelse. Dette gjelder slike forhold som:

- Behovet for interkommunalt samarbeid (se over)
- Oversiktighet og kontakt mellom fagansatte i kommunen
- Oversiktighet og kunnskap i forhold til innbyggerne/brukerne i kommunen

En informant (fra en liten kommune) sier noe om oversikt og kunnskap i samfunnet, altså i forhold til innbyggerne/brukerne: *"Det er mye informasjon på folkemunne, vi er en liten kommune. Det man ikke får tak i sjøl, det hører man om... .., men det er en utfordring å trekke ut det som er vesentlig og relevant for tjenestene."* Dette er et kjent fenomen i mindre kommuner eller samfunn. Det blir likevel ikke trukket fram av flere informanter, og vi er usikre på hvor mye vekt vi skal legge på det her.

Derimot er det svært mange informanter som av eget initiativ trekker fram det som kanskje kan kalles "smådriftsfordeler" i de mindre kommunene. Dette gjelder faktisk informanter fra hele seks av kommunene. I dette ligger en positiv vurdering av det faktum at kommuneorganisasjonen er liten; fagfolkene befinner seg ofte nær hverandre og de ser og kjenner hverandre. Dermed er det også lettere med kontakt og utveksling av hensiktsmessig informasjon og kunnskap. Et par sitater om dette: *"Det er små avstander, noe som gjør at kontakt, kjennskap og kunnskap er lett tilgjengelig."* *"Fordelen med å være liten kommune er at man har oversiktlige forhold. Man slipper å lete etter kontakt med rett fagfelt."* *"Små forhold gjør at rådmannen kjenner godt til ansatte."* I store kommuner kan man nok til dels oppleve det motsatte, altså at det er mindre oversikt, og at fagfolk i ulike enheter og tjenester ikke har god nok kjennskap til og kunnskap om hverandre og hverandres oppgaveløsning.

10. Betydningen av Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble iverksatt hovedsakelig fra 1.1.12, selv om noen virkemidler ble igangsatt før (f.eks. tilskudd til ACT-team) (St.m. nr 47 (2008-2009)). Det er noen tunge virkemidler i reformen som kan ha konsekvenser for psykisk helsearbeid, spesielt: Kommunal medfinansiering av sykehusbehandling (gjelder for en del av somatiske sykehustjenester) og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (også innen somatiske helsetjenester). Det er mye som tyder på at kommunene og helseforetakene begynte å forberede seg på dette alt før 2012. SINTEF hevder i rapport fra 2013 at Samhandlingsreformen bidrar til å svekke psykisk helsearbeid. Dette særlig ved at helseforetakene skriver ut pasienter enda tidligere enn før, og at kommunene da må yte tjenester til brukere som er sykere og mer ressurskrevende enn før. Da blir det enda vanskeligere å kanalisere ressurser til helsefremmende og forebyggende arbeid (Forskning.no 2013).

Et like viktig poeng kan være den prioriteringen av somatiske helsetjenester (framfor psykiske helsetjenester) som ligger i at kommunen må betale for slike tjenester i helseforetakene. Det blir da økonomisk viktig for kommunene å behandle pasientene selv og slik unngå å betale (for) mye til helseforetakene. Da kan det være lett å nedprioritere psykisk helsearbeid, særlig så lenge tilsvarende virkemidler ikke er innført på dette fagområdet. Dette er et prioriteringspress som klart merkes i kommunene – også i våre kommuner. Og det kan være en av grunnene til at kommunene også i vårt fylke bruker mindre ressurser på psykisk helsearbeid i 2011 og 2012 sammenlignet med tidligere år. Psykisk helsearbeid havner lett i det som kan oppleves som "skyggenes dal" når det gjelder politisk/organisatorisk oppmerksomhet og økonomiske bevilgninger.

Samlet oppsummering

Vi vil her komme med en mer kortfattet og tydelig oppsummering av det vi har funnet. Dette for å tydeliggjøre og forbedre oversikten over funnene.

1. **Tvetydig begrep:** Psykisk helsearbeid kan på mange måter ses som et tvetydig begrep. Det kan likevel være gode grunner til å opprettholde, bruke og videre konkretisere innholdet i psykisk helsearbeid-begrepet. Da tenker vi ikke minst på videre utvikling av kunnskap og kompetanse på dette faglige området. Vi ser i noen av "våre" kommuner at psykisk helsearbeid som begrep kan ha en tendens til å svekkes eller endog bli borte, i hvert fall organisatorisk og ledelsesmessig. Dette kan være en trussel mot feltet også faglig sett.
2. **Stor variasjon:** Den formelle organiseringen av psykisk helsearbeid varierer svært mye mellom kommunene i vårt nedslagsfelt. Det er ingen bestemte modeller som er dominerende, kfr. NIBR sine fire kategorier av organisasjonsmodeller. Dette er også i samsvar med resultatene i NIBR sine rapporter. Dette kan bety at psykisk helsearbeid "trekkes" i ulike retninger, ikke bare organisatorisk, men også faglig. Det er heller ikke mulig å peke på noe samlet og tydelig mønster i den formelle organiseringen av psykisk helsearbeid i våre kommuner.

3. **Utydelig og lite synlig:** Psykisk helsearbeid framstår som utydelig og i mange tilfeller lite synlig i den kommunale organisasjonen i mange av våre kommuner. Psykisk helsearbeid er i liten grad organisert som egen organisatorisk enhet og med egne fagledere eller organisatoriske ledere. Det kan være vanskelig å si ut fra materialet at psykisk helsearbeid framstår tydelig som en egen tjeneste. Psykisk helsearbeid er også gjennomgående plassert langt "nede" i den kommunale organisasjonen. Det kan medføre stor avstand, lang vei og mange ledd til ledelse eller politiske organer med besluttende myndighet.
4. **Fragmentert:** Ganske mange informanter opplever at organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunen er preget av fragmentering. Dette går nok på opplevelser av problemer med sammenheng og helhet i tjenesteytingen, og synes å være knyttet til organisering i resultatenheter og spredning av ansvar på mange enheter og ledere. I en fragmentert organisasjon stilles det sterke krav til involverte aktører – fagansatte og ledere - om selv å kunne handle på en sammenhengende måte. Aktørene må da overskride de organisatoriske grensene og handle sammenhengende til tross for organisatoriske, økonomiske, ledelsesmessige eller fagkulturelle skillelinjer. Det kan være krevende og konfliktfylt.
5. **Konkurrerende fagkulturer:** Uformelle organisatoriske forhold påvirker også det psykiske helsearbeidet. Flere informanter trekker fram mulige negative følger av at det er ulike fag- eller profesjonskulturer i tjenestene. Dette kan forstås slik at man da mener at ulike kulturer eller faglige paradigmer kan trekke tjenestene i ulike retninger og slik kan stå i veien for nødvendig kvalitet, samarbeid, sammenheng og "helhet" i tjenesteytingen. Det kan være utfordrende for fagpersoner og brukere å forholde seg til denne forskjelligheten. Flere informanter etterlyser i denne sammenhengen mer eller bedre tverrprofesjonelt samarbeid på området.
6. **Interkommunalt samarbeid vekker interesse:** Når det gjelder interkommunalt samarbeid innen psykisk helsearbeid vil vi spesielt peke på samarbeidet mellom kommunene Eide og Fræna som interessant. Kommunene har et felles fagteam på til sammen 6 fagstillinger/årsverk. Teamet er organisert under NAV – i Eide kommune, og blir vurdert svært positivt av informantene. Dette særlig fordi teamet gjennom samarbeidet blir så stort at det får en faglig robusthet, dybde og bredde som gjør det hensiktsmessig. Erfaringene fra Eide og Fræna burde være relevante også for andre kommuner.
7. **Smådriftsfordeler:** Men det er også mange informanter som trekker fram det som kan kalles "smådriftsfordeler" i de mindre kommunene. I dette ligger en positiv vurdering av at samfunnet er oversiktlig og særlig at også kommuneorganisasjonen er liten og oversiktlig. Det medfører både at man lettere har en viss oversikt over problemene og at fagfolkene ofte er få og befinner seg nær hverandre. Det kan bety at de lettere ser og kjenner hverandre. Dermed er det også lettere med kontakt, kommunikasjon og utveksling av hensiktsmessig kunnskap.
8. **Helseledelse:** Psykisk helsearbeid er i stor grad organisert og ledet som en del av helse- og omsorgstjenestene. Psykisk helsearbeid blir på denne måten lett forstått innenfor en

form for helse- og omsorgsfaglighet. Da er det lett å fokusere på sykdommen eller problemene, altså en fortsatt "sykdomsmodell" slik vi kjenner det fra psykiatrien. Det kan ha sine fordeler. Men man kan også stå i fare for å svekke nyere fagperspektiver basert på en bredere "sosialpsykiatrisk" tenkning, der man legger like mye vekt på forhold knyttet til bolig, arbeid, fritid, kultur, utdanning, sosiale relasjoner, medvirkning osv. Også perspektiver knyttet til forebygging, helsefremming og folkehelse kan da ha vansker med å nå fram.

9. **Ressurser under press:** Ressursene til psykisk helsearbeid oppleves å være under press, noe som også er trukket fram andre steder i landet. I vårt fylke har det vært en viss reduksjon i ressursbruken til psykisk helsearbeid fra 2011 til 2013. Dette samsvarer med nasjonale tall, og kan ha sammenheng med virkemidlene i Samhandlingsreformen. Helseforetakene skriver nå ut pasienter tidligere, og kommunene må yte tjenester til mer ressurskrevende brukere enn før. Det kan også være at den prioriteringen av somatiske helsetjenester som ligger i at kommunen må betale for slike tjenester virker ressursvridende. Det kan være lett å nedprioritere psykisk helsearbeid så lenge kommunal betaling ikke er innført på dette fagområdet.

Litteraturliste

- Christensen, Tom, Morten Egeberg, Helge O. Larsen, Per Lægred og Paul G. Roness. 2010. *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom og Per Lægred. 2007. *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms*. Aldershot, England: Ashgate.
- Christensen, Tom, Per Lægred, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik. 2009. *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 2 ed. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskning.no. 2013. *Samhandlingsreformen svekker psykisk helsearbeid* 2013 [cited 25.11. 2013].
- Forskningsrådet. 2009. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Oslo: Forskningsrådet. Divisjon for vitenskap.
- Iversen, Hans Petter. 2013. *Logistikkferinger i psykiatri og psykisk helsearbeid: Om forståelse, organisering og ledelse av relasjoner i en profesjonell organisasjon i omstilling*, Avdeling for økonomi, informatikk og samfunnsfag, Høgskolen i Molde, Molde.
- Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik. 2002. *Hvordan organisasjoner fungerer : innføring i organisasjon og ledelse*. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Johannessen, Stig. 2010. *Myter og erfaringer om ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, Bengt. 2004. "Strålende!" *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 1 (1):s. 2-3.
- Karlsson, Bengt og Marit Borg. 2013. *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Myrvold, Trine Monica og Marit Helgesen. 2009. Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. OSLO: NIBR.
- Ose, Solveig osborg og Rune Slettebakk. 2013. Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012. In *IS-24/2012*, edited by Solveig Osborg Ose: SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse.
- Ramsdal, Helge. 2004. "Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet - noen organisasjonsteoretiske perspektiver." *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 1 (2).
- Ramsdal, Helge. 2013. "Statlige reformer og lokal iverksetting - hva betyr det for psykisk helsearbeid." *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 10 (4):328-337.
- Ramsdal, Helge og Egil J Skorstad. 2004. *Privatisering fra innsiden*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogan, Thor. 2004. "Opptappingsplanen: Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1 (1).
- Sosial- og helsedirektoratet. 2005. *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.m. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tjerbo, Trond, Hilde Zeiner og Marit Helgesen. 2012. *Kommunalt psykisk helsearbeid 2012*. Oslo: NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Torsteinsen, Harald. 2012. *Resultatkommunen*. Oslo: Universitetsforlaget.



Høgskolen i Molde
PO.Box 2110
N-6402 Molde
Norway
Tel.: +47 71 21 40 00
Fax: +47 71 21 41 00
post@himolde.no
www.himolde.no



Møreforsking Molde AS
Britvegen 4
N-6411 MOLDE
Norway
Tel.: +47 71 21 42 90
Fax: +47 71 21 42 99
mfm@himolde.no
www.mfm.no