

Harald Holst

«Hører de ikke hva vi sier ?»

En studie om samarbeid mellom
kommunehelsetjenesten og spesialist-
helsetjenesten innen psykisk helsevern

Høgskolen i Hedmark

Rapport nr. 1 – 2001

Online-versjon

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.
(<http://www.hihm.no/Publikasjon/default.htm>)

Rapport nr. 1 - 2001

© Forfatteren/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 82-7671-148-0

ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: ”Hører de ikke hva vi sier ?” En studie om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern.			
Forfatter: Harald Holst			
Nummer: 1	Utgivelsesår: 2001	Sider: 102	ISBN: 82-7671-148-0 ISSN: 1501-8563
Oppdragsgiver:			
Emneord: Psykiatrisk sykepleie, samarbeid, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, kultur, kvalitativ innholdsanalyse.			
Sammendrag: Studien inngår i “Prosjekt Undervisningsavdeling” som er et fireårig forskningssamarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for sykepleier utdanning og Sanderud Sykehus. Blant de temaer som studeres er kommunikasjons- og samarbeidsforhold mellom primær- og spesialist-helsetjenesten. Den foreliggende studien er en direkte forlengelse av dette temaet. Hensikten med denne studien er å avklare kommunikasjons og samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjenesten og psykiatrisk sykepleier i to kommuner (en by- og en landkommune), og mellom psykiatrisk sykepleier og andre relevante samarbeidspartnere i kommunene. Samarbeidspartnere som ble intervjuet er helse-og sosialsjefer, leger og kulturmedarbeidere. Metoden er kvalitativ med et eksplorativt og deskriptivt design. Datainnsamlingen skjedde ved hjelp av semistrukturerte intervjuer og analysen ble gjennomført ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. I tillegg ble det utført en innholdsanalyse av psykiatriplaner i de respektive kommuner. Analysen av intervjuene viser at de psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten savner et mer systematisert tverrfaglig samarbeid. De etterlyser også bedre kunnskap hos primærlegene om psykiatriske sykepleieres faglige kompetanse og arbeidsmetoder. Det kommer videre frem gjennom intervjuene at det ønskes et mer regulært forum for faglig veiledning og koordinering knyttet til klienter for å sikre sammenheng og kvalitet i psykiatritjenestene. Slik dette samarbeidet nå fungerer, har det karakter av ad hoc-møter, spesielt for legenes del. For kulturmedarbeiderne er det allerede i bykommunen etablert et strukturert samarbeid med spesialist-helsetjenesten, noe som ikke er tilsvarende i forhold til landkommunen. Resultatene viser at det er etablert et tettere samarbeid med frivillige organisasjoner i landkommunen, enn hva som er tilfelle i bykommunen. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten oppleves ikke tilfredsstillende for å sikre kvalitet i klientomsorgen.			



Høgskolen i Hedmark

Title: "Don't they hear what we are telling?" A study of collaboration between community mental health services and mental hospital care.

Author: Harald Holst

Number: 1

Year: 2001

Pages: 102

ISBN: 82-7671-148-0

ISSN: 1501-8563

Financed by:

Keywords: Psychiatric nursing, collaboration, community health service, psychiatric hospital ward, culture, qualitative content analysis.

Summary: This study was part of a four-year research collaboration between Hedmark College, Department of Nursing Education and Sanderud Psychiatric Hospital. Themes under study were communication and collaboration of this issue primary healthcare and specialist health care. The present study is a prolongation of this issue. The aim of the study was to look at 1) the communication and collaboration between the psychiatric hospital and the psychiatric nurse in two (urban and rural communities) and 2) between psychiatric nurses and council physicians and culture workers in the two municipalities. The study had a qualitative, explorative and descriptive design. Data were obtained from semistructured interviews, and analysed by means of a qualitative content analysis. In addition, a content analysis of two community psychiatric programs was carried out. The analysis of the interviews showed that the community psychiatric nurses felt the need for more systematically interdisciplinary collaboration. Furthermore, the doctors need to learn more about the psychiatric nurses' skills and how they carry out their work. The results showed that a more regular forum for professional guidance and co-ordination in relation to particular client's cases was needed in order to improve the quality of the psychiatric care. At present this collaboration is characterised by ad hoc meetings, especially for the doctors. The culture workers in the urban community have already established a structured collaboration with the mental hospital. This is not the case in the rural community. The result showed that the psychiatric care established a closer collaboration to volunteer organisations in the rural community than in the urban community. Collaboration with the mental hospital clinic is not regarded as good enough to ensure the quality of the health services for the clients in the community.

Forord

Etter invitasjon om å delta i Prosjekt Undervisningsavdeling har dette gitt meg erfaring og innsikt innenfor enkelte områder i psykiatri tjenesten og i kommunehelsetjenesten som jeg tidligere ikke var kjent med.

Førsteamanuensis Jan Kåre Hummelvoll og professor Elisabet Severinsson takkes for støtte og inspirerende veiledning. En særlig takk til Jan Kåre Hummelvoll som har vært en igangsetter når det har vært motbakker. En stor takk til respondentene for deres vilje til å dele sine kunnskaper med meg. Prosjektet har blitt styrket gjennom velvillighet hos bibliotekarene ved Avdeling for sykepleierutdanning som har vært behjelpelig med å fremskaffet litteratur ved søk i tilgjengelige databaser og jeg takker for deres innsats. Takk til Marianne og Andreas for deres tålmodighet enkelte helger.

I løpet av prosjektperioden har media fokusert på flere tilfeller i psykiatrien hvor klienter har påført seg selv og andre varige skader. Dette kan bl.a. skyldes mangel på kommunikasjon og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som styrker berettigelsen av dette prosjekt.

Et eksempel er den tragiske hendelse på en øykommune hvor kommunelegen uttaler på TV 2 6. juni-00:

”Vi føler maktesløshet når vi skal videre i systemet”

(dvs. til spesialisthelsetjenesten - egen tilføyelse).

I lys av dagens krav om effektivisering og med den fokusering det har vært på spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten gjennom media det siste året, håper jeg at denne rapporten kan være til hjelp for å kunne stimulere til nytenkning for å finne løsninger og tilpasninger innenfor de rammer som fastsettes av departement og Storting til beste for klientene.

*At ei du kan, dig visst forlades,
men aldrig at du ikke vil.
Henrik Ibsen, Brand.*

Elverum i desember 2000
Harald Holst

Innholdsfortegnelse

Forord	7
Innledning	11
Hensikt	12
Forskningsspørsmål	13
Metode	15
Metodevalg	15
Etiske aspekter	15
Utvalg	16
Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervju	17
Analysemetoder	18
Metodisk refleksjon	20
Samarbeid	22
Kommunikasjon.....	25
Samarbeid og kommunikasjon	27
Kommunehelsetjenestens samarbeidsutfordringer for å fremme psykisk helse – teoretisk rammeverk	29
Psykisk helse en utfordring i kommunehelsetjenesten.....	29
Kommunehelsetjenestens utfordringer i psykiskhelsevern	31
Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten.....	33
Kultur og sosialt nettverk som utfordring i kommunens psykiske helsearbeid	38
Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten i forholdet spesialisthelsetjenesten	41
Resultater	47
Organisatorisk tilhørighet.....	47
Samarbeid i kommunehelsetjenesten	48
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	57
Samarbeid med frivillige organisasjoner.....	65
Sammendrag	66

Innholdsanalyse av psykiatriplan - by-og landkommune	67
Bykommune.....	68
Behov.....	68
Tiltak.....	70
Ideologi.....	71
Landkommune	72
Behov.....	73
Tiltak.....	74
Ideologi.....	75
Sammenligning av behov og tiltak i to psykiatri planer.....	75
Ideologi i kommuneplanene	78
Drøfting	79
Behov for felles forståelse av yrkeskompetanse	79
Behov for samordning av tjenester innad i kommunen.....	82
Behov for samordning av tjenester mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	85
Behov for samarbeid med frivillige organisasjoner	87
Konklusjon og endringsforslag	91
Videre forskning.....	95
Litteratur.....	97

Innledning

Studien inngår i «**Prosjekt Undervisningsavdeling**» som er et 4-årig forskningssamarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleierutdanning og Sanderud Sykehus. I prosjektbeskrivelsen fra førsteamanuensis Jan Kåre Hummelvoll :”*Undervisningsavdeling som organisatorisk virkemiddel til fremme av forskningsbasert undervisning og kompetanseutvikling i det kliniske felt*” fokuseres det på primærhelsetjenesten. Blant de temaer som skal studeres er forbedring av kommunikasjons- og samarbeidsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette forskningsarbeidet kan bidra til metodeutvikling, samordning og kvalitetsforbedring av det psykiatriske tjeneste- og behandlingstilbud. Den foreliggende studien vil være direkte i tråd med dette temaet idet studiet har til hensikt å belyse samarbeid og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Prosjektet må også sees i sammenheng med de arbeider som er gjort tidligere ved Høgskolen i Hedmark hvor fokus er: ” *Den psykiatriske sykepleier i kommunehelsetjenesten som ”libero*” (Hummelvoll 1996) og ”*Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten - en evaluering av brukertilfredshet*” (Hummelvoll og Granerud 1996).

Det er relativt få studier i Norge som har sett på psykiatriske sykepleieres arbeidsfelt i kommunehelsetjenesten (Hummelvoll 1998, Havn og Vedi 1998, Hummelvoll 1997, Almvik 1996, Hummelvoll 1996, Hummelvoll og Granerud 1996). Internasjonalt er det skrevet en del om det virkefelt og fokus som den psykiatriske sykepleier har i sin arbeidssituasjon i kommunehelsetjenesten. Fokus de senere år har vært rehabilitering i lokalsamfunnet og i dagliglivet. Hyppigheten av reinnleggelser av klienter hvor kommunen har ansatt psykiatrisk sykepleier har minsket. Hennes funksjon er fokusert på ettervern og å kunne gi veiledning, råd og støtte til pårørende og til personalet i kommunen.

Det har også vært få studier i forhold til samarbeid og kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Johansen 1997 og 1999). Internasjonalt er det enkelte forskere som har tatt opp dette spørsmål blant andre Parry-Jones m.fl. (1998).

Hensikt

Det desentraliserte tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser har gjort at psykiatrisk kompetanse er etablert og/eller forsterket innenfor kommunene. Hvordan fungerer kommunikasjon og samarbeid mellom psykiatrisk sykepleier, spesialisthelsetjenesten og andre relevante samarbeidspartnere i kommunen for at et fruktbart samarbeid kan finne sted ?

Fokus er kommunikasjon og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og andre etater innenfor kommunen – her kulturetaten, og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Begrepene kommunikasjon og samarbeid blir belyst relatert til hvordan disse har innvirkning på samarbeid, og mellom etater i kommunen og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Brukertilfredshet må være et selvsagt mål for samarbeidet mellom aktørene.

Det er anvendt kvalitative forskningsintervjuer for å kartlegge kommunikasjon og samarbeid mellom etatene (se ovenfor). Intervjuene er analysert samlet og det er trukket ut enkelte utsagn for å bedre belyse respondentenes utsagn. I tillegg er det utført en kvalitativ innholdsanalyse av to psykiatriplaner fra de respektive kommuner hvor innholdet er analyser i forhold til mål, behov, tiltak og ideologi.

I fremstillingen er benyttet hun om psykiatrisk sykepleier og han om øvrige informanter og klienter.

Forskningsspørsmål

Følgende spørsmål søkes det svar på:

- Hvordan fungerer kommunikasjon og samarbeid mellom psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten og mellom kommunens øvrige etater ?
- Er det forskjell på den kontakt som etableres mellom psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forhold til akutt -og rehabiliteringsavdelinger ?
- Hvilke endringer kan være aktuelle dersom det er utilfredsstillende samarbeid mellom psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på grunn av svikt i kommunikasjonen ?

Metode

I dette kapitlet blir det først gjort kort rede for forskerens perspektiv i feltet, innføring i metodebakgrunn, etiske aspekter relatert til denne studien, utvalg av informanter, gjennomføring av kvalitative intervjuer, gjennomføring av kvalitativ innholdsanalyse og kapitlet avsluttes med metodisk refleksjon.

Metodevalg

Det er valgt et deskriptivt, eksplorativt og kvalitativt design i studien for å belyse samarbeid og kommunikasjonen mellom tjenesteyterne i psykiatrien i kommunehelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å få kunnskap om samarbeid og kommunikasjon ble tre datasamlingsmetoder benyttet: 1) Kvalitativt intervju (modifisert versjon av Kvaales (1998) kvalitative forskningsintervju), 2) kvalitativ innholdsanalyse av tekster (de to kommunenes psykiatriplaner og av litteratur) og 3) litteratursøk gjennom Medline, Cinahl og Embase Psychiatry. Perioden det er søkt i er 1990 – 2000. Det er utført to søk med ett års mellomrom. Søkeord som ble anvendt var: Psychiatry, psychiatric nursing, community, collaboration, administration og culture.

Det fremkom ni relevante artikler og bøker/rapporter hvorav fire ble anvendt i rapporten i forhold til samarbeid og kommunikasjon i kommunehelsetjenesten relatert til spesialisthelsetjenesten.

Etiske aspekter

Tillatelse til intervju ble innhentet skriftlig fra ledelsen for de to berørte etater (helse/kultur) i kommunene. Respondentene har gitt skriftlig, informert samtykke og deltagelsen var frivillig. De var kjent med at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når som helst (vedlegg 4). Respondentene og deres arbeidssted er anonymisert. Det samme gjelder

uttalelser som kan spores tilbake til respondentene og/eller deres arbeidssted. Det ble enkelte ganger referert til klientkasus, og disse er utelatt eller omskrevet for å sikre anonymitet i det utskrevne materialet.

I løpet av prosjektperioden tok ledelsen og veilederne av prosjektet hensyn til de etiske sider ved prosjektet. Utskrifter og bånd er oppbevart forskriftsmessig og vil bli destruert ved offentliggjøring av undersøkelsen sammen med navn på informanter (jfr. Kruuse 1996 s.199-206 og Kvale 1998 s.67-71).

Ved presentasjon av analysen av to psykiatriplaner ble disse anonymist. Der det har vært hensiktsmessig med sitater, er navn utelatt.

Utvalg

Bykommunen er middels stor og landkommunen er relativt liten. Respondentene utgjøres av tre psykiatriske sykepleiere, to fra bykommune og en fra landkommune. Dessuten ble det intervjuet en kommunelege, en helse-og sosialsjef og en kulturmedarbeider fra begge kommunene. Til sammen deltok ni respondenter i intervjuundersøkelsen. Seks kvinner i alder 44 – 55 og tre menn i alder 45 – 52. Alle har en videre-spesialutdanning for den stilling de innehar på minimum en til to år. Sju respondenter hadde hatt sin nåværende stilling ett år – to år og opp til 15 år. To respondenter har vært ansatt i et halvt år og er tilsatt i nyopprettede stillinger. Man kan dermed anta at respondentene kjenner sine virkefelt godt.

Utvalget av de to kommunene ble gjort av veileder og leder for Prosjekt Undervisningsavdeling. Utvalget av respondenter var tilfeldig i bykommunen fordi det her var flere psykiatriske sykepleiere å velge mellom, likeledes i kulturetaten og blant leger. Navn på aktuelle respondenter ble oppgitt av helse- og sosialsjefen i bykommunen og inneholdt flere alternativer også fra kulturetaten. I landkommunen ble utvalget styrt av at det bare var en ansatt i den enkeltes virksomhetsområde. Alle som ble kontaktet for intervju ønsket å delta.

Ingen trakk seg i løpet av studien. Intervjueren kjente ingen av respondentene på forhånd.

Gjennomføring av det kvalitative forskningsintervju

Det ble foretatt en samtale med psykiatrisk sykepleier i en landkommune mens prosjektbeskrivelsen var under utarbeidelse. Dette for å bli bedre kjent med problemfeltet og for å kunne få et bedre inntrykk av hvordan samarbeidet innad i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerte. Samtalen varte ca. en time. Det ble tatt notater under samtalen. Enkelte utsagn som ble brukt som sitater under prosjektbeskrivelsen, og i den senere rapporten, ble det gitt skriftlig tillatelse til fra samtalepartneren.

Før den endelige intervjuguide ble utformet, ble det gjort et prøveintervju med en helse-og sosialsjef i en by kommune, og med psykiatrisk sykepleier med erfaring fra kommunal psykiatritjeneste. Etter disse prøveintervjuene ble intervjuguiden justert ved at spørsmålenes rekkefølge ble endret og enkelte spørsmål ble reformulert (Jfr. Kruuse 1996, s.123-125, Kvale 1998, s.122).

Det kvalitative intervju er semistrukturert med åpne spørsmål og ble gjennomført ved hjelp av intervjuguide (vedlegg 5 og 6). Spørsmålene ble valgt og strukturert innenfor hovedområdene samarbeid innad i kommunen, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og samarbeid med kulturetaten. Tilslutt ble det stilt et åpent spørsmål om det var andre forhold relatert til kommunikasjon og samarbeid de ønsket å fortelle om.

Tillatelse til intervju ble innhentet skriftlig fra ledelsen for de berørte etater i kommunene (vedlegg 2). Respondentene ble kontaktet på forhånd for å avtale tid for intervju og skriftlig bekreftelse på avtalen sammen med en orientering om undersøkelsens hensikt og temaområder (vedlegg 3). Før intervjuet startet underskrev respondenten på samtykke til intervjuet og at de kunne trekke seg i løpet av undersøkelsen (vedlegg 4).

Intervjuguiden ble ikke presentert for respondentene på forhånd (Kvale s.122). Dette for å kunne oppnå mest mulig spontane svar. Der det var behov for avklaring hva respondentene mente, ble det stilt utdypingsspørsmål (jfr. punkt tre under Kvales seks trinn for analyse). Varigheten på intervjuene var i gjennomsnitt 35 min. Intervjuene ble avtalt gjennomført på den enkeltes kontor og ble tatt opp på bånd, i tillegg noterte intervjueren stikkord under intervjuene.

Innledningsvis ble det redegjort for intervjuerens bakgrunn for å utføre denne undersøkelsen. For å få en myk start på intervjuet ble det stilt spørsmål om respondentenes utdanning og praksis. Dette ble i første rekke gjort for at respondenten skulle tilpasse seg situasjonen med lydbåndopptaker og før intervjuer stilte spørsmål som var essensielle for forskningen.

De fleste respondentene var opptatt av å fortelle om sin hverdag og var engasjert i emnet samarbeid og kommunikasjon med sine medarbeidere.

Analysemetoder

I det følgende blir det redegjort for analysemetoder som er anvendt i forhold til intervjuer og innholdsanalyse av to psykiatriplaner.

1. Analyse av intervjuer :

Utskriving av intervjuene ble foretatt ordrett av intervjueren etter først å ha lyttet til intervjuene flere ganger. Dette for å gjenskape intervjuesituasjonen og for å få en helhetsopplevelse av intervjuene. ”Hvileord” ble for det meste utelatt og fremkommer i utskriftene som pausetegn. Utskriftene ble så gjennomlest flere ganger før de ble sammenholdt og kategorisert.

Det ble benyttet fire av Kvale’s (1998 s.122) analytiske trinn:

- Intervjupersonen beskriver hva de føler og gjør i forhold til emnet.
- Intervjupersonen oppdager nye sammenhenger under intervjuet.

- Intervjueren foretar fortettinger ved å stille utdypnings spørsmål som er en del av den kontinuerlige tolkning som foregår gjennom intervjuet for å kunne få et så klart bilde som mulig.
- Intervjuet blir transkribert og tolket av intervjueren.
 - Intervjuet ble kategorisert ut fra tre hovedkategorier. (Se senere).
 - Klargjøring for analysen – Skille mellom det vesentlige og uvesentlige.
 - Respondentens egenforståelse hentes frem av materialet.
 - Nye perspektiver på fenomenet.

Utskriften av intervjuene ble gruppert ut fra stillingskategori og resultatene ble deretter gruppert i tre områder på tvers av stillingskategoriene:

- Samarbeid innad i kommunen.
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeid med frivillige organisasjoner.

Den narrative dimensjonen som Kvale (1998 s.132) beskriver i intervjuutsagn som fortellinger, som i første omgang kan virke som digresjoner er tatt opp til vurdering i forhold til de deler av intervjuene som ikke er transkribert og dermed ikke med i resultatet av undersøkelsen. Disse delene av intervjuene er lyttet på flere ganger og en tolkning ut fra narrativ dimensjon kan være at enkelte av respondentene har behov for å ha en person som samtalepartner eller å ha en som kan ha en container-funksjon i forhold til de problemer som den enkelte respondent kan ha i sin yrkesutøvelse. Dette er ikke medtatt i resultatene, men er tatt opp i drøftingen og det har gitt forsker et innblikk og en forståelse av arbeidssituasjonen hos enkelte av respondentene.

2. Kvalitativ innholdsanalyse av to psykiatriplaner :

Etter å ha analysert de empiriske dataene, ble det gjort en kvalitativ innholdsanalyse av tekstene i psykiatriplanene fra de respektive kommuner. Analysen er en innholds/ideanalyse som har til hensikt å beskrive og klargjøre innholdet i en tekst og dens logiske strukturer. Betydningen og innholdet av de standpunkter som fremkommer i teksten, forholdet mellom standpunktene og hvilke argumenter som legges til grunn

for standpunktene ble undersøkt (Barbosa da Silva 1996 s. 194). Teksten ble sortert i forhold til kategoriene:

- mål
- behov
- tiltak
- ideologi.

Kategoriene fremkommer naturlig ved at planene er bygget rundt mål og tiltak for mennesker som har eller er i faresonen for å få psykiske lidelser. For å forenkle oversikten er kategoriene i de to planene sammenlignet og resultatene av disse vil bli tatt opp i diskusjonsdelen. Betydningen av de standpunkter som fremkommer i psykiatriplanene presenteres som mål og ideologi. Forholdet mellom standpunktene, og hvilke argumenter som legges til grunn for standpunktene i planene, danner bakgrunn for kategoriene behov og tiltak. Barbosa da Silva (s.195) hevder at det er nødvendig med en argumentasjonsanalyse for å kunne besvare spørsmål om teksten er holdbar i forhold til idé, hensikt, standpunkt eller tese. En slik argumentasjonsanalyse er gjort indirekte ved at de forskjellige kategorier i psykiatriplanene er diskutert opp mot analysen av det empiriske materiale i diskusjonskapitlet.

Metodisk refleksjon

Spørsmål om respondentene kan kjenne til hverandre og kommunisere hvilke spørsmål som blir tatt opp i samtalen med intervjueren blir belyst av Magnusson (1998). Her peker forskeren på at dette kan gi en viss påvirkning av respondentene. Forskeren hevder at intervjupersonen skal få lov til å være verten for å føle at den som intervjuer ikke er den som har kontrollen. Det var derfor viktig at intervjuene foregikk på respondentenes kontor. Forskeren søker å få frem den livsverden som respondenten kjenner og arbeider i.

I hvor stor grad intervjupersonene har hatt mulighet til å utveksle informasjon med hverandre er usikkert, men det er lite sannsynlig. Det ble ikke klargjort for noen av de intervjuede om hvem intervjueren hadde, eller

skulle intervju. Rekkefølgen på intervjuene var helt tilfeldig og intervjuene foregikk over en periode på fire uker, samtidig i by-og landkommunen og uavhengig av stillingskategori.

I interaksjonen mellom respondent og forsker belyser Magnusson (1998) den maktposisjon som kan ligge i forskningsintervjuet. Denne interaksjonen og mulig maktposisjon må forskeren være klar over og etterstrebe et åpent klima i situasjonen som kan bidra til at intervjueren får innblikk i informantens livsverden.

Giorgi (1994) beskriver det å søke å få frem refleksive opplevelser i intervjuet, noe som igjen krever et en søker å oppnå en jevnlikhet mellom respondent og forsker. Kvale (s.122) hevder at intervjupersonen kan oppdage nye sammenhenger under intervjuet. Dette opplevde forskeren flere ganger – noe som illustreres i sitatene i resultatdelen.

Magnusson (1998) diskuterer også om respondenter tegner et idealbilde når de blir stilt spørsmål av intervjueren. Det er neppe noe idealbilde som ligger til grunn i uttalelser hos de enkelte respondentene i denne undersøkelsen, før de mot slutten av intervjuet blir spurt om hvilke endringer de kan tenke seg. Her fremkom det naturlig nok en del tanker som kanskje kan være ønsketenkning.

Når det gjelder kommunikativ validitet kan følgende poengteres: Deler av anonymiserte intervjuer ble forelagt kollegaer i fagforum på høgskolen, til gjennomlesning og med mulighet til å foreslå kategorier. I hovedsak støttet deltagerne i fagforumet de samme områder som er brukt i analysen. Denne form for validering kan betegnes som et diskurskriterium (jfr. Kvale 1998 s.170-172 og Larsson 1993 s.204-205).

Begrepsavklaring

For å gi en kort oversikt over begrepene samarbeid og kommunikasjon vil det bli presentert definisjoner hentet fra litteraturen.

Utgangspunkt for en sematisk analyse er beskrevet av Peep Koort i 1975. Angrepunktet kan utgå fra innhold eller omfang. I denne rapporten vil innholdet bli belyst ut fra definisjoner i faglitteratur, for så å komme frem til en stipulativ definisjon.

”En stipulativ definition är således en ren överenskommelse om ett visst språkbruk, och kan naturligvis inte vara sann eller falsk” (Koort 1975 s.-25).

Det er også anvendt leksikal/manuell søkning som det fremkommer i kapitlet.

Samarbeid

Begrepet samarbeid er anvendt av Johansen (1999) hvor fokus er samarbeid (egen understreking) innen psykisk helsevern for voksne. Ordet samarbeid blir ofte brukt uten at dette er nærmere analysert som begrep.

Begrepet samarbeid er redegjort for av Lauvås og Lauvås (1994 s.47):

”Ordet ”samarbeid” er også et vanlig begrep i vårt dagligspråk. Begreper som brukes ofte og i mange forskjellige sammenhenger, er imidlertid vanskelige å definere presist. I tilknytning til arbeid i organisasjoner brukes begrepene samordning, samarbeid og integrering om hverandre, i likhet med de engelske ordene ”coordination”, ”cooperation” og ”collaboration”.

Det kan allikevel være av interesse å se nærmere på ordet samarbeid.

Begrepet består av en forstavelse 'sam' i sammensetting med substantivet –'arbeid'. Sam er en oldnorsk form og er forklart ut fra både gammel gotisk og det angelsaksiske språk (Falk og Torp 1994).

Norsk Riksmålsordbok (1991) viser til at ordet er sammensatt og at 'sam' - brukt som substantiv/adjektiv eller verb for å uttrykke ensartethet, fellesskap, forbindelse, overensstemmelse f.eks. samtale, samarbeid, arbeid i fellesskap. Taule (1990) peker på at 'sam' brukt som en forstavelse betyr ensartethet, identitet eller fellesskap.

'Arbeid' kommer fra eldre dansk og stammer sannsynligvis fra det tyske "arbeit", eller det hollandske "arbeid", oldsaksiske som er oversatt med "besvær" eller det oldhøytyske "ar(a)beit" som er oversatt med "arbeid, møie, nød" (Etymologisk ordbog 1994).

Verbet er brukt i litterært språk som å arbeide sammen, være sammen om et arbeide (Store Norske Ordbok 1991).

Som synonym brukes kompaniskap, kooperasjon, teamwork, økumeni (Gundersen 1996).

Britanica <http://www.eb.com:180/> bruker ordet cooperation som stammer fra det 14.århundre. og utdyper det med:

"1 : the action of cooperating : common effort (felles anstrengelse)

2 : association of persons for common benefit (felles nytte)-co·op·er·a·tion·ist /-sh(&-)nist/ noun".

Kunnskapsforlaget oversetter cooperation med samarbeide, mens en eldre engelsk/dansk ordbok oversetter med medvirkning, samvirkning (Magnussen m/fl. 1922).

Judy Kokkin (1998) hevder bl.a. at forutsetningene for et samarbeidsforhold er:

*”-at man oppnår en felles forståelse for eller formulering av problemet
-at man har en gjensidig respekt for hverandres kompetanseområde
-at man er enige om mål eller ønsket resultat
-at man har tillit til hverandres vilje til å iverksette tiltak enten sammen eller hver for seg.”*

Hva skiller samarbeid med det å arbeide sammen ? Det ene behøver ikke utelukke det andre, men hva med mål for arbeidet. Påstanden kan være at dersom det ikke eksisterer et klart definerte mål, vil samarbeidet kunne lide eller være fraværende.

Jan Kåre Hummelvoll (1997) tar opp samarbeid i sin definisjon av psykiatrisk sykepleie hvor det i et av leddene står:

”Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og å finne egne holdbare livsverdier”.

Forfatteren legger i sitatet vekt på det samarbeid/fellesskap som man etterstreber mellom sykepleier og klienten. Dette samarbeid må også kunne utvides til å gjelde mellom etatene i kommunehelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten / kommunehelsetjeneste i forhold til de aktører som deltar i planlegging og behandling til beste for den psykiatriske pasient.

Det å arbeide sammen kan være samarbeid, men da er muligens den fysiske nærhet mer tilstede og det ”ikke nedfelte mål” lettere å oppnå i pasientomsorgen. Dette blir da i kontrast til det samarbeid som kreves utført i psykiatrien innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å oppnå samarbeid, når ikke den fysiske nærhet er tilstede.

I denne undersøkelsen vil derfor begrepet samarbeid måtte forstås som:

Aktørene utfyller hverandre ut fra egen erfaringskunnskap og kompetanse med klart definerte mål.

Kommunikasjon

Kommunikasjon og informasjon må ses på som sentrale begreper for å oppnå samarbeid. Begrepene blir ofte brukt om hverandre. Sveum (1989) definerer informasjon som en melding som ikke krever tilbakemelding og kan forstås som en enveiskommunikasjon.

Begrepene informasjon/kommunikasjon er nærmere belyst av Rommetveit -1997 s.31 som mener:

”Og grunndraga i kommunikasjonshandlinga er følgjande: Ein intensjon om å gjera noko kjent, ei innkoding (på engelsk: «encoding») av den intenderte budskapet i eit kommunikasjonsmiddel eller medium, ei avkoding (på engelsk: «decoding») av mediet som set mottakaren i stand til å oppleve intensjonen i innkodinga og dermed ta imot budskapet”.

Forfatteren belyser videre den nonverbale kommunikasjon (s.33):

”Kommunikasjonsintensjonen opplever me då innanfrå kanskje først og fremst i det me kjem til kort. Når me les i den andres andlet at han ikkje forstår, når me famlar fåfengt etter dei rette ord, då opplever me ein diskrepans mellom den intenderte budskapet og det som me maktar koda inn i vår tale (den sende budskapet)”.

Disse sitatene må kunne forstås slik at informasjon er avhengig bl.a. av tilbakemeldinger (verbalt/nonverbalt) mellom sender og mottaker for at kommunikasjon skal kunne oppstå (Thornquist 1998 s. 21).

Det er viktig å trekke frem den nonverbale delen for å oppnå en kommunikasjon som kan være hensiktsmessig for å kunne dele forståelse og medlevelse.

Fauske (1999 s.15-17) henviser til Jürgen Habermas' teorier:

”Menneskets kommunikative kompetanse og aktivitet er grunnleggende for sosialt samkvem .. og må søkes avdekket gjennom en analyse av hverdagslivets samhandling og kommunikasjon”.

I forhold til kommunikativ handling kan dette lede til den strategiske handling, dvs. en samtale som har måloppnåelse til hensikt og som forutsetter forståelse og enighet for måloppnåelsen. Forutsetningen for måloppnåelse må være at det er en samtale som har til hensikt å lede til et klart mål og at aktørene i samtalen har lik mulighet til deltagelse.

Den strategiske samtale må ha til hensikt og garanti at deltagerne vil oppfylle de uttalte mål. Likeledes at det ”bygges kommunikative avskjermede rom” for kommunikasjonsfellesskap for å sikre en måloppnåelse uten at dette i forstert grad påvirkes av for eksempel media eller politisk styring (Habermas 1999 s.76ff.). (I dette tilfelle tenkes et ”felles kommunikativt rom” for aktørene i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også for aktører i kommunehelsetjenesten som er engasjert i forhold til mennesker med psykiske lidelser).

Kommunikasjonsbegrepet er som det fremkommer ovenfor, svært omfattende og berører mange sider ved samarbeid mellom aktørene. Kommunikasjon vil være avhengig av den verbale og nonverbale kontakten, men også i hvor stor grad det er definert mål for samtalen og for samarbeidet.

I denne undersøkelsen må derfor begrepet kommunikasjon forstås som:

For å oppnå tilfredsstillende kommunikasjon må denne være bundet opp mot definerte felles mål for samarbeid, og aktørene har så god kjennskap til hverandre at målrettet kommunikasjon kan finne sted uten direkte visuell kontakt.

Samarbeid og kommunikasjon

Ut fra de deldefinisjoner som er gjort ovenfor vil en felles definisjon på samarbeid og kommunikasjon måtte bli:

Ut fra erfaringskunnskap og kompetanse må det være klart definerte mål for samarbeidet. Samarbeidet og kommunikasjonen vil derved kunne være målrettet, selv uten visuell kontakt.

Kommunehelsetjenestens samarbeidsutfordringer for å fremme psykisk helse – teoretisk rammeverk

I dette kapitlet settes det fokus på hva litteraturen trekker frem av utfordringer som kommunehelsetjenesten har og som de må forholde seg til. I starten av kapitlet vil det bli kort redegjort for begrepet psykisk helse/uhelse for å hevde et helsefundament i rapporten. Deretter tar rapporten opp ulike utfordringer i kommunehelsetjenesten. Kultur, som en vesentlig faktor for psykisk helse, vil bli belyst og til slutt hvilke samarbeidsutfordringer som finnes i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Det teoretiske perspektiv er i denne undersøkelsen tilnærmet sosialpsykiatrisk (Fleck 1990 og Granerud 1999, s.7). Vekten er lagt på samarbeid og kommunikasjon som sentrale forutsetninger for forebyggende og helsefremmende arbeid innen kommunalt psykisk helsearbeid. Sentrale aspekter og begreper innen dette brede perspektivet er søkt gjort rede for i dette kapittel.

Psykisk helse en utfordring i kommunehelsetjenesten

Helsebegrepet relatert til psykisk helse/uhelse vil være aktuelt å belyse i innledningen av dette kapittel. Rapporten bør ha et helsefundament for å fremheve at alle tiltak som gjøres i forhold til mennesker med psykisk lidelse bør ha en helhetsforståelse og perspektiv i sine handlinger i samarbeidet for å møte denne klientgruppens behov.

Helse som begrep innenfor psykiatrisk sykepleie kan forstås som en prosess. Det er en dynamisk prosess som inkluderer emosjoner, interesser, motivasjoner, holdninger, verdier og åndelige dimensjoner gjennom de forskjellige faser i livet hvor de endres og modnes. Komponentene i samspill med hverandre vil gi seg utslag i en samhandling med andre mennesker og omgivelsene i forhold til fleksibilitet og stabilitet i

tilpasnings- og mestringssevne. I tillegg vil menneskets evne til å oppfylle sosiale roller og utviklingsoppgaver være avhengig hvordan mennesket møter og behandler de ovennevnte komponenter. De innebygde krav i komponentene og hvordan disse møtes vil igjen være avhengig av menneskets psykiske helse (jfr. Hummelvoll 1997 s. 537).

Hvilke faktorer er det så som påvirker psykisk helse og uhelse? Cullberg (1991, s. 6) deler disse opp i tre faktorer: Sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og beskyttelsesfaktorer. Sårbarhetsfaktorer er gjerne knyttet til genetiske, biologiske og psykososiale faktorer. De utløsende faktorer kan være kriser i menneskets psykologiske eller biologiske forhold. Beskyttelsesfaktoren, som er relevant for denne undersøkelsen, kan være styrkning av identitetsfølelsen. Cullberg trekker spesielt frem beskyttelsesfaktorer som det sosiale nettverk, arbeid og sysselsetting og opplevelse av sammenheng og mening i livet.

Antonovski (1985 s. 123–197) trekker frem begrepet ”sense of coherence” (opplevelse av meningssammenheng) hvor han vektlegger individets mulighet til å ha forutsigbarhet til det indre og ytre miljø og at dette forholdet vil utvikle seg så lang det kan forventes av individet. Han hevder helse vil avgjøres av hvilke spenningsfelt som ligger i de sosiale relasjoner, om individet har opplevd og opplever en meningssammenheng i livet eller ikke og om individet har opplevd eller opplever en tilstand av helse eller uhelse.

Helsesituasjonen vil bli påvirket enten i positiv eller i negativ retning om den sosiologiske/kulturelle situasjon i lokalsamfunnet er integrerende eller desintegrerende. Et integrende nærmiljø/lokalsamfunn hvor både de formelle og uformelle strukturer fungerer godt, vil kunne integrere mennesker med psykiske lidelser i sitt nærmiljø/lokalsamfunn. Hvis lokalsamfunnet derimot er preget av desintegrasjon, som kan skyldes bl.a. etablering av nye store arbeidsplasser (med store sosiale forandringer) eller nedleggelse av hjørnesteinsbedrifter med arbeidsledighet og redusert tro på fremtiden som følge. I et slikt sårbart lokalmiljø vil de som mister arbeid selv kunne bli utsatt for bl.a. depresjoner - noe som vil kunne kreve bistand fra fagpersoner. Derved vil lokalmiljøet ha lite overskudd til å

integre andre mennesker med tidligere psykiske lidelser (jfr. Hummelvoll 1997, s. 547-549).

Kommunehelsetjenestens utfordringer i psykiskhelsevern

Utviklingen siden lov om helsetjenesten i kommunene fra 1984 og senere Stortingsmelding 1987 har gitt langt større behandlingsansvar til kommunene ved overføringen av klientansvar fra spesialisthelsetjenesten. I de føringer som er lagt i Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 97) er det vektlagt en styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Denne vektlegging tas også opp av Stangeland og Stangeland (1996, s.15) som hevder:

”Vi vil understreke at det i forbindelse med de statlige øremerkede tilskuddene fra og med 1995 ikke har skjedd noen endring i kommunens ansvar for mennesker med psykiske lidelser. Kommunene har fortsatt det ansvar de hadde før de øremerkede midlene dukket opp i 1995.”

Det pekes også på at det var økonomisk trangere i kommunene for å utøve omsorg og behandling av psykiatriske klienter før de øremerkede midler kom i 1995. Kommunehelsetjenesteloven sier klart at kommunens ansvar i utgangspunktet ikke er avgrenset til bestemte grupper, men gjelder alle som bor eller oppholder seg midlertidig der. I den samme loven blir også kommunene pålagt ansvar for de helsetjenester som ikke hører inn under fylke eller stat (Stangeland & Stangeland 1996 s. 15).

Tidligere har ikke kommunene i tilstrekkelig grad prioritert behandling av mennesker med psykiske lidelser, noe som kan skyldes at fylkeskommunen tradisjonelt har hatt ansvar for denne behandling, men det kan også skyldes en tilbakeholdenhet og noen ganger frykt blant fagpersoner i kommunehelsetjenesten for denne klientgruppen (Ramsdal og Ludviksen 1998 s. 235).

Da de sentraliserte tilbud ble nedbygget, var det et siktemål å styrke og utvikle de alternative ressurser i nærmiljøet for mennesker med psykiske lidelser. De utfordringer kommunens behandlere står ovenfor vil bl.a. være

å møte behov for hjelp til å løse problemer rundt rusmisbruk, somatiske plager, økonomi og juridiske behov. Men også å etablere og stimulere til utvikling av vennskap og sosialkontakt. Det blir viktig å stimulere til å oppdage og iverksette meningsfulle aktiviteter som støtter klientenes egne mål (Wold 1997 s. 148).

Hvordan kommunene er forberedt på å møte disse endringer og uttalte krav søker kommunene å beskrive i psykiatriplaner som kommunene har vært pålagt og utforme innen 01.06.98 etter krav fra Helse-og sosialdepartementet (jfr. rundskriv I-44/1997).

Kommunalplanlegging bør ha som siktemål, når det planlegges tilbud og tiltak for mennesker med psykiske lidelser, at de må kunne motta de samme tilbud, tjenester og oppfølging som kommunens øvrige befolkning (Stangeland & Stangeland 1996 s. 18).

Endringer i behandlingstilbudet innen psykisk helsevern har også blitt foretatt i England i 90-årene gjennom Community Care Act 1990 (Department of Health 1990a) og denne endring blir betegnet slik av Parry–Jones m/fl. (1998):

”Heralded a sea change in the way health and personal social service were funded and organizes, repecting arguably the most significant reform to welfare since the Beveridge Report of 1945.”

Endringene stiller krav til ledelse av behandling til den psykiatriske klienten i nærmiljøet og hvor bl.a. case management (se senere) kan være en modell.

Krav til kostnadsvurdering, behandlingseffektivitet, kvalitet i behandlingen og krav til den psykiatriske sykepleiers evne til nytenkning og omstilling, er åpenbar ved overføringen av behandlingen av mennesker med psykisk lidelse til kommunehelsetjenesten. Ved å imøtekomme kravene til kvalitet og fleksibilitet hos helsepersonellet, vil dette på sikt kunne gi et bedre helsetilbud til kommunens innbyggere (Ebeid 1999).

Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten

Den omlegging av behandlingsansvar som er foretatt fra institusjoner til kommuner har medført mer poliklinisk behandling og større vekt på rehabilitering i samarbeid med kommunene. Denne strategi har til hensikt å unngå stigmatisering, unødig hospitalisering og passivisering i sykerollen.

”Dette krever at samarbeid mellom fagpersoner og instanser er mer påkrevet enn tidligere. Diagnosepreget tankegang og terminologi som preger sykehuspsykiatrien, er ikke like relevant og blir ikke alltid akseptert av nye samarbeidspartnere med en annen bakgrunn” (Kolstad 1998 s. 108-110).

Det kan virke som institusjonenes tenkemåte har blitt ”nissen på lasset” når psykiatrien er etablert utenfor institusjonen. Når det er uavklarte ansvarsgrenser, får behandlingstilbudet gråsoner hvor ingen fagpersoner/instanser ser et direkte ansvar for behandlingen. Utdanningen har et ansvar for hva yrkesgruppene forstår som deres faglige ansvar og hvilket språk de bruker i møte med klienter, pårørende og samarbeidspartnere forøvrig. Likeledes vil synet de har på egne og andres roller, rettigheter og plikter være viktig å fokusere i utdanningen. Problemet for brukerne kan være å forstå hva de enkelte fagpersoner sier og forholde seg til dem når det blir forskjell på hjelpernes fagspråk og på hvilke tiltak de vil iverksette (Sosial-og helsedepartementet 1995 s. 12).

Blant de ulike faggruppene kan det finnes forskjellige syn på samarbeid. En av hindringene kan være taushetsplikten som kan hemme et tverrfaglig samarbeid. De yrkesgrupper som vil være involvert i et tverrfaglig samarbeid, vil også representere forskjellige syn og holdninger i forhold til klientenes behov og likeledes i forhold til hvilke yrkestradisjoner og holdninger de har til samarbeid. Det er også mulig at et tverrfaglig samarbeid kan vanskeliggjøres ut fra de forskjellige yrkesgruppers tillit og respekt i forhold til hverandre. Enkelte yrkesgrupper kan være opptatt av å verne eget område og yrkes ”egenart”. Personlige motsetninger relatert til yrkesrollen vil til slutt kunne få negativ innflytelse på det tverrfaglige samarbeid (Knoff 1985 s. 131).

Et åpent og tillitsfullt tverrfaglig samarbeid vil gi utbytte både for brukere av tjenesten og for de ansatte. Sammensatte behov hos brukerne vil lettere få en helhetlig løsning gjennom samarbeid - samtidig som respekten og forståelsen for de implisertes arbeid vil øke. Samtidig vil brukernes behov raskere bli løst og dekket. Et tverrfaglig forpliktende samarbeid over tid vil ut fra et kunnskapssosiologisk perspektiv kunne bringe kunnskap om andres fagområder og ha en gunstig virkning på samarbeidssituasjonen (Tellefsen 1993 s.125 – 143).

I en forskningsrapport fra SINTEF hevdes det at kommunal satsning på psykisk helsearbeid betinger etablering av et bredt fagmiljø som trekkes inn i tillegg til psykiatrisk sykepleietjeneste, selv om psykiatriske sykepleiere er tillagt vekt i opparbeidelsen av kommunal kompetanse på området psykisk helsearbeid (Johansen 1999 s. 42, Hannigan 1999 s. 514).

Ramsdal og Ludvigsen (1998, s. 232) viser til de sterkt oppsplittede organisatoriske rammer som omslutter arbeidet med psykiatriske klienter ved siden av at det også er profesjoner som har ulike behandlingsstrategier. Vektlegging av et tverrfaglig samarbeid for å bringe forskjellige profesjoner i en nærmere kontakt med hverandre, vil kunne føre til et felles ikke-profesjonsbasert regime.

Parry–Jones (1998) tar opp stress og jobbtilfredshets faktorer hos helsearbeidere i kommunehelsetjenesten, hvor hun peker på den økende arbeidsmengden hos disse arbeidstakerne. Denne økning gir redusert klientkontakt som da oppleves som stress i forhold til jobbtilfredshet. Disse forhold har vist en økning fra 1995 og frem til hennes studier i 1998. Hvordan dette kan løses gir ikke forskeren klart svar på, men henviser til forvaltningsmodellen og måten care management blir utøvd på. Begrepet care management blir brukt av Department of Health i 1990 og har mye tilfelles med case management, men den inneholder også en planleggingsdel i forhold til de ansatte – i tillegg til at begrepet også har et administrativ/økonomisk tillegg relatert til overordnet ledelse

Case Management modellen ble skapt i USA i 60-årene som et redskap for å sikre kontinuitet og ansvar for den totale behandling til de psykiatriske

klientene i nærmiljøet. Modellen ble senere utviklet til Clinical Case Management på 90-tallet, for å markere ansvaret for den kliniske utøvelsen av behandlingen. Denne modellen skal sikre at klienten får den omsorg de har krav på over tid. Modellen skulle også sikre at behandlerne hadde samme forståelse for klientens behov og planleggingen av klient tiltak. Likeledes at gjennomføring av tiltakene skulle være ens hos de som hadde ansvar for behandlingen.

Et av siktemålene i Clinical Case Management var en tverrfaglig sammensatt plan og etablering av tverrfaglig team i klientarbeidet. Det tverrfaglige team skulle arbeide tett og kontinuerlig med klienten. I modellen ble det vektlagt de fysiske og sosiale omgivelser hos klienten. En slik helhetstenkning krever ulike fagpersoner og setter krav til deres yrkeskompetanse (Wold 1998 s. 150-159).

Hummelvoll (1998) hevder at Case Management er et uheldig begrep fordi klienten da kan sees på som et kasus som skal ledes. Han mener begrepet ”sammenhengende omsorgstjeneste” er mer dekkende og at dette begrepet harmonerer mer med de grunnsyn som preger dagens psykiatriske sykepleie. Han påpeker at i Norge har ikke modellen fått særlig praktisk utbredelse, og brukes helst i forhold til rusmiddelmissbruk og i forhold til mulige voldelige psykiatriske klienter.

Kravet til den psykiatrisk sykepleieren i kommunehelsetjenesten har gitt langt flere arbeidsoppgaver enn hun hadde tidligere. Det mangfold av arbeidsoppgaver den psykiatriske sykepleier har i kommunehelsetjenesten gjør henne til ”libero”, en som opererer mye fristilt i forhold til sine arbeidsoppgaver (Hummelvoll 1996). Disse mangesidige arbeidsoppgaver stiller også store krav til grensesetting rundt eget arbeid for ikke å brenne ut. Det personlige preg en slik stilling kan ha, med ganske vidt mandat i kommunens beskrivelse, gir også fare for utbrenthet. Faren for dette er imidlertid større i en mindre kommune hvor den psykiatriske sykepleier ofte er alene uten en å dele de daglige utfordringer med, både de rent praktiske arbeidsoppgaver, men også i forhold til å kunne utveksle faglige synspunkter med en annen fagperson. For å forhindre at tilbudet skal få et ”monopolistisk” preg i en liten kommune, og samtidig motvirke at den

psykiatriske sykepleier blir utbredt, vil opprettelsen av tverrfaglig team kunne styrke samordningen av tilbudene og motvirke stress og slitasje i arbeidssituasjonen (jfr. Hummelvoll 1996, Hummelvoll og Granerud 1996). Faren for stagnasjon og utbredthet er bl.a. også stor dersom opptaksområdet er så stort at det kan forhindre en personlig kontakt med samarbeidspartene i området. Likeledes dersom ledelsens mål for arbeidet er for vage eller urealistiske, vil dette også føre til utbredthet (Cullberg 1999 s. 532-533).

”Alenefølelsen”, som nevnt ovenfor, beskrives av psykiatriske sykepleiere også i større kommuner bl.a. Bærum kommune. Den manglende faglige kontakt i arbeidshverdagen prøver de psykiatriske sykepleiere i Bærum kommune å motvirke ved at de har faste møter med faglige diskusjoner og faglig veiledning (Borg m/fl. 1993 s. 152-153).

Krav til behandling/rehabilitering av de psykiatriske klienter setter også krav til de ulike instanser som må inn i denne prosessen, bl.a. kulturetaten. Det vil kreve koordinasjon og trekke de rette fagpersoner/instanser inn i klientomsorgen til riktig tid og den psykiatriske sykepleier vil kunne være den som tar ansvaret for denne sammenbinding. Funksjonen styrker grunnlaget hos den psykiatriske sykepleier som ”libero” (Hummelvoll og Granerud 1996).

Begrepet normalisering, som brukes i Stortingsmelding nr.25, og da som normalisert livssituasjon for mennesker med psykiske lidelser, er uklart i sitt innhold og i sine krav til nye omsorgsformer. Det er også uklart hvilket perspektiv som skal legges til grunn i begrepet normalisering. Det hevdes av Ramsdal og Ludviksen (1998) s. 234-239 at:

”Normalisering fremstår som et radikalt alternativ og det fremstår også med krav om enkeltindividets omsorgsbehov ut fra et menneskerettighets perspektiv”.

Normaliseringsbegrepet har blitt forsøkt klargjort i forhold til mennesker med psykiske lidelser, men begrepet ble i begynnelsen anvendt for å mobilisere politisk vilje til bedre omsorg for psykisk utviklingshemmede. Det er gjennom forskning forsøkt klarlagt begrepet normalisering og bl.a.

gjort bruk av begrep som ”verdsetting av sosial rolle”. Begrepet normalisering har fått en betydning som et overordnet omsorgsprinsipp som er benyttet både av arbeidsmarkedsetaten og i bl.a. flyktningearbeidet. I normalisering ligger det et overordnet prinsipp hvor menneskers totale livssituasjon er i fokus. Begrepet får derved en generell tilslutning fra alle berørte faginstanser, men hva de forskjellige fagpersoner og instanser legger i begrepet er ofte uavklart. Dette gjelder også for de som er i behov av tjenester fra de samme fagpersoner og instanser. Denne ”felles forståelse” søker å bryte med de dominerende spesialiserings- og profesjonaliseringstendenser som kan være et politisk motiv for at begrepet brukes i Stortingsmelding nr. 25. Begrepet anvendes både om de som er i faresonen for psykiske lidelse, og de som allerede er i behov for hjelp for sin psykiske lidelse. Ramsdal og Ludviksen (1998 s.234 – 239) fremhever at dette synet på normaliseringsbegrepet til dels er spekulativt og hypotetisk, men de har ønsket å sette lys på at det kreves en klargjøring slik at det ikke blir meningsløst: *”Hvis alt er normalisering, kanskje ikke noe er det”*.

Kontakten mellom psykiatriske langtidsklienter under rehabilitering og naboer er bl.a. belyst gjennom en undersøkelse av Granerud (1999). Denne studien søker å klargjøre hvordan integrering blir opplevd av bl.a. psykiatriske langtidsklienter. Det ble bygget fellesboliger i nærmiljøer og klientene var under rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten. Der de fikk bolig var ikke nødvendigvis i deres tidligere nærmiljø, men i samme kommune og i et tilnærmet oversiktlig miljø. Undersøkelsen konkluderer med at det var både tendenser til segregering og ekskludering av klientene fra naboenes side. Mye av årsaken var uvanlig sosial opptreden og manglende informasjon til naboene om hvilke tiltak som var planlagt, da de kommunale boligene ble bygget, og hva de skulle anvendes til.

Utfordringene i kommunen ligger i å skape en samhørighet og forståelse for mennesker med psykisk lidelse. Den omsorgstenkning som er nedfelt gjennom stalige/fylkeskommunale og kommunale planer gjør at disse medmennesker må møtes med forståelse. De må bli møtt med akseptasjon med at de kan ha tanke-og følelsesforstyrrelser og nedsatt funksjonsevne og bli behandlet med respekt og integrert i nærmiljøet (Kolstad 1998).

Barker, Jackson og Stevenson (1999) hevder at den psykiatriske sykepleier i kommunehelsetjenesten opplever, sanser og verdsetter familiekontakt, livsstil og sosiale funksjon hos klienten ut fra sin yrkesmessige kompetanse, og føler ansvar for hvordan klienten funksjonerer i denne sammenheng. Denne måten å se hele klienten på er viktig når behandlingstilbudet skal samordnes med det siktemål å rehabilitere klienten. De samme momenter trekkes også frem av Borg m/fl. (1993 s. 147-148) hvor de også fremhever at klientgruppen ligger den psykiatriske sykepleier "hjertet nær" og de uttaler: "...at når vi møter folk hjemme så gjelder det hele livssituasjonen".

Kommunal satsning på psykisk helsearbeid betinger etablering av et fagmiljø som trekkes inn i tillegg til psykiatrisk sykepleier, selv om denne yrkesgruppen er en sentral rolle med hensyn til bl.a. koordinering av tjenester og veiledning på grunnlag av sin faglige kompetanse (jfr. Hummelvoll & Granerud 1996).

Kultur og sosialt nettverk som utfordring i kommunens psykiske helsearbeid

For å se kulturbegrepets betydning i det sosiale samspill er det viktig å vektlegge menneskets psykiske helse for å kunne ta del i den kultur som kan adopteres i det sosiale samspill som finner sted i nærmiljøet, og at forholdene legges til rette for denne deltagelse (Hummelvoll 1997). I denne sammenheng kan det være av interesse å presentere et prøveprosjekt (1998–2001) som er igangsatt i Nord-Odal: "*Bedre Hverdag i Nord-Odal kommune*". Prosjektet har som målsetting 1) å ta i bruk kulturlivet for å øke målgruppens psykiske helse og livskvalitet og ved dette bedre mestring av dagliglivet. 2) Å øke kulturlivets evne til å inkludere målgruppen.

Målgruppen i prosjektet er alle innbyggere i kommunen. Prosjektet er knyttet til psykiatri i kommunehelsetjenesten og prosjektgruppen mener at enkelte innbyggere ikke ønsker å bli knyttet til prosjektet av den grunn. Enkelte innbyggere med "dårlig psykisk helse" har også hatt sjeldent fremmøte. Det antydes fra prosjektgruppen at prosjektet også kan oppleves som en konkurrent til allerede etablerte lag/foreninger. For å etablere eierforhold og engasjement når prosjektet er avsluttet i 2001, er derfor de

fleste tiltak og arrangementer basert på samarbeid med lag og foreninger. Disse er forøvrig ikke med i planleggingsmøter eller prosjektgruppen. Rammen rundt møter har vært både kunnskapsorientert, mrd tema som for eksempel holdninger, selvtillit og kroppens psyke, og sosialt preget, som for eksempel juletreffest og vinteraktivitetsdag. Prosjektet har så langt bevisstgjort innbyggerne i kommunen om kulturens betydning for flere av livets sider, og har skapt en mer bevisst holdning til kultur. Enkelte av de klienter som har deltatt, og som psykiatrisk sykepleier kjenner, har hatt godt utbytte av tiltakene og: *"kommet inn i en god sirkel"* (Nord-Odal kommune 2000).

I enkelte kommuner har kulturetaten tatt ansvar for å etablere en møteplass for mennesker med psykisk lidelse. En slik møteplass har til hensikt å dekke behov for å kunne møte andre i en liknende situasjon og samtidig kunne prøve ut og mestre oppgaver og få hjelp til å kvalifisere seg enten til mindre hobbypregede aktiviteter og/eller til betalt arbeid. På en slik møteplass vil det være behov for støttende personale som kan sette fokus på ressursene hos deltagerne.

Et transporttilbud vil også være en naturlig følge av etablering av en møteplass, og de frivillige organisasjoner vil være en naturlig samarbeidspartner i dette sosiale fellesskap (Sosial-og helsedepartementet 1995 s.48-50).

Kultur forstås og beskrives ofte som den kultur mennesket bringer med seg, eller har sin bakgrunn fra, f.eks mennesker som kommer fra et annet land og bringer med seg sin egen kulturelle bakgrunn som kan være forskjellig fra den kulturen som finnes i det landet de kommer til (Cookfair 1996 s. 40). Den samme forfatter henviser til Tylers (1874) definisjon av kultur som hun betegner som den klassiske og at den griper omfattende inn i menneskets livsverden:

" A complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society. "

Kultur fremstår som en sentral faktor og utfordring for å fremme psykisk helse og sosialisering av mennesker med psykisk lidelse. Kultur kan også forstås som en kode som gir hjelp til å forstå den virkelighet man lever i, i forhold til handling i et sosialt fellesskap til språk, skikker og tradisjoner (Hummelvoll 1997 s. 489).

I betraktning at psykisk helse krever tilstedeværelse av fysisk/sosialt velvære, vil kulturtilbudet og et sosialt tilbud som bringer mennesker sammen i større eller mindre grupper, være av stor viktighet for menneskers helse. I et forebyggende arbeid vil opplevelsen av meningssammenheng i arbeid og det sosiale nettverk, men også det å kunne mestre de påkjenninger livet gir, være kjennetegnende for helse (jfr. Hummelvoll 1997 s. 536/547). Det sosiale nettverks betydning har gått tilbake de seneste årene, men den samhandling som finner sted i dette nettverk kan ikke erstattes av et offentlig apparat (Sørensen 1994).

Folkehelse rapporten (1996 s. 58) trekker frem det sosiale nettverk og bruker betegnelsen lokalmiljø-egenskaper for at mennesket skal kunne ha helse. Det må kunne ha mulighet til utvikle kontroll, trygghet og mestring. Lokalmiljø-egenskaper er i denne sammenheng viktige faktorer for å fremme psykisk helse, men også miljøfaktorer i utstrakt betydning. En meningssammenheng vil bl.a. være det sosiale nettverk som bygges rundt klienten.

Det sosiale nettverk må forstås ut fra de uformelle relasjoner og samhandlinger mellom mennesker som skjer mer eller mindre regelmessig og deres innbyrdes forhold. Denne sosiale støtte har betydning for den behandling og oppfølging mennesker med psykisk lidelse får og kan ha utbytte av. Det sosiale nettverk har derfor stor betydning for hvordan mennesket opplever livskvalitet og vil ha betydning som et helsefremmende tiltak (Hummelvoll 1997 s. 562 og Kolstad 1998 s. 111 – 113).

For å fungere som et nettverk for mennesker med psykisk lidelse må nærmiljøet bl.a. gi denne gruppen mennesker hjelp til å orientere seg og at nettverket oppleves som trygt. Det fremmer en mer helhetlig tenkning

rundt klientens behov hos den psykiatriske sykepleier i kommunehelsetjenesten når hun møter klienten i hans naturlige miljø og livssituasjon – noe som gir en annen opplevelse hos den psykiatriske sykepleier i kommunehelsetjenesten i forhold til å arbeide med klienten på institusjon (jfr. Hummelvoll 1995 s. 71 og 1997 s. 549 og 556). Nettverksarbeid i forhold til frivillige organisasjoner er lite avhengig av størrelsen på kommunen. Å arbeide med frivillige organisasjoner må ses på som viktig for den psykiatriske sykepleier for å styrke klientenes nettverk for å oppnå sosial integrasjon og sosial samhandling (Almvik 1994 s.126/156).

Omsorg for mennesker med psykiske lidelser er planlagt i stor utstrekning utenfor institusjonen og da må funksjoner og aktiviteter styrkes for å imøtekomme behovet. Det må legges opp til en kjede av funksjoner med fokus på de behov mennesker med psykiske lidelser måtte ha. Kolstad hevder at:

*”I framtida må omsorg og støtte til dem som i dag kalles psykiatriske pasienter, være et medmenneskelig ansvar”
(Kolstad 1998 s. 113).*

Hvis dette skal få allmenn gyldighet må også fagspråket i helseopplysningen endres og Hummelvoll (1975) s.79 uttrykker det slik:

”En vesentlig del av helseopplysningen består i å avkode fagspråket og alminneliggjøre psykiatrien, slik at folk flest får større forståelse og mot til å engasjere seg i medmennesker med psykiske plager”.

Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten i forholdet spesialisthelsetjenesten

Antall plasser i spesialisthelsetjenesten har nær blitt halvert siden reformen ble innført på 1970-tallet. Antall utskrivinger og antall liggedøgn er også svært redusert i samme periode. ”Turnover” blant klientene har dermed steget i spesialisthelsetjenesten i forhold til tidligere. Samtidig viser undersøkelser på 90-tallet (Dalgard m.fl.1995) at det er en økning av psykiske plager blant ungdom. I undersøkelsen antydes det at hver fjerde

ungdom vil falle inn under definisjonen psykiske plager (Folkehelse-rapporten 1996 s. 60).

Mange mennesker med psykisk lidelse skulle nok ønske at samarbeidet kun skjedde mellom dem og en hjelper. I dagens situasjon er bildet langt mer komplisert ved at flere instanser og flere behandlere er trukket inn i tilbudet rundt mennesker med psykiske lidelse. Samarbeidet vil veksle mellom ulike fagpersoner og instanser i kommunen, men vil også kunne bety samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Disse ”samarbeidspunkter” for mennesker med psykisk lidelse vil kreve et nært, velordnet og avklart samarbeid mellom de ulike instanser og de forskjellige fagpersoner på deres samarbeidsansvar (Sosial-og helsedepartementet 1995 s. 10).

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten innen psykisk helsevern bygger bl.a. på et veiledningsansvar overfor kommunehelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten med hensyn til samarbeid om enkeltklienter. Dette krav har sin bakgrunn i tanken om at en tidlig utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten skal kunne gi positivt utbytte for klientene ved at de får et desentralisert tilbud om behandling og rehabilitering (Ot.prp nr. 10).

Spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar overfor kommunehelsetjenesten er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten i § 7-4 (Besl. O.nr. 70.) hvor det fastslås at:

”Helsepersonell som er ansatt i offentlig helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra fylkeskommunen til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrifter”.

I forarbeidet til loven i Ot.prp nr.10 av 13.11.98 pk. 7.4.4 blir det anført at spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar som skal ivareta de utfordringer kommunen har i forhold til psykiatriske klienter slik at

veiledningen skal gjøre kommunen bedre istand til å håndtere store faglige utfordringer og heve den faglige kompetanse.

Stortingsmelding nr. 25, 1997 (s. 96) peker på at spesialisthelsetjenesten må utforme sine tilbud som bistand til førstelinjetjenesten i kommunene.

Hensikten med faglig veiledning er å skape forståelse for den problematikk som ligger i samspillet mellom psykiatrisk sykepleier og klienten, og å få hjelp til å bearbeide dette gjennom veiledning. Veilederen klargjør for kandidaten(e) praktiske opplevelser for å sette de inn i en faglig-personlig sammenheng slik at klientens behov blir ivaretatt på en best mulig måte (Carlsen m.fl. 1992, s. 30, Borg m.fl. 1993 s. 61).

Det er et utstrakt veiledningsansvar som er pålagt spesialisthelsetjenesten som vil kreve både tid og ressurser for å kunne imøtekommes. Psykiatriske sykepleiere er de som har mest tilbud om faglig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og de er også den gruppe som gir mest faglig veiledning i kommunen til andre yrkesgrupper. I samme undersøkelse fremkommer også gruppen leger som mottaker av faglig veiledning fra spesialisthelsetjenesten (Johansen 1999, s. 43, Borg m.fl. 1993, s. 73). Fokus i de fast oppsatte veiledningsgrupper (som går over tid) med psykiatrisk sykepleiere, hvor veileder gjerne er psykiatrisk sykepleier fra spesialisthelsetjenesten, har som innhold sykepleiefaglig veiledning. Det samme opplegget danner også mønster for legens vedkommende, men denne yrkesgruppen mottar veiledning fra leger i spesialisthelsetjenesten. Fokus i disse veiledningene er kliniske problemstillinger (Johansen 1997, s. 57-60).

I krav om planer for veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, er det lite redegjort fra departementets side for hvordan dette er tenkt etablert og gjennomført, men er bl.a. beskrevet av Hummelvoll (1996) og Hummelvoll og Granerud (1996). Behov for denne veiledning i forbindelse med ut- og innskriving ved de psykiatriske sykehusene og generell faglig veiledning er av viktighet for å utvikle og avklare samarbeidsforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Behov for veiledning er ikke nødvendigvis større hos

psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten, men er nok også et følt problem i spesialisthelsetjenesten. En faglig veiledning vil derfor kunne ha en tosidig effekt på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Innad i kommunen vil opprettelse av et tverrfaglig team også kunne ha innvirkning på samarbeidet mellom ulike fagpersoner/instanser.

At klientene skrives raskere ut fra spesialisthelsetjenesten, setter større krav til behandling i kommunene og derved også større krav til kommunikasjonen og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å kunne møte det mer kompliserte og den mulige behandlingsendring som kan være påkrevet i forhold til den enkelte klient i kommunehelsetjenesten (Hummelvoll 1996). Den kortere liggetiden kan medføre at klientene er i en mer akutfase enn hva som var tilfelle tidligere da klienten ble utskrevet i en mer behandlingsavsluttet fase (Havn og Verdi 1998). Kunnskap om klientens lokalmiljø, gjennom et tett samarbeid med kommunene, er også viktig for klientenes behandling i spesialisthelsetjenesten, slik at tilbudet blir mer helhetlig (Hagemo 1991). Klienter som er i den behandlingsakutte fase, stiller også større krav til kommunenes behandlingsapparat for å samarbeide om å møte økte behov for en raskere inngripen for å endre behandling/medisinering hos den enkelte klient (Havn og Verdi 1998).

Den instans som nest hyppigst henvender seg til psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten i forbindelser med klienthenvisninger er spesialisthelsetjenesten. Nesten en fjerdedel av alle henvisningene er fra spesialisthelsetjenesten. Dette krever behov for å utvikle samarbeidsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Hummelvoll 1996). Forskeren tilføyer:

”Denne avklaring gjelder særlig spørsmålene om faglig veiledning og praksis knyttet inn-og utskrivning ved de psykiatriske sykehusene.”

Det finnes bare noen få studier i Norge som har sett på den psykiatriske sykepleieres arbeidsfelt i kommunehelsetjenesten (Almvik 1996, Havn og Vedi 1998, Hummelvoll 1996, Hummelvoll og Granerud 1996,

Hummelvoll 1997). Felles for disse studier er, som ovenfor beskrevet, at den psykiatriske sykepleier har et utstrakt arbeidsområde med mange fasetter i sin yrkesutøvelse og at hun ved siden av å ha daglige klientoppgaver også skal ivareta samarbeidet i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder henvisningsmåter til psykiatrisk sykepleier, er legen den hyppigste henvisende instans. Dernest følger henvisning fra sykehuset (Hummelvoll m/fl. 1996, s. 27).

Mye av kontaktene til og fra psykiatrisk sykepleier dreier seg altså om kommunikasjonen mellom behandlere og mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Denne kommunikasjonen vil ofte være utslagsgivende for når og på hvilken måte klienten får et behandlingstilbud. (Hummelvoll 1996).

K. Johansen (1997) hevder at betydningen med regelmessige møter mellom leger i opptaksområdet og poliklinikker er av viktighet for at legene vil oppleve samarbeidsrelasjonene med spesialisthelsetjenesten og vice versa. Denne kontakten som derved er etablert gjør at i henvendelsene fra primærlegene ofte ligger et ønske om drøfting av klientbehov på samarbeidsmøter.

Av eksisterende samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten finner en mye bruk av undervisning, seminarer og i noen grad spontane undervisningsopplegg. Undervisningen er gjerne foretatt fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og rettes ofte mot patologiske tilstander, men også undervisnings seminarer med fokus på sosialfunksjon har vært holdt (Johansen, K. 1997 s. 60-63).

Uansett hvor godt spesialisthelsetjenesten er utbygget i fylket, vil det være kommunehelsetjenesten som må ta det største ansvar og de praktiske utfordringer når det gjelder å etablere tilbud og behandling til klienter som trenger psykiatrisk behandling. Derfor er samordning av tilbud og etablering av et funksjonelt tverrfaglig samarbeid en nødvendig forutsetning for å lykkes.

Resultater

Kapitlet er oppdelt i følgende kategorier: *Organisatorisk tilhørighet, samarbeid i kommunehelsetjenesten, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og samarbeid med frivillige organisasjoner.*

Kapitlet starter med en kort redegjørelse i forhold til respondentenes organisatoriske tilhørighet. Resultatene fra de forskjellige respondenter presenteres fortløpende. Der det har vært hensiktsmessig er resultatene presentert med tabeller. Etter hver respondentgruppe er det gitt korte kommentarer, og etter hver hovedkategori er det en kort oppsummering.

Organisatorisk tilhørighet

Det var to informanter som ikke hadde utarbeidet instruks for stillingen og disse var en kulturmedarbeider i bykommune og en psykiatrisk sykepleier i landkommune. En psykiatrisk sykepleier i byen svarte at stillingsinstruks var utarbeidet av vedkommende selv.

Enkelte informanter i bykommunen var usikre på strukturen i oppbyggingen av det psykiatriske tjenestetilbudet i kommunen. Alle var imidlertid kjent med sin plass i organisasjonen.

Landkommunen hadde endret sin struktur etter oppstart av et kulturhus sentralt plassert i kommunen, og var i gang med en innkjøringsfase i sin nyorganisering av tilbudene til kommunens innbyggere innenfor helse og kultur.

Psykiatriske sykepleier i landkommunen var direkte underlagt helse-og sosialleder. De to psykiatriske sykepleierene i bykommunen var underlagt hver sin distriktsleder i hjemmesykepleien.

Kommunelegene i henholdsvis by/land kommune var underlagt helse-og sosialleder. Kulturmedarbeider i byen var underlagt kulturleder, mens respondenten for landkommune var kulturleder i og med at det ikke er ansatt andre kulturmedarbeidere innenfor etaten.

Samarbeid i kommunehelsetjenesten

Psykiatriske sykepleiere:

Psykiatriske sykepleiere samarbeider innad i kommunen med de tjenester som er organisert under helse-og sosialetaten. I tillegg samarbeider de bl.a. med primærlege, barnevernet, skoleetaten, trygdeetaten og arbeidskontoret.

Psykiatrisk sykepleier i landkommunen oppgir at hun også i tillegg har et samarbeid med lensmannsetaten og med ansatte fra arbeidskontoret.

Psykiatrisk sykepleier i bykommune opplever samarbeidet med sosialkontoret som personavhengig:

”Det kan virke som sosialkontoret er overarbeidet – skulle ønske vi hadde en med sosialfaglig bakgrunn til å ta seg av slike saker”.

De samme respondentene opplever det positivt at de kan ta direkte kontakt med helse-og sosialsjef siden han har beslutningsmyndighet, og at det ikke er nødvendig å følge tjenestevei når det er hastesaker.

Psykiatrisk sykepleier i bykommune kommenterer samarbeidet med primærleger slik:

”De psykiatrisk sykepleiere i bykommunen ønsker at deres yrkespraksis kunne bli møtt med mer forståelse fra enkelte av primærlegene. Det har også noe å gjøre med hvor godt de kjenner oss. Vi psykiatriske sykepleiere er fotfolket og sliterne som går veien sammen med klientene i deres hverdag ute. Jeg ser at de gangene vi møtes, dvs. legen og psykiatrisk sykepleier, så er det ikke vanskelig å lykkes i samarbeidet.”

Psykiatrisk sykepleier i landkommunen gir uttrykk for at man enda ikke har funnet en møteform som gir positivt utbytte etter omorganiseringen (vedrørende omorganisering se under helse-og sosialsjef) :

”Er ikke sikker på om faste møter er riktig bruk av tid. Man er mer effektiv ved å sammenkalle ved behov.”

Morgenmøtet i landkommunen, som lege og sosialsjef omtaler som tverrfaglig team, ser ikke psykiatrisk sykepleier som et forum hvor hun ønsker å ta opp spesielle klienter:

”Der sitter legesekretær i tillegg til de som allerede er nevnt, og jeg tror heller ikke legen ser på oss som aktuelle samtalepartnere i forhold til klientbehandling.”

Hun uttaler også at legene må forandre måten de arbeider på og samarbeide mer med psykiatrisk sykepleier i klientomsorgen. Dette synet bygger hun på et inntrykk av at legene ikke er så opptatt av psykiatri og ikke alltid er oppdatert på området:

”Mange ganger kunne innleggelse vært unngått eller forsinket ved riktig medisinerings.”

Hun tviler også på legens kjennskap til den psykiatrisk sykepleiers kompetanse:

”Jeg er ikke sikker på at legene forstår det faglige ståsted en psykiatrisk sykepleier har.”

De psykiatriske sykepleierne i de to kommunene deltar ikke i et fast etablert tverrfaglig team. De har imidlertid et bredt kontaktnett og disse samarbeidspartnere kontaktes ut fra hvilke behov den enkelte klient har og fra sak til sak. Psykiatrisk sykepleier i bykommunen hevder:

”Jeg har tatt det opp om det ikke burde sitte en psykiatrisk sykepleier i den tverrfaglige gruppa, for nå sitter ingen av oss der.”

En annen av de psykiatriske sykepleierne fra samme kommune uttaler:

”Hva som skjer der vet jeg ikke, for jeg deltar ikke der.”

Den psykiatriske sykepleier fra landkommunen uttaler:

”Jeg kaller inn til et felles møte hvis klienten ønsker det. Ellers samarbeider vi over telefonen ved at jeg tar kontakt med de forskjellige etater. Og slik bruker de andre etatene meg litt også.”

Hun påpeker at hun er eneste psykiatriske sykepleier i kommunen og tillegger:

” Jeg er vel egentlig fornøyd med hverdagen min. Er optimist. Flere tenker bedre enn en – så det å samarbeide med andre etater gjør at en får flere innfallsvinkler og en får flere å spille på.”

Når det gjelder faglig veiledning for å øke den psykiatriske kompetanse, og dermed styrke forutsetningen for produktivt faglig samarbeid, har hjemmesykepleien i bykommunen over flere år mottatt gruppeveiledning av de psykiatriske sykepleierne. Nylig ble det også startet gruppe for hjemmehjelpere og støttekontakter som har møte en gang i måneden, og for hjemmesykepleien hver 14. dag.

I landkommunen gir psykiatrisk sykepleier gruppeveiledning til hjemmesykepleien og ansatte ved sykehjemmet hver 14. dag, og har hatt samme gruppe over ca. et års tid. Fokus i denne gruppeveiledningen er forhold til brukeren, dvs. sykepleiefaglig veiledning. Hun deltar i tillegg i en veiledningsgruppe som er et tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Psykiatrisk sykepleier fra landkommunen uttrykker det slik om denne veiledningen:

”Det er generell veiledning på forhold mellom meg og klientene som kan være med på å lette hverdagen i forhold til klientbehandling, og vi tar ikke opp samarbeidsproblemer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.”

Kommentarer:

De psykiatriske sykepleiere etterlyser en større respekt for sin yrkesutøvelse fra enkelte primærleger. Årsaken til dette kan ligge i at enkelte leger ikke har tilstrekkelig kjennskap til, eller ikke har vurdert den psykiatriske sykepleiers faglige bakgrunn for å kunne være klientens nære primærkontakt i det behandlingstilbudet legen også er en del av.

Psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever også at legene kunne vært mer oppdatert og utvist større interesse for psykiatri generelt for å kunne gi en bedre og mer effektiv psykiatrisk tjeneste i kommunen. Den personavhengige kontakten som enkelte av de psykiatriske sykepleiere opplever i forhold til samarbeidspartnere i kommunen, kan ha som årsak at det samarbeides fra sak til sak, og som på sikt ikke gir et samarbeid som oppleves som fast og forpliktende.

De psykiatriske sykepleierne som har primærkontakt med klientene, ønsker et tverrfaglig forum med de som har den daglige kontakten, hvor de kan ta opp spørsmål rundt klientbehandling/-tilbud.

Psykiatriske sykepleiere i landkommunen ser ikke det uformelle morgenmøte hos legen som aktuelt forum for utveksling av klientopplysninger.

I uttalelsene fra psykiatriske sykepleiere i landkommunen om at flere tenker bedre enn en, så kan dette forstås slik at hun savner en yrkeskollega å dele samarbeidet med, slik at en bedre fagplattform kan etableres. Dette støttes av helse- og sosialsjefen.

Psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten har et stort antall samarbeidspartnere, men ikke et fast forum hvor hun drøfter og samordner tjenestene. De har imidlertid et fast tilbud om sykepleiefaglig veiledning.

De psykiatriske sykepleierne i begge kommunene er engasjert i å gi faglig veiledning til faggrupper som ikke nødvendigvis har daglig kontakt med psykiatriske klienter. Den veiledning de mottar fra spesialisthelsetjenesten har ikke fokus på samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelse-

tjenesten eller samarbeidsproblemer generelt, men retter seg mot problemer av faglig og etisk art i klientarbeidet.

Leger:

I hvor stor grad leger deltar i et fast oppsatt møteprogram/tverrfaglig samarbeid i forhold til psykisk helsearbeid i kommunen er fremstilt i tabellen på neste side.

Tabell 1 Legers deltagelse i tverrfaglig samarbeid

	Deltar i tverrfaglig forum	Ønske om endringer
Bykommune	Deltar som klientens primærlege	Innkalling til møtene må komme tidligere
Landkommune	Deltar som medisinsk rådgiver i forhold til klienter med vanskelig fysisk rehabilitering	Tilfreds med forholdene

Lege i bykommune uttaler at møteinnkallingen må komme tidligere, fordi det er timebestilling med fire ukers ventetid på legetime. Han tilføyer:

”Har egentlig deltatt få ganger og har ikke noen bestemt oppfatning av samarbeidsformen.”

Lege i bykommune samarbeider med en rekke fagpersoner slik som psykiatrisk sykepleiere, primærlege, privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Han oppfatter samarbeidet som uproblematisk og godt og sier uten å ville utdype nærmere at:

”Det psykiatriske sykepleiere kan tilby er godt ut fra den kompetanse de har.”

Den samme legen oppgir at han i tillegg til pasientbehandling også gir veiledning en gang i måneden til turnuskandidat.

Lege i landkommunen sier at han samarbeider med psykiatrisk sykepleier og sosialkontoret og opplever dette samarbeidet som bra. Han begrunner

dette med det uformelt morgenmøte med psykiatrisk sykepleier, helsesøster og helse-og sosialsjef en halv time hver morgen:

”Det er samarbeidsmøter her på legekantoret hvor vi har inviterer helsesøster en dag i uken. Psykiatrisk sykepleier er jo her hver dag, da, men vi tar jo opp spørsmål som angår legekantoret og i grunn alt, men vi kommer jo innpå psykiatrisk spørsmål også.” (Se helse-og sosialsjef i landkommune nedenfor.)

Lege i landkommunen oppgir ikke primærlege som samarbeidspartner, men er samlokalisert med andre leger. Det er rimelig å anta at det samarbeides med andre leger ved kantoret og at han selv også er primærlege i enkelte sammenheng. Han oppgir ikke noe fast veiledningsansvar, men som lege med lang erfaring er det sannsynlig at han konsulteres av yngre leger ved kantoret.

Kommentarer:

Legene har ikke et fast tverrfaglig forum relatert til psykisk helsetjeneste, men er tilfreds med de fora de deltar i. Lege i bykommune deltar når han blir innkalt og da som klientens primærlege. I tillegg har han også fast veiledningsansvar for turnuskandidat.

Lege i landkommune vektlegger det uformelle morgenmøte som aktuelt samarbeidsforum.

Helse og sosialsjefer:

Helse-og sosialsjef i bykommune deltar i eget tverrfaglig forum hver 14. dag som er sammensatt av ledere fra kultur-, skole- og helseetaten for å koordinere tilbudene til brukerne. Dette har han entydig positiv erfaring med i de sju årene gruppa har bestått. Det er nedfelt skriftlige mål for arbeidet og disse evalueres fortløpende sammen med møteformen. I tillegg er det opprettet et eget tverrfaglig forum for helseetaten. Han uttrykker dette slik:

”Vi har nedfelt skriftlige mål for det tverrfaglige forum, slik at vi sikrer oss at det ikke er etablert noe som koster penger og tid. Men vi ser at det koster penger å ikke koordinere tilbudene rundt bruker.”

På spørsmål om han savner noe i dette etablerte samarbeid, svarer han:

”Jeg savner ikke noe, men jeg tror vi kan bli bedre og dette har åpnet grensene mellom etatene.”

Helse-og sosialsjef i landkommune deltar i et tverretatlig samarbeid som er organisert i seks virksomhetsområder. Disse er samlokalisert i et eget bygg som han kaller ressurscenter. Han er ellers deltager i et uformelt forum som har møter hver morgen en halv time med kommunelege, psykiatrisk sykepleier og helsesøster:

”Vi har fast møte hver morgen på legekontoret og det felles punktet, fra åtte til halv ni på morgenen, før alle går hver til sitt til klienter og andre avtaler, er verdifullt. Helsesøster deltar en gang i uken. Av og til deltar også fysioterapeut hvis hun har noe hun ønsker å ta opp.” (Se ovenfor - lege landkommune.)

Kommentarer:

I bykommunen har man hatt en organisering av tjenestetilbudet over flere år og er tilfreds med denne formen for samarbeid. I landkommunen er organisasjonsplanen ny og dette innebærer at de har ikke har rukket å evaluere denne ennå. Helse-og sosialsjef i landkommune deltar i et uformelt forum hver morgen med de som har direkte klient kontakt. Ingen av kommunene har et tverrfaglig samarbeid i forhold til de aktører som er i direkte klientkontakt.

Kulturmedarbeidere:

Kulturmedarbeider i bykommunen oppgir at han samarbeider mest med helse-og sosialetaten. Han oppfatter samarbeidet som uproblematisk, men tillegger:

” Sykepleierne jobber på forskjellig måte med klienter, og har veldig tett mellom klientavtalene og er vanskelig tilgjengelige.”

Han sier også at etatssjefen for helse-og sosial ønsker at kulturetaten skal bidra mer til å etablere tilbud til psykiatriske klienter:

” Helse-og sosialetaten vil veldig gjerne at vi skal gjøre mer og har vært positiv hele tiden til at vi skal få mer penger. Det som er åpent for allmennheten, må bli gjort tilgjengelig for denne gruppen også.”

Kulturmedarbeideren i landkommunen er organisert under et ressurscenter. De samarbeider med helse-og sosialetaten fordi denne inneholder deltjenester rettet mot bl.a. psykiatri. Ønsket er et så bredt samarbeid som mulig fordi:

”Det er viktig å ikke se klienten relatert til diagnose, men i forhold til sine behov.”

Han hevder at de har drevet i for kort tid i en ny organisasjonsstruktur til å ha erfaringer med denne fordi samarbeidet i forhold til den psykiatriske sykepleietjenesten fungerer på samme måte som tidligere. Han er ellers opptatt av å få evaluert organisasjonsendringene slik at det blir klarere ansvarslinjer for hvem som tar kontakt og hvem som står ansvarlig for utførelsen.

Kommentarer:

Både by-og landkommunens kulturmedarbeidere har samarbeid med de samme etatene i kommunen i forhold til tilbud til de psykiatriske klienter. Kulturmedarbeideren oppfatter samarbeidet som positivt, selv om kulturmedarbeideren i bykommune bruker tid på å få kontakt med enkelte

psykiatriske sykepleiere. Selv om organisasjonsplanen i landkommune er ny, er ikke forskjellen på samarbeidet merkbart fra tidligere.

Helse-og sosialsjefene i begge kommunene har et forum hvor de har tverretatlige konferanser for samordning av tjenestetilbud og et eget forum i egen etat. Helse-og sosialsjef i landkommune deltar i tillegg i et uformelt forum som har morgenmøter hver dag med varierende antall deltagere.

Sammendrag:

Samarbeidet innad i kommunen med de aktører som er intervjuet er fremstilt i tabellen neste side. I tabellen er det ikke tatt med andre kommunikasjonsformer som sannsynligvis forekommer, bl.a. telefon-samtaler eller møter i uformelle sammenhenger. (Tabell 2).

Tabell 2 Samarbeidsfora valgt av kommunene

Informanter	Faste møter	Sporadiske møter	Tverrfaglig team	Faglig veiledning
Psykiatriske sykepleiere	Har faste møter med andre i helse etaten	Har møte med berørte etater ved behov	Deltar ikke	Har veiledning med aktører som har klientansvar
Leger	Har ingen spesielle formelle fora for klientdiskusjon			Veiledning til kandidat i bykom.
Helse-og sosialsjefer	Faste møter med ledere i egen etat	Ikke nevnt	Faste møter med andre etater	
Kultur-medarbeider	Har ingen spesielle fora for ”klientdiskusjon”			Får faglig veiledning i forhold til klienter ved behov

Det er ingen klare forskjeller i by og land på hvilke møtefora som er satt opp for de forskjellige aktørene.

I tabellen fremkommer at psykiatrisk sykepleier ikke deltar i tverrfaglig team, men har ansvar for faglig veiledning med andre aktører som har direkte klient- kontakt. Kulturmedarbeider får faglig veiledning ved behov av psykiatrisk sykepleier i kommunen.

Legene har ingen formelt etablerte fora for klientveiledning eller diskusjon. Helse og sosialsjefer har faste møter med ledere i egen etat og deltar dessuten i faste møter med andre etater. Helse/sosialsjefer som ikke har primærkontakt med klienter, er den yrkesgruppen som deltar i tverrfaglige møter. Av de grupper som er intervjuet er det legene som ikke har noe formelt møteforum.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Psykiatrisk sykepleiere:

Det samarbeidet som de psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten har med spesialisthelsetjenesten er delt opp i rehabiliterings- og i akuttjeneste. Dette er gjort ut fra at psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten har klienter som de gjennom reinnleggelser muligens kjenner bedre enn de som blir akutt innlagt. Av samme grunn kan man anta at de har en større kontakt med rehabiliteringstjenesten. Denne kontakten og kvaliteten på kontakten belyses i tabellen neste side.

Tabell 3 Psykiatrisk sykepleieres kontakt med spesialisthelsetjenesten

	Rehabiliterings avd.	Akutt avd.	Bidrar til innleggelse
Bykommune	Opplever positiv fortløpende samarbeid	Samarbeider med ulike avdelinger. Opplever samarbeidet variabelt og personavhengig	Ca. 12 ganger året
Landkommune	Når det blir innkalt til møter, ønsker større vektlegging av deres vurderinger	Samme som ved rehabiliteringsavdelingen	Ca. 3 ganger i året

Psykiatrisk sykepleier i bykommunen mener at de av og til opplever det vanskelig å bli stolt på og hørt ved akuttinnleggelse i psykiatriske sykehus, og at institusjonen ikke forstår nødvendigheten av å få klienten akutt innlagt:

”Så står vi der med en aggressiv klient, mens du i telefonen med primærlegen, hvis du har fått tak i han, prøver å forklare hvorfor du ønsker klienten akutt innlagt. Her er det et eller annet jeg ikke skjønner. Når du har en klient som har gått ut og inn i spesialisthelsetjenesten flere ganger og så er det kanskje en primærlege som skal ta avgjørelsen om innleggelsen, selv om det er leger i spesialisthelsetjenesten som sannsynligvis kjenner klienten bedre.”

De uttaler også at de ikke har faste samarbeidsmøter med rehabiliteringsavdelingen, men lengre liggetid gjør at avdelingen tar kontakt i god tid før utskrivelse. De opplever dette samarbeidet som bra:

”Vi er på vei mot å bli fornøyde. Vi har stått på krava for at de skal skjønne vår hverdag.”

Det fremkommer også fra den andre psykiatriske sykepleieren at kontakten bare skjer fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten:

”Uten unntak er det jeg som henvender meg til spesialisthelsetjenesten for kontakt.”

Psykiatrisk sykepleier i landkommune uttaler at hun innkalles til møter, men legger til:

”Jeg skulle ønske at våre vurderinger blir mer hørt. De må reise ut og se på verden der ute. Og dette har de i noen grad begynt med. Skulle ønske at det ambulerende team var her en gang i måneden.”

Hun ønsker også mer faglig veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

De psykiatriske sykepleiere som er intervjuet deltar i veiledningsgruppe hver 14. dag som er ledet av spesialisthelsetjenesten. Dersom det er behov for spesiell veiledning tas det opp i gruppa.

Psykiatrisk sykepleier i landkommunen uttaler at det er vanlig sykepleiefaglig veiledning som finner sted:

”Det er ikke et sted hvor vi tar opp samarbeidsproblematikk – det dreier seg om veiledning i forhold til klienter.”

I tillegg til veiledningsgruppene deltar psykiatrisk sykepleier fra begge kommunene i en interkommunal veiledningsgruppe i forhold til suicidalproblematikk.

Kommentarer:

Det er naturlig nok flere klienter innlagt fra bykommunen i året, og det er mulig at dette gjør at avdelingene i spesialisthelsetjenesten og kommunens psykiatriske sykepleier blir bedre kjent enn hva som er tilfelle i forhold til landkommunen med færre innleggelser pr. år. Dette kan være en årsak til at landkommunen opplever at deres meninger ikke blir tillagt betydning av spesialisthelsetjenesten. Imidlertid opplever de psykiatriske sykepleierne i bykommunen at samarbeidet med akuttavdelingen er av varierende grad. Begge kommunene har tilbud fra spesialisthelsetjenesten om fast faglig veiledning over tid, og deltar i disse gruppene.

Leger:

Legene skiller ikke på spørsmål om det er rehabiliterings- eller akuttavdelinger. Legene ble spurt om de søker veiledning hos spesialisthelsetjenesten og hvor ofte de har innleggelser. Likeledes ble de spurt om deres erfaring med samarbeidet.

Tabell 4 Legers samarbeid med spesialisthelsetjenesten

	Søker veiledning	Innleggelser pr.år	Pos/neg erfaringer
Bykommune	Søker veiledning når det er sosiale problemer i tillegg, og dersom det er tvil om hvilken paragraf klienten skal innlegges under	10 – 12	Ingen spesielle.
Landkommune	Sporadisk kontakt relatert til enkelte klientkasus. Mottar ikke fast veiledning	5 - 6	Har negative erfaringer

Lege i bykommune ønsker et forum med spesialisthelsetjenesten hvor man kan ta opp problemer i forhold til komplekse klientsituasjoner:

”Møter utenfor sykehuset hvor vi kunne ta opp psykiatriske problemer og hvor vi kunne ta opp vanskelige klienter.”

Lege i landkommune uttaler:

”Vi må argumentere veldig godt og det går ut på små-krangling, vil jeg si, og det er vanskelig å få dem (klientene) inn. Jeg har inntrykk av at vi nesten må overdrive fordi de ikke stoler på beskrivelsen vår, før de har sett klienten selv.”

Videre har han ønsker fremover om at de må få bedre kontakt med spesialisthelsetjenesten slik at de kjenner legene i kommunene og kan stole på deres uttalelser.

Ingen av legene fra de to kommunene deltar i veiledningsgrupper slik som psykiatrisk sykepleiere gjør.

Kommentarer:

At legene ikke nyanserer sin erfaring fra kontakten med spesialisthelsetjenesten i forhold til rehabilitering-og akuttavdelinger, kan tyde på at kontakten for en stor del er overlatt til psykiatrisk sykepleiere ved utskrivelse tilbake til kommunen og at legene først og fremst forholder seg til innleggelse til spesialisthelsetjenesten samlet, enten det er akutt eller reinnleggelse i rehabiliteringsavdeling.

Erfaring med spesialisthelsetjenesten hos lege i landkommune er ikke positiv bl.a. fordi han opplever at de ikke stoler på hans vurderinger. Lege i bykommune har ikke noen kommentar til hvordan samarbeide med spesialisthelsetjenesten kan forbedres, og oppgir at han ikke deltar i noen samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten.

Helse- og sosialsjefer:

Helse- og sosialsjef i bykommune har ikke et direkte samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men tilføyer:

” Vi har bedt om det og vi har skisserte et samarbeid som vi har i somatikken hvor vi samarbeidet på to plan - det ene på ledelse/administrativt plan og det andre er det direkte fagsamarbeid rundt den enkelte bruker. Dette har vært vanskelig å få til og det står mye på spesialisthelsetjenesten sånn jeg opplever det.”

Det samarbeidet som skjer i forhold til spesialisthelsetjenesten er primært knyttet til attføringsavdelingen. Attføringsavdelingen oppleves som samarbeidsorientert:

”Vi føler oss veldig forpliktet og blir veldig samarbeidsorientert i forhold til avdelingen. Attføringsavdelingen har

mye å lære bort til de andre i spesialisthelsetjenesten i forhold samarbeidsrelasjoner.”

Helse- og sosialsjef i landkommune sier de har etterspurt flere faste møter med spesialisthelsetjenesten:

”Vi har etterspurt faste møter med spesialisthelsetjenesten og dette spørsmålet var også oppe i en psykiatrikonferanse høsten 1998, hvor spesialisthelsetjenesten og tilhørende kommuner deltok. Da ble det lovet at dette skulle det jobbes med for å få til.”

Han tillegger at de har en ledig stilling som psykiatrisk sykepleier i tillegg til den ene de har. Den nye stillingen har de ikke fått søker til.

Kommentar:

Helse-og sosialsjefene har flere ganger etterlyst en organisering og etablering av fora for samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De etterlyser også at det opprettes et samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Den ubesatte stilling som psykiatrisk sykepleier i landkommunen er neppe noe hinder for å etablere et fast møteforum mellom kommunens psykiatriske sykepleier og spesialisthelsetjenesten.

Helse-og sosialsjefen i landkommunen sier han først vil kontakte psykiatrisk sykepleier i kommunen for veiledning før han kontakter spesialisthelsetjenesten. I bykommunen gir helse-og sosialsjefen tverrfaglig veiledning for et halv år om gangen i enkelte distrikt i kommunen, men mottar selv ikke faglig veiledning. I regi av Fylkeslegen deltar helse-og sosialsjefer, leger og psykiatrisk sykepleier i kommunene på sporadiske samlinger hvor gjerne alle fylkets kommuner deltar. Helse-og sosialsjefene får ikke veiledning til kommunens tjenesteyting i forhold til psykiatriske klienter. Eller som en av dem uttalte: *”Jeg forholder meg til den administrative delen.”*

Kulturmedarbeidere:

Kulturmedarbeider i bykommune har fast møte hver 14. dag med kulturmedarbeider i spesialisthelsetjenesten og sammen med kulturmedarbeidere fra tre andre kommuner. I møtene deltar også kulturkontakter fra andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Hensikten er å skape et tilbud til psykiatriske klienter ved å etablere en dialog med kollegaer. Han opplever samarbeidet som spennende, selv om de har forskjellige kunnskaper og erfaringer så mener han at de får et faglig forum som gir klientene et meningsfylt tilbud. Ved spesielle behov hos enkelte klienter får kulturmedarbeider veiledning ved å kontakte psykiatrisk sykepleier i det distrikt klienten kommer fra:

”Hadde en dame på trimkurs over flere måneder, og da diskuterte jeg med de som var primærkontakten hennes i kommunen.”

I landkommunen har de ikke et fast samarbeid med spesialisthelsetjenesten. På spørsmål om de søker veiledning i spesialisthelsetjenesten svarer han:

”Nei, jeg har ikke hatt behov enda, men jeg ville ikke umiddelbart først søkt råd i spesialisthelsetjenesten. Jeg ville først søkt råd innad i kommunen hos psykiatrisk sykepleier.”

Kommentarer:

Kulturmedarbeidere søker veiledning først og fremst hos psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten ved behov om veiledning i forhold til klienter. Det er kun kulturmedarbeidere i by som har et fast møte forum med spesialisthelsetjenesten, mens kulturmedarbeider i landkommunen forholder seg kun til psykiatrisk sykepleier ved behov om veiledning.

Sammendrag:

Hvor ofte og hvordan møter finner sted mellom de forskjellige instanser i kommunene og med spesialisthelsetjenesten er belyst i tabellen nedenfor.

Tabell 5. Samarbeids-og kommunikasjonsformer opprettet med spesialisthelsetjenesten

Informanter	Faste samarbeids-møter	Hyppighet av samarbeids-møter	Telefon	Veiledning
Psykiatriske sykepleiere	Ikke nevnt	Sjelden	Mest vanlig	Har generell faglig veiledning med sykepleier fra spesialisthelsetjenesten hver 14. dag
Leger	Ikke nevnt	Sjelden	Mest vanlig	Mottar ikke formell veiledning fra spesialisthelsetjenesten
Helse-og sosialsjefer	Ikke nevnt	Sjelden	Sjelden	Har ikke fast veiledning, men søker veiledning hos psykiatrisk sykepleier ved behov
Kultur-medarbeidere	Har faste møter hver 14. dag med spesialisthelsetjenesten (bykommune)	Hver 14. dag	Ikke nevnt	Søker veiledning hos psykiatrisk sykepleier i kommunen relatert til klientspørsmål

Kommentarer:

Kulturmedarbeider i bykommune har etablert faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten. De andre faggruppene har ikke formelle faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten hvis en ser bort fra at psykiatrisk sykepleiere i kommunene deltar i en interkommunal gruppe som får veiledning av spesialisthelsetjenesten. De psykiatriske sykepleierene har også over lengere tid gitt sykepleiefaglig veiledning til hjemmesykepleien og har bl.a. startet veiledningsgrupper for hjemmehjelpere og støttekontakter. Av de som har direkte klient kontakt, er telefonen det hyppigst kommunikasjonsmiddel.

Samarbeid med frivillige organisasjoner

Psykiatrisk sykepleiere:

En av de psykiatriske sykepleierne i bykommunen samarbeider ikke direkte med frivillige organisasjoner:

”Men, det betyr ikke at vi ikke er velvillig innstilt på samarbeid. For vi ser jo at jo bredere felt vi kan klare å få til - jo bedre vil det gå.”

Den andre psykiatriske sykepleieren har et mer direkte samarbeid:

” Jeg samarbeider bl.a. med Mental Helse og gjør ofte henvendelser til Frivillighetssentralen.”

Psykiatrisk sykepleier i landkommune samarbeid med Frivillighetssentralen i kommunen og hevder at hun har et godt samarbeid og at de har tilhold i samme bygning som psykiatrisk sykepleier. Foreningen for Mental Helse låner også møtelokaler der.

Leger:

Legene har ikke direkte samarbeid med frivillige organisasjoner, men lege i landkommune sier at han tror at psykiatrisk sykepleier har flere samarbeids-prosjekter gående.

Helse-og sosialsjefer:

Helse-og sosialsjef i bykommune sitter ikke i et forum med direkte samarbeid med frivillige organisasjoner. Han har deltatt i enkelte møter hvor han har vært innkalt. Fylkeslegens kontor har etablert et rådgivende organ hvor han deltar og hvor Foreningen for Mental Helse er representert. Helse-og sosialsjef i landkommune har ikke direkte samarbeid/kontakt med frivillige organisasjoner. Denne kontakten er overlatt til psykiatrisk sykepleier i kommunen.

Kulturmedarbeidere:

Kulturmedarbeider i bykommune sier at de ikke har noe fast samarbeid med frivillige organisasjoner, men samarbeider ved behov ut fra hvilke prosjekter de har under arbeid. De har også erfaring i samarbeid med flere organisasjoner. Kulturmedarbeider i landkommune har ikke etablert et fast samarbeid enda, men Mental Helse har opprettet et lokallag og han ser dette som en aktuell samarbeidspartner i fremtiden.

Sammendrag:

Psykiatrisk sykepleier er den faggruppen som samarbeider regelmessig og fast med frivillige organisasjoner. Kulturmedarbeiderne har samarbeid som varierer med hvilket behov de har. Frivillighetssentralen er trukket frem av begge kommunene som er aktuell samarbeidspartner. Mental Helse er også representert i begge kommunene og landkommunen vektlegger denne organisasjonen som fremtidig samarbeidspartner.

Innholdsanalyse av psykiatriplan - by-og landkommune

Planene er forskjellige i oppbygning når det gjelder hvordan de to kommunene har vektlagt funksjoner og detaljer i den enkelte avdeling innen helse-omsorgsetaten. Planen for bykommunen har tatt utgangspunkt i de forskjellige avdelinger innen helse-og sosialetaten, mens landkommunen har tatt utgangspunkt i klientklassifisering ut fra diagnose.

Det er likevel mulig å analysere planene ut fra en felles tematisk ramme. I det følgende vil resultatene av analysen presenteres med kommunens mål, behov, tiltak og ideologien for psykiatritjenesten. Til slutt vil analysen av de to planene bli sammenlignet.

Målsettingene i de to kommunene bygger på de føringer som er lagt i Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 97) der det er vektlagt en styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Planen for bykommunen er vedtatt medio 1998 hvor det anføres fra rådmannen i mai-98:

”Når vi da vet hvor mye vi kan regne med i statlige overføringer i årene framover, må vi foreta en prioritering innenfor de tiltak som er foreslått i den foreliggende handlingsplanen for ...kommune.”

Helse- og sosialsjefen presiserer i telefonsamtale medio april 2000 at planen blir fortløpende evaluert og at prioriteringene er knyttet til evalueringer ved de årlige bevilgninger over det kommunale budsjett.

Planen for landkommunen er vedtatt medio 1998 og er gjort gjeldene fra 1998 til 2002.

Bykommune

Planen er oppdelt i de forskjellige avdelinger/etater som kommunen har trukket inn som aktuelle i sin plan for psykisk helse. Kommunen har vurdert de forskjellige behov/problemer som disse har for å kunne yte en tilfredsstillende tjeneste til sine klienter. I analysen vil det bli fulgt samme rekkefølge som det er i planen fra kommunen.

I denne analysen er ikke tjenester eller tiltak tatt opp som kommunen har i forhold til innsatte i fengsel, psykisk utviklingshemmede, utdanning og opplæring og arbeid og sysselsetting.

I hovedmålsettingen vektlegger kommunen at tilbudet skal preges av størst mulig samarbeid med brukerne og bidra til integrering i nærmiljø, økt livskvalitet og en mest mulig selvstendig tilværelse. Kommunen sier i sine delmål at det skal være et lavterskeltilbud og at det skal skapes et tettere samarbeid mellom etatene. Dette skal oppnås gjennom å strukturere samarbeidet og styrke kompetansen til personell som yter tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

Behov

De behov som trekkes frem i planen er et tettere samarbeid mellom etater, men også mellom tjenesteyterne innenfor etatene. I planen sies det bl.a. at:

”Uavklarte roller mellom instansene gjør at sosialtjenesten trekker seg ut av etablerte tiltak”, og at det er: ”Gjensidig uklare og urealistiske forventninger til hva samarbeidspartnerne kan tilby etater imellom.”

I forhold til hjemmetjenesten påpekes behovet for ansvarsavklaring mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunen påpeker også behov for økt kompetanse hos de som arbeider med mennesker med psykiske lidelser:

”Den faglige kompetanse er ofte ikke tilstrekkelig og mange vegrer seg for å gå inn i problemstillingene fordi de føler seg usikre.”

I forhold til hjemmetjenesten blir det påpekt behov for avsatt tid til planlegging, samarbeid og *deltagelse i veiledningsopplegg* (egen utheving). Det blir påpekt manglende samarbeidsrutiner i forhold til klienter bl.a. ungdom som kan ha sammensatte behov:

”Ungdom mellom 18 og 25 år med behov for psykiatrisk bistand/institusjonsopphold må ordne dette på eget initiativ. De er avhengig av allerede etablert oppfølging fra primærlege/andre kommunale etater eventuelt egen familie.”

Legetjenesten savner mer avsatt tid til klientbehandling fordi mennesker psykiske lidelser krever mer tid enn de med somatiske sykdommer. Samme instans uttaler også at det er vanskelig å få kontakt med psykiatrisk sykepleier, uten at dette utdypes nærmere. Det pekes også på problemer i forhold til spesialisthelsetjenesten fordi:

”epikriser kommer for sent, det er vanskelig å få øyeblikkelig hjelp vurdering og det er lang ventetid på poliklinikk og hos private psykologer og psykiatere.”

Det savnes også en bedre tolketjenesten for å kunne møte innvandrere med særlige behov:

”En må i en viss grad tilpasse tjenestene og det forebyggende arbeid til enkelte grupper med innvandrerbakgrunn, slik at helsetilbudet, for eksempel psykiatrisk behandling, blir likeverdig (bl.a. tilbud om kvalifisert tolk).”

I forhold til rusproblematikken savnes et større tilbud med faste boliger:

”Mange er uten fast bolig, de fleste er ikke trygdeberettiget, de blir nedslitt av sin livsførsel og de har sporadisk kontakt med hjelpeapparatet”.

Kulturetaten har problem med å etablere tilrettelegging av tilbud som transport og ledsagertjeneste. Det fremkommer fra en spørreundersøkelse kulturetaten har gjennomført at:

”personer med psykiske lidelser ønsker et kultur- og fritids-tilbud som er like mangfoldig som for befolkningen ellers. Den

største andelen ønsker fysisk aktivitet, friluftsliv, kino, kirkelige aktiviteter og hyggekvelder.”

Tiltak

Kommunen peker på i forhold til spesialisthelsetjenesten og forhold innad i kommunen at de forskjellige etater har behov for en avklaring av arbeidsoppgaver. Dette tenker kommunen løst ved felles kurs for første -og andrelinjetjenesten, og at det på ledernivå utarbeides klare samarbeidsrutiner.

Det hevdes også at det må finne sted en ansvarsavklaring mellom kommune-helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesielt gjelder dette i forhold til nye brukere, inn/utskrivninger og oppfølging med hensyn til faglig veiledning. Veiledning utdypes ikke nærmere i planen, men det fremheves andre steder at det er nødvendig med kompetanseheving/fagutvikling. Dette ser planen som spesielt viktig innenfor hjemmetjenesten. Kommunen anfører i planen at stillinger for psykiatrisk sykepleier vil bli besatt innen kort tid. (1998).

I forhold til barn og ungdom blir det og pekt på behov for ansvarsavklaring mellom kommune og fylke og spesielt gjelder dette ungdom som kan ha behov for flere forskjellige tjenesteytelser.

Kommuneplanen peker på at barneverntjenesten har regelmessige samarbeidsmøter med fylkets barneverntjeneste. Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk har regelmessige møter. I tillegg påpekes det også at det er uformelt samarbeid internt i kommunen og med fylkeskommunen utfra sak.

Kontakten mellom legetjenesten og psykiatrisk sykepleier må styrkes ved at det opprettes faste møte-og ringetider. Konsultasjonstiden hos legen i forhold til psykiatriske klienter må utvides og planen presiserer også:

”Mennesker med langvarig og alvorlig sinnslidelse har et særlig behov for fast og stabil legekontakt.”

I planen stadfestes også hvem som har ansvar for klientene:

”Pasientens lege har ansvar på dagtid. Legen må vurdere de opplysninger som er gitt ut fra sitt medisinske skjønn. Ved behov for øyeblikkelig hjelp må legen rykke ut. Utenom kontortiden må vakthavende lege ta disse vurderinger.”

Det bør tilrettelegges muligheter for at personalet i hjemmetjenesten kan få avsatt tid til planlegging, samarbeid og ikke minst kunne få delta i fast veiledningsopplegg. For å møte behov hos rusgruppen anfører kommunen bl.a. at brukerne bør være representert i utredningen og at prosjektet bør anbefales som et interkommunalt prosjekt.

Kulturetaten tenker seg å løse behov for ledsager-og transportproblem ved at:

”ledsagerbehovet vil vi løse med bruk av fritidsledere, støttekontakter, fritidskontakter og samarbeid med Frivillighetssentralen.”

Planen gjennomgår fem forskjellige frivillige organisasjoner hvor Frivillighetssentralens tjenester er god belyst. Det nevnes også Sanitetsforeningen, Nasjonalforeningen for Folkehelsen og Røde Kors. Tilslutt nevnes Mental Helse hvor det opplyses at foreningen skal etablere et brukerkontor i fylket.

Ideologi

Kommunen har som siktemål å vektlegge etablering og utvikling av de tverrfaglige samarbeidsrutiner. Tjenestetilbudet til brukerne ønsker kommunen å utarbeide sammen med brukerne slik at tilbudene etableres ut fra brukernes premisser og bidra til integrering i det vanlige liv i nærmiljøet.

Kommunen ønsker å oppnå en bedret livskvalitet og en mest mulig selvstendig tilværelse for brukerne. Det trekkes også frem at de frivillige organisasjonene er med på å opprettholde kontakt og trivsel for klientene. uten at dette utdypes nærmere i planen.

Landkommune

Det er gjort en undersøkelse blant fagpersoner i kommunen av hvilke tiltak de mener brukerne i kommunen har behov for. Langt de fleste svarte at brukerne trengte koordinering av primærbehandling, medisinsk oppfølging og regelmessige samtaler. Under halvparten svarte at brukerne hadde behov for fritidstilbud eller støttekontakt. Landkommunen har delt opp sine behov, mål og ideologi på gruppe/individnivå, tverrfaglig/tverretatlig samarbeid, eldre med psykisk lidelser, behov for arbeidsplasser/sysselsetting og brukerorganisasjoner. Det påpekes fra landkommunen at det savnes et eget tilbud innenfor fylket som gir tilbud om familiebehandling.

Inndelingen i planen slik den er gjort fra kommunen vil bli fulgt i presentasjon av analysen.

I kommunens psykiatriplan hevdes det:

”Det har vært stor politisk enighet om denne reformen (Stortingsmelding nr. 25 – egen tilføyelse). En viktig forutsetning for reformen har imidlertid vært en styrking av det kommunale tilbud innen psykisk helsevern. Denne styrking har ikke funnet sted.”

Kommunen hevder imidlertid også at den offentlige forvaltning har fått tilført nye oppgaver og har lært seg og bli handlingsorienterte.

Videre hevdes det:

”- små kommuner har en større evne til å endre seg i takt med nye behov enn det større kommuner har.”

I konklusjonen av planen presiseres det:

” Slik vi planlegger vil det ikke bli opprettet noe særtilbud eller en særtjeneste for mennesker med psykiske lidelser. Den enkelte vil få dekket sitt hjelpebehov innenfor de ulike tjenestetilbud som finnes for hele befolkningen. Tjenestene må ha fundament i individuelt tilrettelagte planer. ”

Behov

I forbindelse med utarbeidelsen av planen peker kommunen på at det er flere behov som ikke har vært synliggjort i forhold til mental helse før dette planarbeidet startet. Det gjelder:

”Riktig intervensjon på individ/gruppenivå, bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten, intervensjon i forhold til forebyggende arbeid med barn og ungdom og tverrfaglig/etatlig samarbeid ved tilrettelegging og tiltak/oppfølging.”

Kommunen ser et behov for å øke tryggheten i miljøet og utføre riktig diagnostisering/medisinering og bedre ettervern. Det pekes på at klienter med behov for tjeneste fra flere etater lett faller utenom ordinære hjelpetiltak fordi det tverretatlige samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende.

Eldre med psykiske lidelser opplever gjerne sosiale tap. Diagnostisering av psykiske lidelser hos eldre blir vanskeliggjort ved at de i tillegg kan være begynnende demente.

Brukerorganisering er trukket frem i planen fra kommunen, og det samarbeid som blir vist til kan ha sammenheng med en samlokalisering med psykiaritjenesten i kommunen.

Kommunen ønsker å bedre det tverretatlige samarbeidet og bland annet bedre kommunikasjonen med flyktning gruppen. Likeledes vektlegger kommunen arbeidet med ettervernet.

Tiltak

Det er ikke opprettet døgntilbud i kommunen og dette vil det heller ikke bli satset på, men det påpekes at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten må bli tettere. Planen trekker flere steder frem behovet for å øke kompetansen hos hjelperne til klienter med psykiske lidelser. I forhold til individ og gruppenivå er hovedtiltaket å: *”Gi riktig diagnostisering/ medisinerings og bedre ettervern”*.

Som et ledd i å øke tryggheten i nærmiljøet vil kommunen satse på å styrke dagsenteret i kommunen. I planen pekes det på at kommunens brukerfokus i tjenesteapparatet ligger i det direkte møte mellom bruker og tjenesteyter og at det er viktig å møte den enkeltes situasjon med respekt.

Når det gjelder tiltak for flyktninger vil kommunen fokusere på integrering og bedret kommunikasjon med flyktningegruppen for at gruppen skal finne seg godt til rette i kommunen. Psykiatriplanen hevder også:

”Kvinnene har lettere for å tilpasse seg nye situasjoner. Ved å dele matkultur, husflidskultur og kvinnekultur utvikles — kommune til et flerkulturelt samfunn.”

I forhold til eldre med psykiske lidelser nevner kommunen flere tiltak bl.a. opprettelse av eget kompetansesenter som skal bestå av sykepleier med spesialutdanning i aldersdemens, diagnostikk og behandling og en psykiatrisk sykepleier. Målet for denne gruppen skal være å utvikle prosedyrer for og utføre diagnostisering og kartlegging av demensutvikling.

I noe som kan forstås som hovedtiltak for å møte eldre med psykiske lidelser ser kommunen det som viktig å øke kompetansen til de hjelpere som i sin tur vil føre til at livskvaliteten til brukerne øker.

Det er et ønske fra kommunen at et av de psykiatriske servicesentrene knyttes opp mot kommunen fordi dette vil avhjelpe kommunen i de

situasjoner hvor det er nødvendig med døgkontinuerlig tilsyn over kort tid.

Selv om det ikke er sett på arbeid/sysselsetting hos bykommunen er dette medtatt for landkommunen fordi kommunen her trekker inn trygdeetaten og samarbeid med denne. Kommunen ønsker å få flere i arbeid/sysselsetting og å få en bedre kontakt med arbeidsmarkedsetaten og trygdekontoret.

Andre siktemål som er nedfelt i planen er at Mental Helse blir en ressursorganisasjon i kommunen. Som første prioritet på sin ønskeliste når det gjelder å knytte til seg kompetanse setter kommunen faste besøk/kontordager med psykiater fra 2. linjetjenesten.

Ideologi

Kommunen uttaler at psykiatritjenesten må ha fundament i individuelt tilrettelagte planer, men tilføyer at tilbudet til klientene søkes dekket innenfor de eksisterende tjenestetilbud. Kommunens kulturkontor har en målsetting som hevder det skal arbeides for mangfold i kommunens kulturliv. I dette mangfold peker kommunen også på den psykiatriske klient. I sin konklusjon på planen avslutter kommunen slik:

” Våre holdninger til andre mennesker og til arbeidet vårt er det grunnleggende element for å kunne få til tjenester som brukerne er tjent med.”

Sammenligning av behov og tiltak i to psykiatri planer

De to kommunenes innbyggertall er svært forskjellig og likeledes antall ansatte. Oversiktligheten i en landkommune må antas å være langt større. Allikevel er det mange likheter i forhold til de mål, behov og tiltak som fremkommer i de to planene.

Ressursene kommunen har for å møte de intensjoner som Stortingsmelding nr. 25 innebærer, fremkommer til dels gjennom de tiltak som er

anført for å møte de behov og problemer kommunene anfører i sine planer og dels gjennom de mål kommunen setter for sine brukere med psykiske lidelser. Imidlertid må tiltakene flere steder ses avhengig av økte bevilgninger til de forskjellige avdelinger/etater som igjen er et politisk spørsmål.

Bakgrunns materialet for bykommunen er redegjort svært detaljert. Dette i motsetning til landkommunen som har valgt en mindre detaljert bakgrunnsfremstilling. Dette kan, som tidligere nevnt, ha sin årsak i kommunens størrelse, men også i den kompleksitet som ligger i å administrere en større kommune.

Landkommunen påpeker også at de kan omstille seg lettere fordi den er en liten kommune med større grad av oversikt enn bykommunen.

Kommunene trekker frem sviktende tverretatelig samarbeid til de klienter som er avhengig av tilbud fra flere etater. Bykommunen har behov for en ansvarsavklaring innad i enkelt etater. For å løse disse problemene satser bykommunen på å utarbeide samarbeidsrutiner for ledere.

Begge kommunene ønsker et mer nært og utbygd samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I tillegg ønsker bykommunen en ansvarsavklaring i forhold til spesialisthelsetjenesten. Bykommunen ønsker felles kurs for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å gi mulighet til å skape felles forståelse og å få en ansvars avklaring. I forhold til spesialisthelsetjenesten ber landkommunen om samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved at de øker sine ambulerende ressurser. I tillegg ønsker landkommunen et bedre samarbeid med trygdeetaten. Dette spørsmålet er ikke direkte berørt i planen fra bykommunen, men vil antagelig gå inn under generelle samarbeidsspørsmål som kommunen berører i sin plan.

Kommunene ønsker å øke medarbeideres kompetanse i forhold til å forstå og å møte mennesker med psykisk lidelser. Bykommunen poengterer i tillegg at medarbeidere må få avsatt tid til planlegging og deltagelse i veiledningsopplegg.

Begge kommunene tar opp spørsmål rundt legetjenesten i forhold til psykiatriske klienter. Bykommunen fokuserer på tidsaspektet for å kunne få bedre tid til klientsamtaler. Dette kan sidestilles med landkommunens ønske om å utføre riktig diagnostisering/medisinering som nødvendigvis også må ha et tidsaspekt i seg.

Landkommunen fokuserer sterkt på den betydning dagsenteret vil få for brukernes trygghet i (nær)miljøet. Noe tilsvarende senter er ikke beskrevet i bykommunens plan for tiltak.

Begge kommunene mener at tolketjenesten må styrkes for bedre å møte innvandrere med behov for psykiatriske tjenester. Landkommunen fremhever for øvrig innvandrerkvinnene i kommunen som en ressurs for å utvikle kommunen til et flerkulturelt samfunn.

Bykommunen tar opp rusproblematikk og ønsker å styrke/bedre tilbud om faste boliger for denne gruppen. Denne gruppen er ikke belyst i planen fra landkommunen.

I sitt kulturtilbud anfører bykommunen at transport og ledsagertjenesten må styrkes. Av de fagpersoner som er forespurt ut fra den spørreundersøkelse som er gjort av kommunen fremkommer det at under halvparten av de ansatte i kommunen ikke mener brukerne trenger fritidstilbud eller støttekontakter.

Landkommunen ønsker at Mental Helse blir en ressursorganisasjon i kommunen. I planen fra bykommunen blir det ikke nevnt noen spesiell frivillig forening/sammenslutning, men kommunen ønsker et nært samarbeid med Frivillighetssentralen for å løse sitt ledsagerbehov. De hevder også at de frivillige organisasjoner er med på å opprettholde kontakt og trivsel for klientene.

Ideologi i kommuneplanene

Landkommunen vektlegger individuelt tilrettelagte planer for brukerne, at tilbudet skal dekkes innenfor det tjenestetilbudet som eksisterer. Bykommunen sin ideologi fremhever at tilbudet skal skje på brukernes premisser og at tilbudet følgelig skal utarbeides sammen med brukeren. Det kan ut fra dette virke som at bykommunen legger opp til en større brukerfleksibilitet i sitt tilbud. Felles for begge planene er at brukeren er satt i sentrum.

Drøfting

Hensikten med denne undersøkelsen er å sette fokus på samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern.

I dette kapitlet vil det bli drøftet hvordan de fire yrkesgruppene som er intervjuet opplever samarbeid og kommunikasjon i forhold til samarbeidspartnere innad i kommunen og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Organiseringen av drøftingen følger de områder som fremkom av analysen: Behov for felles forståelse av yrkeskompetanse, behov for samordning av tjenester innad i kommunen, behov for samordning av tjenester mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og behov for samarbeid med frivillige organisasjoner.

Behov for felles forståelse av yrkeskompetanse

De psykiatriske sykepleierene i kommunehelsetjenesten etterlyser større respekt for sin yrkesutøvelse fra legene, og at disse har bedre kjennskap til deres faglige ståsted, men de hevder også: *”Når vi møtes er det ikke vanskelig å lykkes i samarbeidet.”*

De mener også at legenes kjennskap til psykiatriske sykepleieres fagkompetanse også kan ha sammenheng med legenes interesse og oppdatering innenfor psykiatrien. En bedre oppdatering vil kunne gi en bedre psykiatritjeneste i kommunene.

Samarbeid og kommunikasjon vil være avhengig av at aktørene i klientarbeidet kan se styrke og mulighet for egenutvikling i samarbeid med aktørene med forskjellig yrkestilhørighet, som igjen vil styrke klienttilbudet (Ramsdal og Ludvigsen 1998).

Som funnene viser har de psykiatriske sykepleierne faste møter med andre i helseetaten, men kun har sporadiske møter med andre som kan være involvert i klientbehandlingen.

Den psykiatriske sykepleier fremstår som den som binder sammen omsorgen, koordinerer klienttiltak og behandling for å integrere klientene i nærmiljøet eller med andre ord, hun er ”limet” for et bedre samkjørt klienttilbud. I dette arbeidet savner de en mer systematisert og strukturert veiledning.

Sosial-og helsedepartementets skriv *Samarbeid over grensene* (1995) peker på viktigheten av å kunne møtes for å bli kjent med, og få respekt for hverandres yrkeskompetanse. (Se også Knoff 1985 og Ramsdal og Ludvigsen 1998). For at yrkesgrupper ikke skal bli for opptatt med å verne eget område vil etablering av et tverrfaglig forum motvirke det Knoff (1985) kaller yrkets ”egenart”. Et tverrfaglig forum vil være med på å øke forståelsen for hverandres yrkesroller noe som igjen vil gi mulighet for bedre og mer helhetlige løsninger for klientene (Tellefsen 1993). I psykiatriplanene er denne problemstilling fokusert ved at bykommunen tilstreber et tettere samarbeid og ansvarsavklaring mellom etatene. Behovet fremkommer ikke i like stor grad i landkommunen. Imidlertid kan det se ut til at både by-og landkommunene vektlegger veiledning for å bedre kommunikasjonen mellom etatene.

Kommunene er kanskje klar over den sporadiske kontakten fagpersoner har med hverandre i og med at det i analysen av de to psykiatriplanene er vektlagt økt veiledning for de som har daglig klientkontakt. Selv om denne veiledning skal ha som siktemål å øke faglig forståelse og innsikt, vil den også kunne bidra til å øke samarbeidet mellom aktørene dersom veiledningen blir tverrfaglig.

Den manglende forståelse og kjennskap de psykiatriske sykepleierene hevder legene har i forhold til deres yrkeskompetansen, kan muligens understøttes ved den betingede akseptasjon av yrkeskompetansen som kommer frem i en av legenes uttalelser: *”Det psykiatriske sykepleiere kan tilby, er godt ut fra den kompetanse de har.”*

I psykiatriplanene fra de to kommunene er ikke denne problematikk direkte berørt, men i planen fra bykommunen bemerkes det at legene opplever at det er vanskelig å få kontakt med psykiatriske sykepleiere. Det samme problemet blir også gitt uttrykk for i intervju med en kulturmedarbeider i samme kommune. En av årsaken til dette kan være at psykiatriske sykepleiere har mange hjemmebesøk og derved har lite av sin tid på kontoret. I landkommunen blir ikke vanskeligheter med å treffe psykiatrisk sykepleier tatt opp hverken i intervjuer eller i psykiatriplanen. Årsaken kan være at aktørene treffer hverandre på det daglige uformelle morgenmøte og at de administrative forholdene er mindre. Legene deltar av og til i tverrfaglig team, men dette er kun dersom de har klientspørsmål som skal tas opp. De har ingen spesielle fora hvor det er formell veiledning omkring klientens problemer. Legene har heller ikke tilbud om faglig veiledning i sitt virkefelt. Riktignok anfører lege i landkommune at han deltar i et morgenmøte med forskjellige aktører deriblant psykiatrisk sykepleier. Imidlertid mener psykiatrisk sykepleier i samme kommune at denne møteformen ikke er egnet til diskusjoner om klientsaker fordi hun anser dette møte som uformelt, og i en slik sammenheng tar hun derfor ikke opp klientspørsmål (Jfr. Lov om taushetsplikt kap.5). Mangel på et tverrfaglig forum blir tatt opp i psykiatriplanen i bykommunen. Her foreslås det å etablere et tverrfaglig team uten at det spesifiseres om dette skal gjelde bare de aktører som har direkte klient kontakt. I psykiatriplanen blir det også hevdet at legene ønsker mer tid avsatt til konsultasjoner i forhold til klienter med psykiske lidelser fordi dette krever lengere tid å utrede enn somatiske lidelser. Dette ble også påpekt i intervju med lege i bykommune.

Helse-og sosialsjef i bykommune deltar hver 14. dag i et tverrfaglig forum og har gode erfaringer med dette gjennom flere år. Gruppen evalueres fortløpende og har nedfelt skriftlige mål med sitt arbeide. Han hevder at dette forum har åpnet grensene mellom etatene og gitt bedre koordinering av tilbudene til klientene. I landkommunen er det ikke etablert et formelt tverrfaglig forum, men helse-og sosialsjefen deltar i et uformelt morgenmøte hvor enkelte av deltakerne har direkte klientkontakt. Begge helse-og sosialsjefene har i tillegg faste møter med andre etater i kommunen hvor fokus nødvendigvis ikke er psykisk helsearbeid, men andre temaer av faglig/administrativ art.

Kulturmedarbeiderne trakk ikke frem behov for en felles forståelse av yrkeskompetanse eller et forum for dette. Ut fra intervjuene kunne det virke som at de er mer opptatt av gjennomføring av tiltak for klientene. Tiltakene er muligens også foreslått og utformet av kulturmedarbeiderne selv.

I undersøkelsen fremkommer det at enkelte av respondentene i bykommune er usikre på den organisatoriske strukturen av det psykiatriske tjenestetilbudet i kommunen.

Organiseringen er forskjellig mellom by-og landkommune og bl.a. linjen fra helse-og sosialsjef i bykommune er lengere enn i landkommunen. De psykiatriske sykepleierne som ble intervjuet trakk imidlertid ikke denne avstanden frem som et problem i deres daglige virke.

Behov for samordning av tjenester innad i kommunen

Psykiatrisk sykepleier i landkommunen har et mer vidstrakt samarbeid med andre etater i kommunen, bl.a. lensmannsetaten, enn de psykiatriske sykepleierne i bykommunen oppga at de samarbeidet med. Allikevel er et ønske hos de psykiatriske sykepleierne om et fast forum hvor samordning av tjenestene kan finne sted både mellom aktører i kommunen og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Hummelvoll (1998) bruker begrepet ”sammenhengende omsorgstjeneste” som har som siktemål å sikre kontinuitet i behandling av klienter i nærmiljøet. Utgangspunktet for modellen er hentet fra ”Case Management” (Wold 1998) og har som siktemål å etablere et tverrfaglig team i klientomsorgen. Johansen (1999) trekker frem et bredt fagmiljø som en styrke i klientbehandlingen. Dette vil også øke den psykiatriske sykepleiers handlingsberedskap og dempe den alenefølelse som Parry-Jones (1998) beskriver. Hun hevder at en slik tverrfaglig orientering vil redusere den stressfaktor som ligger i ”alenefølelsen” som beskrives av enkelte psykiatriske sykepleiere i undersøkelsen.

Legene har ikke faste tverrfaglige møter med faglige diskusjoner og en slik tverrfaglig vurdering av klienttilbudet vil kunne gi et mer nyansert behandlings tilbud hevder Borg m.fl. (1993).

Tverrfaglig samarbeid er også beskrevet i psykiatriplanene i bykommunen og er diskutert i forhold til å øke kompetansen hos medarbeidere, men er ikke formulert i planen som et tverrfaglig forum for de som arbeider i nær kontakt med klientene. Hvordan de to kommunene har tenkt å etablere det tverrfaglige samarbeidet er usikkert, da det verken i planene eller i intervjuene er tatt opp tanken om et tverrfaglig team for de aktørene som har den daglige og direkte klientkontakten. I hvilket forum tilbudet til klientene er tenkt utarbeidet er derfor uklart. Bykommunen hevder at tilbudet skal utarbeides på brukernes premisser og landkommunen vektlegger at tilbudet skal utarbeides individuelt for den enkelte bruker. Formuleringen i de to planene behøver ikke bety noen forskjell for klientene, men i hvilket forum klienttilbudet skal utarbeides er uklart.

Faren for utbrenthet hos den psykiatriske sykepleier er tilstede på grunn av det aleneansvar hun kjenner. Tilbudet til de psykiatriske klientene vil også kunne få et "monopolitisk" preg når den psykiatriske sykepleier mangler diskusjonspartner. Hummelvoll (1996) understreker viktigheten av etablering av et tverrfaglig samarbeid med de som har direkte klientkontakt for å forhindre utbrenthet. (Se også Hummelvoll og Granerud 1996). Cullberg (1999) peker også på at utbrenthet hos den psykiatriske sykepleier kan ha som årsak manglende, vage eller urealistiske målsettinger fra ledelsens side, eller at målsettinger ikke er utformet sammen med de ansatte.

Veiledningen som de psykiatriske sykepleierne oppgir at de deltar i må defineres som sykepleiefaglig veiledning, hvor fokus skal være å bringe den som blir veiledet til bedre selvforståelse, både i personlig og faglig henseende og derved øke handlingsberedskapen. I tråd med dette fokuserer psykiatriplanene fra begge kommunene på faglig veiledning og dette er vektlagt for å bidra til å øke kompetansen til de ansatte. Den veiledning som kommunene beskriver i sine planer er veiledning som ifølge Carlsen m.fl. 1992 har til hensikt å bygge opp både faglig kompetanse,

handlingsberedskap og problemløsning i deres kontakt med klientene. Denne veiledning må ikke forveksles med et forum for fagpersoner med siktemål tverrfaglig samarbeid.

Lege i landkommunen peker på at klienter med behov for psykiatriske tjenester lett faller utenom den generelle helsetjenesten i kommunene. Det hevdes også i psykiatriplanene at riktig diagnostisering og medisinerings og bedre ettervern er nødvendig for at behandlingen til klienter med psykiske lidelser skal bli god.

Dette forutsetter god fagkunnskap og tverrfaglig samarbeid hevder Ramsdal og Ludvigsen (1998) og Tellefsen (1993). Hummelvoll og Granerud (1996) trekker i tillegg frem den psykiatriske sykepleier som en mulig koordinator for behandlingsopplegget i et tverrfaglig team. Borg m/fl. (1993) hevder at den psykiatriske sykepleier ser hele livssituasjonen når de møter klienten i hjemmet og derved har en bedre mulighet for å ha et helhetssyn (se senere).

Kulturmedarbeider i bykommune opplever samarbeidet med psykiatrisk sykepleier som uproblematisk, men opplever at de til tider kan være vanskelig å treffe på grunn av klientavtaler. Det søkes veiledning hos psykiatrisk sykepleier i forhold til enkelt klienter av kulturmedarbeider for å gi et best mulig tilbud til klienten. Dette samarbeid med psykiatrisk sykepleier er i tråd med den funksjonen Hummelvoll (1996) beskriver som "libero" hvor den psykiatrisk sykepleier er den som samordner tiltak i forhold til klienter og har oversikt over tiltak som er i gang eller skal iverksettes i forhold til klientene. Dette koordinerende ansvaret fremkommer også gjennom det prøveprosjekt som er igangsatt i Nord-Odal (1998) og som i stor grad drives av de som er direkte engasjert i klientomsorgen i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Bykommunen trekker frem manglende transporttilbud i sin psykiatriplan som en hindring for at klientene kan få større muligheter til å delta på lik linje med andre i kultur- og fritidsstilbud i kommunen. Dette savnet ble også understreket av kulturmedarbeider i samme kommune.

Behov for samordning av tjenester mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

De psykiatriske sykepleierne oppgir at de ikke har faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten hvor fokus kunne ha vært samarbeid og kommunikasjon for bedret klientbehandlingen. Allikevel står den psykiatriske sykepleier frem som den som formidler og binder omsorgen sammen, både innad i kommunene og i forhold til spesialisthelsetjenesten og har slik sett en mediativ-funksjon (jfr. Hummelvoll og Granerud 1996).

Samarbeidet med spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsavdeling oppleves av psykiatriske sykepleiere bedre enn med akuttavdelingen. En mulig årsak til dette kan være at rehabiliteringsavdelingen har en mer løpende kontakt ved utskriving av klienter til kommunene og er avhengig av samarbeid for at klientene kan rehabiliteres både personlig og sosialt i lokalmiljøet. Det er også mulig at ”klient-utskiftningen” er større i akuttavdelingen og at avdelingen derfor opplever større arbeidspress som vanskeliggjør en bedre kontakt med kommunehelsetjenesten enn det som er ønskelig. De psykiatriske sykepleierne opplever også at deres meninger blir tillagt liten vekt av spesialisthelsetjenestens akuttavdelinger. Kontakten skjer i alt vesentlig enveis fra psykiatriske sykepleier i kommunene til spesialisthelsetjenesten. Her er materialet entydig, og det er ingen forskjell mellom kommunene. I psykiatriplanene er det ikke beskrevet entydig hvordan de ønsker samarbeidet skal fungere i forhold til spesialisthelsetjenesten. Begge kommunene trekker imidlertid frem viktigheten av å bedre samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og en ansvarsavklaring for initiering av samarbeidet. Ansvaret for denne tjenesten er påpekt i lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4 (Besl.O.nr.70).

I begge psykiatriplanene fremkommer det at legene i kommunene savner veiledning. Dette fremkommer også gjennom intervjuene hvor lege i landkommune spesifiserer dette til at han savner en bedre dialog med spesialisthelsetjenesten hvor hans syn kunne bli bedre hørt ved spørsmål om innleggelse: *”De stoler ikke på beskrivelsen vår før de har sett klienten selv.”*

Lege i bykommune har ønske om et veiledningsforum hvor det kunne tas opp problematiske innleggelsler. Han påpeker spesielt behov i forhold til unge som trenger bistand og eventuelt institusjonsopphold hvor dette er påkrevet. Det påpekes i psykiatriplanen for bykommunen at manglende samarbeidsrutiner mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan skape vanskeligheter for unge som søker hjelp i det psykiske helsevern.

Igjen registreres et ønske hos de aktører som har et nært klientsamarbeid om et forum hvor det kan tas opp klientproblematikk, slik at aktørene kan få en løsning i en todelt problematikk som både gir seg utslag i usikkerhet med hensyn til regelverk ved innleggelse og å bli trodd når det er behov for akutt innleggelse. Dette forum kan skapes gjennom et tverrfaglige team (jfr. Knoff 1985 og Ramsdal og Ludvigsen 1998).

Når helse-og sosialsjefene har spørsmål som vedrører psykiatrien, tar de primært kontakt med psykiatrisk sykepleier i kommunen istedenfor spesialisthelsetjenesten. Imidlertid etterlyser helse-og sosialsjefene i begge kommunene samarbeid med spesialisthelsetjenesten da det i dag ikke eksisterer noe faste møter mellom disse instanser. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten blir også påpekt i psykiatriplanene som et vesentlig hinder for å oppnå en målgivende kommunikasjon. Det manglende samarbeid som åpenbarer seg i forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forsøkt motvirket gjennom tiltak som er foreslått i skriv av 1995 fra Sosial-og helsedepartementet ”*Samarbeid over grensene*”. Her blir samarbeidsansvaret vektlagt i forhold til de fagpersoner som har ansvar for tilretteleggelsen og behandlingen av klienter med psykiske lidelser (jfr. Lov om spesialisthelsetjenesten). Flere forskere tar opp problematikken og setter fokus på en løpende informativ og veiledende kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Både psykiatrisk sykepleiere, leger og helse-og sosialsjefer etterlyser bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tas opp i Lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4 hvor institusjoner som mottar fylkes-

kommunal støtte til sin virksomhet er pålagt råd- og veiledning om klienters helsemessige forhold som har betydning for at kommunene skal kunne utføre og løse sine oppgaver. Dette veiledningsansvar er ikke tatt opp i psykiatriplanene, men det kan ha sammenheng med at loven ble behandlet etter at planene ble vedtatt i kommunene. Imidlertid peker helse- og sosialsjefen på at spesialisthelsetjenesten har lovet faste møter, men at dette enda ikke er innfridd.

I forhold til spesialisthelsetjenesten har kulturmedarbeideren i bykommune fast møte hver 14. dag med spesialisthelsetjenesten og de kulturmedarbeidere som er ansatt der. Dette forum har til hensikt å skape et tilpasset tilbud til klientene samtidig som det gir dialog med kollegaer både fra spesialisthelsetjenesten og andre kommuner.

Det er interessant at det er kulturmedarbeider som har klart å skape et veiledningsforum med spesialisthelsetjenesten hvor de har mulighet til å diskutere, planlegge og samordne tiltak i forhold til klienter. I landkommunen har ikke kulturmedarbeider faste møte med spesialisthelsetjenesten og søker først og fremst veiledning ved behov hos psykiatrisk sykepleier i kommunen.

Behov for samarbeid med frivillige organisasjoner

Samarbeid med frivillige organisasjoner er også tatt opp i psykiatriplanene i kommunene som et moment for å tilstrebe normalisering for klientene. Dette samarbeidet påpekes av Almvik (1994) og Hummelvoll (1995) som viktige medspillere for å fremskynde oppnåelse av sosial integrering for psykiatriske klienter.

Det samarbeid som er etablert med frivillige organisasjoner, i prøveprosjekt fra Nord-Odal Kommune (2000), blir av organisasjonene oppfattet som konkurranse dem imellom. I tillegg er enkelte av organisasjonene redde for at samarbeidet vil føre til stigmatisering av deres organisasjon ved at de, gjennom prosjektet, knyttes opp mot psykiske helsevern i kommunen.

Psykiatrisk sykepleier i bykommunen samarbeider med frivillige organisasjoner og dette skjer som oftest ved aktuelle prosjekter. Psykiatrisk sykepleier i landkommunen har en samlokalisering og har dermed en mer ”daglig” kontakt ved at de har lokaler i samme bygning. Samme forhold påpekes av kulturmedarbeider i landkommunen og som har gode erfaringer med denne form for nærhet.

Hummelvoll (1975) påpeker at ”avkoding” av fagspråk som bl.a. en mulighet til normalisering. Et samarbeid med frivillige organisasjoner vil kunne være et skritt i riktig retning for å kunne forstå hverandres ”coding” og ”de-coding” som vektlegges av Rommetvedt (1997). Han påpeker også dette som en mulighet for å oppnå målgivende kommunikasjon.

Frivillige organisasjoner er ikke en daglig samarbeidspartner i forhold til helse-og sosialsjefene, men bykommunen har kontakt gjennom et fylkes oppnevnt rådgivende organ. Kolstad (1998) påpeker som viktig at det legges opp en kjede av funksjoner for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Kulturmedarbeidere i bykommunen samarbeider med frivillige organisasjoner ut fra hvilke prosjekter de arbeider med og har gode erfaringer med samarbeidet.

Landkommunen har også utleie av lokaler til Mental Helse i samme lokaler som psykiatrisk sykepleier har sine kontorer og møterom. Nord-Odal Kommune (2000) beskriver i deres prøveprosjekt kultur som ”døråpner” til sosial integrering i nærmiljøet. En sosial integrering behøver ikke bety en normalisering som Stortingsmelding nr. 25 ”Åpenhet og helhet” bruker som udefinert begrep. Ramsdal og Ludvigsen (1998) viser til den manglende avklaring av begrepet fordi det er uklart hvilke perspektiv som er lagt til grunn i begrepet ”normalisering” i Stortingsmeldingen. De påpeker at normalisering, slik de tolker begrepet, bør inneholde integrering som en naturlig del av normalisering.

Viktigheten av samarbeid med de frivillige organisasjoner er også beskrevet av Sosial-og helsedepartementet (1995) og utbytte og

nytteverdien av dette felles-skap beskrives av flere (Sørensen 1994, Hummelvoll 1997 og Kolstad 1998). Kolstad (1998) hevder at ansvaret for de psykiatriske klienter i kommunene må være et medmenneskelig ansvar.

Avslutningsvis er det viktig å understreke betydningen av å ha lokal fagkompetanse tilgjengelig. En uttalelse som understreker dette er et utsagn fra en kulturmedarbeider som ikke har sin utdanning og tradisjon fra helse/omsorgsutdanning:

”Jeg ville ikke umiddelbart først søkt råd i spesialisthelsetjenesten, jeg ville først søkt råd innad i kommunen hos psykiatrisk sykepleier.”

Sitatet kan kanskje minne oss om at vi ikke behøver ”å gå over bekken etter vann”. Eller sagt med andre ord, den psykiatriske kompetanse er kanskje nærmere enn vi tror.

Konklusjon og endringsforslag

På bakgrunn av denne undersøkelsen på hvordan kommunikasjon og samarbeid fungerer, kan dette deles i tre :

- Innad i kommunen.
- I forhold til spesialisthelsetjenesten.
- I forhold til frivillige organisasjoner.

Etter hvert punkt vil det bli tatt opp forslag til endringer.

• Innad i kommunen

Helse- og sosialsjefene opplever samarbeid og kommunikasjon innad i kommunene som tverrfaglig og de savner ikke kontakt med andre medspillere i arbeidssituasjonen. Imidlertid kan det se ut til at den tverrfaglige kommunikasjon og samarbeid med andre yrkesgrupper og etater for de som har direkte klientansvar/kontakt er preget av ad hoc-møter. Legene peker seg ut som den yrkesgruppen som har liten formell kontakt gjennom veiledning eller faglige grupper.

◆ Anbefalinger:

Et tverrfaglig team for de som har direkte ansvar for klientkontakt bør etableres i kommunene for å skape et bedre og mer variert klienttilbud med mål å tilstrebe sosial integrering i nærmiljøet. Et tverrfaglig team av denne karakter vil også kunne fremme bedre kjennskap og forståelse for andre yrkesutøveres yrkeskompetanse. Like viktig i etablering av tverrfaglig team er formulering og felles enighet om mål for denne gruppen dersom kommunikasjonen og arbeidet skal bli målrettet og sikre kvalitet i psykiatritjenesten. Legene vil sannsynligvis også oppleve faste tverrfaglige møter som positivt da de ikke oppgir å ha tilgang til dette og tverrfaglige møter vil i noen grad avhjelpe det manglende tilbud om faglig veiledning. Likeledes vil den alenefølelse i forhold klientbehandling som de psykiatriske sykepleiere beskriver, kunne avhjelpes gjennom et tverrfaglig

team. Dette vil være særlig viktig i kommuner der det bare er ansatt en psykiatrisk sykepleier. Forholdene må også legges bedre til rette for at psykiatrisk sykepleier kan være lettere å treffe for andre fagpersoner i kommunen.

Et tverrfaglig team vil kunne bidra til å øke arbeidstilfredsheten hos de som er involvert i klientomsorgen fordi de vil oppleve å gi et mer helhetlig klienttilbud. Det bør være tilstrekkelig med tverrfaglige møter hver 14. dag med fastsatt tidsramme slik at deltagerne kan avsette tid til dette.

- I forhold til spesialisthelsetjenesten

Det fremkommer i resultatene at kulturmedarbeidere og helse-og sosialsjefer først og fremst søker sin kunnskap hos psykiatrisk sykepleier i kommunen og er tilfreds med dette, selv om helse-og sosialsjefene ønsker at det var etablert en bedre og mer strukturert kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette savnet er noe alle respondentene opplever, men trekkes ikke frem av kulturmedarbeideren som har faste møter med spesialisthelsetjenesten.

Det peker seg også ut i undersøkelsen at den kommunikasjon og det samarbeid som er etablert, fungerer bedre i forhold til rehabiliteringsavdelinger enn akutt avdelinger.

Den psykiatriske sykepleier tar gjerne initiativ for å iverksette samordningen av klienttilbudet for å sikre kvalitet i psykiatritjenesten. Hun har kontroll over egen arbeidssituasjon, men blir også styrt av medaktører bl.a. fra spesialisthelsetjenesten som ikke ser den faglige styrke og muligheter hun kan ha. Derved får hun ikke den faglige tillit som hun burde hatt i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det leder til spørsmålet:

”Hvem er egentlig spesialisten ?”

◆ **Anbefalinger:**

Veiledningsgrupper for psykiatriske sykepleiere bør fortsette i sin form med veileder fra spesialisthelsetjenesten, men må også ved behov kunne ta opp samarbeidsproblematikk i forhold til spesialisthelsetjenesten i veiledningen.

Veiledningsgrupper vil i tillegg til faglig og personlig utvikling også utvikle aktørenes yrkesidentitet.

En styrking av samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil kunne oppnås gjennom tverrfaglige grupper når det er behov for å ta opp til diskusjon klienter som trenger spesiell oppfølging og derved sikre et mer helhetlig klienttilbud. Et slikt tverrfaglig forum vil også fremme en mer felles forståelse for aktørenes muligheter for et helhetlig klienttilbud. En etablering av tverrfaglige grupper vil også være et bidrag til den veiledning som spesialisthelsetjenesten er pålagt gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4. Ansvar for etablering og driften av en slik tverrfaglig gruppe bør derfor påhvile spesialisthelsetjenesten. En slik gruppe vil også fremme kommunikasjonen ved den løpende kontakten mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette vil også sannsynligvis bedre den ”byråkratiske” innleggelsesprosessen som flere av respondentene har beskrevet. Innlegges- og utskrivings samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må bli preget mer av tillit.

I videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie bør det vektlegges den funksjon den psykiatriske sykepleier i kommunehelsetjenesten ofte har som ansvarlig for vurderinger av klienter. Den ”alene posisjon” hun kan ha i organisasjonen må belyses ut fra at det ofte er den psykiatriske sykepleier som koordinerer behandlingstilbudet. I etablering av et tverrfaglig samarbeid vil det gis ulike muligheter for ulike klienttilbud, samtidig som dette også vil øke forståelse for andres yrkestradisjoner og yrkeskompetanse blant yrkesutøverne.

- *I forhold til frivillige organisasjoner*

Samarbeidet med frivillige organisasjoner varierer fra nært samarbeid i landkommunen til et mer sporadisk samarbeid i bykommunen. I materialet fremkommer det at dette samarbeidet i bykommunen kunne vært mer strukturert og forpliktende for de aktører som deltar i dette samarbeidet.

- ◆ *Anbefalinger:*

Forholdene må tilrettelegges i kommunene for å etablere et best mulig samarbeid med frivillige organisasjoner. Det bør påhvile kommunene et ansvar for å legge forholdene til rette for at et slikt samarbeid kan finne sted. Likeledes vil en form for samlokalisering kunne forsterke samarbeidet med frivillige organisasjoner og derved bidra til å etablere et klima for sosial integrering i lokalsamfunnet for klientene. Dette samarbeide bør blant annet vurderes ut fra den positive erfaring landkommunen har med en tilnærmet samlokalisering i forhold til frivillige organisasjoner. I dette samarbeidet bør kulturmedarbeider delta da det ofte er denne yrkesgruppen som står for gjennomføring av fritidstilbud/tiltak.

For å etterstrebe en integrering i nærmiljøet for klientene, bør forholdene tilrettelegges for deltagelse i de kultur-og fritidstilbud som finnes i kommunen. Denne tilretteleggelsen må også innbefatte transportmulighet til forskjellige arrangementer. Denne mulighet for deltagelse, ved et etablert transporttilbud, burde kunne løses uten at dette griper dypt inn i kommunens økonomi sett ut fra de muligheter for gevinst dette gir for klientene til å oppnå integrering i nærmiljøet. En slik integrering i nærmiljøet vil kunne oppleves positivt for klientene og redusere ensomhetsfølelse som de opplever.

Videre forskning

I videre forskning innenfor dette felt vil det være interessant å undersøke hvordan spesialisthelsetjenesten opplever kommunikasjon og samarbeid med kommunehelsetjenesten. Likeledes om det er forskjeller mellom akuttavdelinger og rehabiliteringsavdelinger i disse spørsmålene. Samt hvordan kommunene legger opp sin strategi for samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det kan også være interessant å se nærmere på i hvor stor grad kulturtilbudet influerer på klientenes integrering i nærmiljøet.

Litteratur

Antonovsky A. (1985). *Health, Stress, and Coping*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Almvik A. (1996). *En annerledes fagrolle ?* Trondheim: Sykepleierhøgskolen i Sør-Trøndelag. Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie.

Almvik A. (1996). *Hvordan definerer psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten sin funksjon og rolle?* *Vård i Norden* **17** (4): 13-18.

Barbosa da Silva A. (1995). *Analys av tekster*. I: Svensson P.G. og Starrin B. (red.). *Kvalitative Studier i Teori och Praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Barker P., Jackson S. og Stevenson C. (1999). What are psychiatric nurses need for? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **6**, 273-282.

Borg S.E., Ellingsen O.G., Jensen P., Karlsson B. & Skjerve A-G. (1993). *Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter i Bærum kommune*. Oslo: Diakonhjemmets Høgskolesenter.

Carlsen L. B., Hermansen M. V. og Vråle G. B. (1992). *Sykepleiefaglig veiledning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Cookfair J. M. (1996). *Nursing Care in the Community*. Missouri: Moseby.

Cullberg J. (1999). *Dynamisk psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.

Dalgard O.S., Døhlie E. og Ystgård M. (1995). *Sosialt nettverk. Helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ebeid A. (1999). Managing change within community nursing. *Community practitioner* **72**, 9:296 - 298.

Eidskog kommune (2000). *Plan for psykiatritjenesten*. Skotterud.

Elverum kommune (1998). *Plan for mennesker med psykiske lidelser*. Elverum.

Falk H. og Torp A. (1994). *Etymologisk ordbok*. Oslo: Bjørn Ringstrøms Antikvariat.

Fauske H. (1999). Forord i: *Jürgen Habermas. Kommunikasjon, handling, moral og rett*. Oslo: Tano Aschehoug.

Fleck S. (1990). Sosial psykiatri – an overview. *Sosial Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 25:48-55

Granerud A. (1999). *De nye naboene*. Rapport nr. 17. Master of Public Health. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Gundersen D.(1996). *Norske synonymer*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Habermas J. (1999). *Kommunikasjon, handling, moral og rett*. Oslo: Tano Aschehoug.

Hagemo E. (1991). Sektorisert psykisk helsevern. Sørgaard K. W., Sørensen T. og Herder O. (red.). I: *Lokal erfaring – Sentral kunnskap*. Oslo: Kommuneforlaget.

Hamar Kommune (1998). *Plan for psykisk helse*. Hamar.

Hannigan B. (1999). Specialist practice in community mental health nursing. *Nurse Education Today*, **19**, 509-516.

Havn V. & Verdi C. (1998). *På nye veier*. Trondheim: SINTEF Rapport nr. A98516.

Hummelvoll J. K. (1995). *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv*. Göteborg: Nordiska hälsovårdhögskolan. Doktorgradsavhandling.

Hummelvoll J. K. & Barbosa da Silva A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, **16**, 25-32.

Hummelvoll J. K. & Granerud A. (1996). *Rapport nr. 3. Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll J. K. (1996). *Rapport nr. 1. Å arbeide i felten*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll J. K. (1997). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hummelvoll J. K. (1998). *Rapport nr. 10. Internasjonalt utsyn – resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Johansen K. (1997). *Samarbeid mellom andre- og førstelinjetjenesten innen psykiatrien*. Trondheim: SINTEF Rapport nr. STF78 A97516 Juni 1997.

Johansen K. I. (1999). *Fylke og kommune – hånd i hånd ?* Trondheim: SINTEF Rapport nr. STF78 A99520 Mai 1999.

Knoff R. H. (1985). *Den vanskelige "samordningen"*. Oslo: Sosialt forum/sosialt arbeid.

Kokkin J. (1998). *Profesjonelt sosialt arbeid*. Oslo: Tano Aschehoug A/S.

Kolstad A. (1998). *Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien*. I: Andersen A. J. W. og Karlsson B. (red.). *Psykiatri i endring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kongsvinger kommune (1998). *Plan for psykisk helse i Kongsvinger kommune*. Kongsvinger.

Koort P. (1975). *Semantisk analys – Konfigurasjonsanalys*. Lund: Studentlitteratur.

Kruuse E. (1996). *Kvalitative forskningsmetoder*. København: Dansk psykologisk Forlag.

Kvale S. (1998). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal - 1.utg. 2.opplag.

Larsson S. (1993). *Om kvalitet i kvalitative studier*. Oslo: Nordisk Pedagogik. 4: 194-211.

Lauvås K. og Lauvås P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid*. Oslo: Tano Aschehoug A/S.

Magnussen J., Madsen O. & Vinterberg H. (1922). *Engelsk-dansk ordbog*. København: Nordisk Forlag.

Magnusson E. (1998). *Vardagens könsinnebörder under förhandling*. Umeå: Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.

Nord-Odal Kommune (1998). *Psykiatriplan*. Sagstua.

Nord-Odal Kommune (2000). *Kultur & Helse prosjektet; "Bedre hverdag" i Nord Odal kommune. (Foreløpig prosjektrapport 1998 –2001)*. Sagstua.

Odelstingsproposisjon nr. 10 (1998). *Om lov om spesialisthelsetjenesten m. m.* Odin. Besl. O. Nr. 70 (1999). *Vedtak til lov om spesialisthelsetjenesten m. m.* Odin.

Parry-Jones B., Grant G., McGrath M., Caldock K., Ramcharan P. & Robinson C.A.(1998). Stress and job satisfaction among social workers, community nurses and community psychiatric nurses. *Health and Social Care in the Community* 6(4) 271-285 Blackwell Scientific Publications.

Ramsdal H. og Ludvigsen K. (1998). *Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien*. Kapittel i: Psykiatri i endring. Andersen A. J. W. og Karlsson B. (Red.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Ringsaker kommune (1998). *Mot et bedre liv. Psykiatriske tjenester i Ringsaker 1999 – 2002*. Brumunddal.

Rommetveidt R. (1997). *Språk, tanke, kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedepartementet. *Folkehelse rapporten*. (1996). Helseminister Gudmund Hernes`redegjørelse om folkehelsen i Stortinget 30. april 1996. Oslo: Odin.

Sosial- og helsedepartementet. (1995). *Samarbeid over grensene*. Organisering av omsorg for mennesker med psykiske lidelser. Temahefte 4. Oslo: Sosial-og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 25. (1997). *Åpenhet og helhet*. Oslo: Odin. Sosial-og helsedepartementet.

Sykepleierenes Samarbeid i Norden (1987). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Aurskog: PDC Printing Data Center.

Stangeland I. H. og Stangeland M. (1996). *Snu på flisa!* Oslo: Kommuneforlaget A/S.

Sveum B. (1989). *Kompendium i kommunikasjon*. Maristua: Sosial-pedagogisk utvikling.

Sørensen T. (1994). *The intricacy of the ordinary*. London: British Journal of Psychiatry. 164 (suppl.23), 108 – 114.

Taule R. (1990). *Escolas Ordbok*. Oslo: Escolas forlag.

Tellefsen T. (1993). *Hva har ideologi å si for hverdagspraksisen ?*
I: Repstad P. (red.). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Tano.

Thornquist E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo:
Ad Notam Gyldendal.

Wold B. R. (1997). *Clinical Case Management*. Hummelvoll J. K. og
Lindstrøm U.Å. (red.). I : *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*.
Lund: Studentlitteratur.

Åmot Kommune (1997). *Psykiatriplan 1998 – 2002*. Rena.