

KAPITTEL 8

Helhetlige tjenestetilbud i en liten kommune

Gunnar Vold Hansen

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Abstract: One of the three municipalities that participated in the ROPIT project was a relatively small one. In this chapter, we take a closer look at how the distinctive features of a small municipality can affect how services are provided to persons with dual diagnoses. It seems as though the work is characterized by collaboration between service providers and service recipients as well as a flexible and pragmatic approach within the services, but such flexibility is not explicit in the relation between the municipality's other services. However, this is not a unique situation for small municipalities. There is reason to believe that larger municipalities do not necessarily provide better services for persons with dual diagnoses. Yet how they choose to organize their services according to given goals and priorities in order to achieve coordinated services will vary.

Keywords: coordination, flexibility, integrated services, municipality, organization

Kommunal organisering og samarbeid

Norske kommuner står i prinsippet fritt til å organisere sine tjenester slik de selv ønsker. Riktignok finnes det bestemmelser i særlovgivingen som begrenser denne friheten. I tillegg samarbeider de fleste kommunene i KS, kommunesektorens organisasjon, og får råd derfra om hvordan man kan organisere seg. Likevel er det stor variasjon i organisering av norske kommuner. Det skyldes blant annet ulikheter i størrelse. I organisasjonsteorien er spørsmålet om hvordan man bør organisere virksomheter sentralt. For at en organisasjon skal fungere er det viktig at den ivaretar arbeidsdeling og koordinering. Hvordan dette kan ivaretas vil

Sitering av denne artikkelen: Hansen, G. V. (2021). Helhetlige tjenestetilbud i en liten kommune. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (Kap. 8, s. 155–173). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch8>
Lisens: CC-BY 4.0

være avhengig av en rekke faktorer som blant annet størrelse, oppgaver og organisasjonens omgivelser (Mintzberg, 1979). Mintzberg (1979) deler organisasjoner inn i flere ulike grunnformer. I denne sammenhengen er det særlig to slike former som er aktuelle. Den ene formen kalles adhokrati og kjennetegnes blant annet av at den har en enkel struktur med forholdsvis få medlemmer, der den viktigste koordineringsmekanismen er gjensidig tilpasning. Denne organisasjonsformen finnes gjerne i håndverksbedrifter og forskningsinstitusjoner. Den andre organisasjonsformen som skal trekkes frem, er maskin-byråkratiet. Denne finnes blant annet i store produksjonsbedrifter og i offentlig forvaltning, og kjennetegnes blant annet av en pyramidelignende struktur der virksomheten organiseres i vertikale linjer. Standardisering av for eksempel roller, regler og utdanning er sentrale koordineringsprinsipper i slike organisasjoner. (Mintzberg, 1979).

Norsk forvaltning er i stor grad organisert som maskinbyråkratier. Det skaper utfordringer for samarbeidet både inter- og intraorganisatorisk (Nesheim et al., 2019). Disse utfordringene blir særlig tydelige der man skal løse problemer til personer med behov for omfattende og samordnete tjenester. Utfordringene knytter seg til flere forhold. For det første er det en utfordring at det i et maskinbyråkrati er vanskelig å få til kommunikasjon mellom linjene. For virksomheter som er organisert i ulike linjer er det nødvendig med særskilt tilrettelegging for å få til kommunikasjon og samarbeid på tvers av linjene (Head & Alford, 2015). I tillegg er fragmentering av tjenestene også en utfordring. Fragmentering kan oppstå som følge av utviklingen med stadig tydeligere ansvarsdeling og budsjettdeling mellom de ulike tjenestene, blant annet som følge av bruken av egne bestiller-kontorer (Peters, 2018). Ansvarsdelingen knyttes vanligvis til oppgaver og ikke personer. Det innebærer blant annet at spesialisering i form av særskilt kompetanse kan bli et problem. Jo mer spesialisert en kompetanse er, jo mer presis kan den beskrives og knyttes til et bestemt, avgrenset ansvarsområde. Spesialister har gjerne et avgrenset tiltakspanorama som styrer hvilke behov man avdekker hos brukerne (Abbott, 1988; Hansen, 2007). Dersom brukeren har behov for et sammensatt tjenestetilbud, vil en spesialist gjerne bare kunne tilby deler av dette, og behovet for samarbeid blir stort. Spesialiserte tjenester kan dermed medføre at

tjenestene bare forholder seg til en bestemt utfordring for brukeren, slik ROP-brukere har opplevd at spesialisthelsetjenestens deling i en tjeneste for ruslidelser og en annen for psykiske lidelser fører til.

Hvordan man skal organisere tjenestene for å motvirke denne oppdelingen? Det har blitt skissert ulike løsninger som nettverksorganisering (Ferlie et al., 2011) og fleksibilitet (Head & Alford, 2015). Fleksibilitet er et begrep som kan oppfattes på ulike måter. I noen tilfeller er det de tilsatte som er fleksible – det vi kan betegne som personlig fleksibilitet, mens i andre sammenhenger er det organisasjonen som er fleksibel – det vi kan betegne som organisatorisk fleksibilitet (Karlsson, 2006). Dersom man har ambisjoner om å yte samordnete og individuelt tilpassete tjenester, bør disse inneha både personlig og organisatorisk fleksibilitet (Head & Alford, 2015). Nettverk kan på samme måte både være organisatoriske, ved at det tilrettelegges for kontaktpunkter og samarbeid både mellom linjene i en organisasjon og mellom organisasjoner, og individuelle, ved at personer kjenner og samarbeider (gjerne uformelt) med personer i andre linjer og organisasjoner (Peters, 2018).

Et sentralt spørsmål er hvordan man kan analysere samordningsprosesser. Nesheim et al. (2019) mener at det er viktig å legge vekt på flere dimensjoner. For det første er det nødvendig å klargjøre hvilke oppgaver de ulike samarbeidspartene har og i hvor stor grad de er avhengige av samarbeidet for å løse sine hovedoppgaver. I tillegg er det viktig å legge vekt på distanse – det gjelder på flere områder, som fysisk og ideologisk distanse. Dessuten handler det om hvilke konkrete tiltak man har iverksatt for å få på plass samarbeid både intra- og interorganisatorisk.

I dette kapitlet skal vi analysere organiseringen av tjenestetilbudet i en liten kommune og hvordan dette påvirker mulighetene for å tilby ROP-brukere helhetlige tjenester. I evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet konkluderer forfatterne med det at synes som om mindre kommuner har større problemer med å gi brukerne et tilfredsstillende tilbud enn store kommuner. Etter deres mening skyldes dette blant annet at små kommuner har problemer med å rekruttere personell med relevant kompetanse (Hansen et al., 2021, s. 46). Ifølge et ekspertutvalg oppnevnt av regjeringen bør en kommune ha minst 20 000 innbyggere for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud til innbyggerne (Christensen, 2020).

Diskusjonen om kommunestørrelse er verken ny eller spesifikk for Norge. Argumentene for å satse på større kommuner knytter seg blant annet til at man antar at større kommuner kan tilby tjenester av bedre kvalitet, at saksbehandlingen i mindre kommuner ikke er tilstrekkelig profesjonell og uavhengig, og at stordriftsfordeler gir grunnlag for bedre utnyttelse av begrensede ressurser (Mouritsen, 1999). Statistikk viser at mindre kommuner for eksempel har lavere utdanningsnivå på sine ansatte, at de har dårligere karakterresultater på skolene og lavere dekning av sentrale tjenesteutøvere som leger (Christensen, 2020). Slik sett kan man si at kvaliteten på kommunale tjenester i mindre kommuner er dårligere enn i større. Likevel viser brukerundersøkelser at befolkningen er mer tilfredse med tjenestene i mindre kommuner enn i større (Monkerud & Sørensen, 2010). Brukertilfredshet er en klart subjektiv variabel, og det kan være andre årsaker til høy brukertilfredshet i mindre kommuner enn kvantitative kvalitetsindikatorer. En slik årsak kan være det som kalles «nærhetseffekten» (Jacobsen & Holtskog, 2013). Kort avstand mellom de som er brukere av offentlige tjenester og de som skal yte disse, kan bidra til at tjenestene blir bedre tilpasset det brukerne har behov for. For eksempel kan det være at små kommuner både har en fleksibel organisasjon og tilsatte, slik at kommunen blir tilpasset ønsket om å yte samordnete og individuelt tilpassete tjenester (Head & Alford, 2015). En antakelse kan også være at større grad av brukertilfredsstillelse i små kommuner enn i store, kan komme av at det i små kommuner er større grad av uformell hjelp mellom innbyggerne (Christensen, 2020). Det kan i så fall bidra til at innbyggerne i små kommuner ikke blir så avhengige av offentlige tjenestetilbud som i store kommuner.

Dette kapitlet vil derfor konsentrere seg om hvordan en liten kommune utformer et helhetlig tjenestetilbud til ROP-brukere. Sentrale spørsmål er hvilke utfordringer kommunen står overfor og hvordan disse løses, og om utfordringer og løsninger påvirkes av kommunestørrelsen.

Metode

Dette kapitlet bygger på datainnsamlingen som er beskrevet i kapittel 2 i denne antologien. Det innebærer at det beskrevne seminaret, to

gruppeintervjuer med alle de fem ansatte i avdeling psykisk helse og rus, og en del kommunale dokumenter er benyttet. Det siste gruppeintervjuet ble gjennomført over et år etter at seminaret ble gjennomført. En del av kommentarene som ble gitt i det siste intervjuet, viser derfor til en utvikling som er skjedd i løpet av prosjektperioden. Det må også understrekes at intervjuene ble gjennomført før behandlingslinjer for rus- og psykisk helse ble implementert. De skriftlige intervjuene og dokumentene er gjennomgått med sikte på å få frem beskrivelser av hvordan tjenestene er organisert og hvordan avdeling psykisk helse og rus samarbeider både med brukerne og andre tjenester. Disse beskrivelsene ble så skilt ut og analysert i en form for innholdsanalyse der det hele tiden utvikles teorier og hypoteser som testes mot data (Swanson & Holton, 2005). I denne prosessen ble det lagt særlig stor vekt på de organisasjonsteoretiske perspektivene. Analysen viste at det var hensiktsmessig å organisere resultatene slik at de beskrev en prosess med etablering av tjenestetilbud, innholdet i tjenestetilbudet, og samarbeid. For oversiktens skyld er det dessuten innledningsvis i resultatpresentasjonen tatt med en beskrivelse av relevante deler av kommunen.

Resultater

Generelt om kommunen

Kommunen er den minste av kommunene i ROPIT-prosjektet med under 5000 innbyggere. Kommunen er vidstrakt, men har et mindre kommunesentrum der alle sentrale kommunale tjenester er lokalisert. Kommunen er organisert i syv virksomheter, der følgende tre jevnlig yter tjenester til ROP-brukere: omsorg, NAV og familie og helse. Hver av virksomhetene har sine egne ledere og har ulik størrelse og struktur. Tjenestene til mennesker med rus- og/eller psykiske lidelser er først og fremst organisert som en avdeling innenfor virksomhetsområdet «familie og helse». I virksomhetsområdet omsorg er det særlig hjemmetjenesten som bidrar. Kommunen mener selv at den fremstår som en representant for små kommuner, der både muligheter og utfordringer er knyttet til skala-problematikk: Det er relativt få pasienter/brukere og få ansatte i tjenestene, ressursene er relativt begrensede og det politisk-administrative

systemet kjennetegnes av nærhet og gode forutsetninger for utstrakt kommunikasjon på tvers av etater.

Familie og helse

Virksomhet familie og helse består av helsestasjon, legekontor, fysio-/ergoterapi, barneverntjeneste og psykisk helse og rus. Virksomheten har ca. 20 ansatte og et budsjett på vel 20 millioner kroner. Prosjektmidler har bidratt til et balansert resultat i forhold til budsjett, samtidig som det også er et mindre overforbruk til noen deler av virksomheten.

Avd. psykisk helse og rus

Innenfor virksomhet familie og helse er kommunens tilbud til mennesker med psykiske helseplager og rusproblemer organisert i Avd. psykisk helse og rus. Avdelingen har eget budsjett og er organisert som et team med til sammen 5 ansatte. Det er samarbeid med fastlege, kommunale etater og spesialisttjenestene. Avdelingen administrerer flere fellestiltak, blant annet et dagsenter og «Fellesskapet», som er et tilbud om møteplass for fem ROP-brukere. I begge disse tiltakene er ressursene til ulike aktiviteter relativt begrensede.

En arbeidsgruppe med ansatte fra hjemmetjenesten, ruskonsulent, avdelingsleder for psykisk helse og rus, avdeling barn og unge, samt en representant for brukerne deltok med innspill til kommunedelplan på helse og omsorgssektoren. Der ble utfordringer og forslag til tiltak beskrevet. En av utfordringene som blir beskrevet er at det «trolig» vil bli et behov for flere personer og økt kompetanse i psykisk helsearbeid. Dette vil særlig være tilfellet for gruppen brukere med lettere psykiske lidelser og rusproblemer, en gruppe som forventes å bli behandlet i kommunen. Gruppen peker på at er behov for å rekruttere flere personer til avdelingen, øke kompetansen på enkelte områder (som kartlegging, familieperspektiv), og at det er viktig at kommunen legger til rette for videreutdanning og annen kompetanseheving. Det pekes også på at en forventer at samarbeidet med spesialisttjenestene vil bli mer systematisert gjennom etableringen av pakkeforløp innen rus og psykisk helse.

Personalet i rus-/psykisk helse-teamet har vært stabilt over mange år. Av de fem ansatte har fire utdanning på høghskolenivå samt relevante videreutdanninger, en har utdanning fra videregående skole og har i tillegg svært lang erfaring fra kommunen. Noen av de ansatte har hatt kortere arbeidsopphold andre steder. Gjennom midler fra opptrappingsplanen for rusfeltet ble ruskonsulent finansiert gjennom et tidsavgrenset prosjekt. Etter at prosjektet ble avviklet ble det imidlertid klart at ruskonsulent i full stilling ble finansiert av kommunen, og vedkommende har derfor fortsatt i jobben.

Etablering av tjenestetilbud

Kommunen har ikke et bestillerkontor. Det betyr at det er Avd. psykisk helse og rus selv som utformer vedtak om tjenester. Dette oppfattes som en fordel:

Vi har ikke sånn bestiller-utførerkontor, vet du. Det er proppen i alt, det. Så her kan du egentlig bare komme og banke på døra og spørre om å få en prat, eller slå på tråden. Så ...

Det er særlig to ting som fremheves som en fordel ved ikke å ha et bestillerkontor som brukere først skal kartlegges av før de får et tilbud. For det første gir dette de ansatte muligheter til å utforme det tjenestetilbudet de mener er relevant selv. Dernest fremheves muligheten brukerne har til å ta direkte kontakt. Det innebærer at de verken må gå omveien om et bestillerkontor eller en henvisning fra for eksempel en fastlege. Dette er en tilnærming som gjør at tjenesten blir et lavterskeltilbud. Det har flere fordeler og en av de andre ansatte utdyper dette:

Og vi har jo noen brukere som kontakter oss bare av og til, òg, når de har et behov. For da hjelper det ofte bare med en eller to samtaler, og så går det bra igjen. Noen fungerer det bra med, at vi slukker litt brann ved å være lett tilgjengelige. Og det er jo det vi satser på òg, at vi slukker en del branner ved å være godt tilgjengelig.

De ansatte understreker at de mener at denne tilnærmingen innebærer at brukerne kan få hjelp i en tidlig fase av sykdomforløpet og på den måten

reduere behovet for tjeneste. Det fører til at det noen ganger er nok med bare en eller noen få samtaler for brukeren. Flere kommer gjerne tilbake etter en tid for en ny runde med to–tre samtaler. Dette er en gruppe som man ikke utformer varige vedtak for.

For de som trenger et mer omfattende tjenestetilbud, gjennomfører avdelingen selv en omfattende kartlegging. En av de ansatte beskrev denne kartleggingen slik:

Jeg tror vi er ganske gode på å tenke helhetlig i kartleggingen. At det handler om et sted å bo, det handler om økonomi, det handler om sosialt nettverk, det handler om psykisk helse og fysisk helse. Ja. For det er innom de fleste områdene. Det er liksom fysisk helse og psykisk helse, rus, vold, kriminalitet og familienettverk ... Og ikke minst da litt hva som er problemet og hva de ønsker og hva vi kan bidra med, liksom.

Dette tyder på at avdelingen er opptatt av å avdekke brukerens samlede behov for tjenester og at de ansatte skaffer seg en oversikt både over hvilke tjenester de selv skal yte og hvilke andre virksomheter de må samarbeide med.

Likevel er det områder teamet peker på at tjenestetilbudet klart kan forbedres. Det gjelder både aktivitetstilbud til brukerne og samarbeid med pårørende. Det understrekes også at kommunen ikke har tilrettelagte boliger for denne brukergruppen, men at boligsituasjonen i kommunen generelt er god, slik at det ikke er vanskelig å finne ledige boliger. Da en av brukerne fikk behov for skjermet bolig med døgnoppfølging, var det et tilbud kommunen ikke kunne gi, og kommunen måtte da kjøpe dette tilbudet fra andre.

Innholdet i tjenestetilbudet

Kartleggingen som gjøres viser at noen brukere trenger mer langvarig oppfølging. En av de ansatte svarer slik på spørsmålet om hvordan vedtak utformes:

Jeg vil si det er et samarbeid med brukerne der. For jeg pleier å spørre hva de ser for seg av oppfølging. Og så kommer jeg hvert fall med forslag om hvor ofte de vil ha oppfølgingen, hvert fall. Og så er det sånn ... Vi skriver ikke så mye

konkret, vi skriver bare støttesamtaler, vet du. Så det blir jo andre ting som skrives i forhold til hva det skal inneholde. Men i selve vedtaket, så er det ofte at vi innvilger bare støttesamtaler.

Dette tyder på at avdelingen legger vekt på å utforme tjenestetilbudet i samarbeid med brukerne. Samtidig vil det at tjenesten legger vekt på å utforme generelt utformede vedtak skape muligheter slik at de kan tilpasse seg vekslingen mellom gode og dårlige perioder for brukeren. Det synes klart at avdelingen ikke er spesielt opptatt av å avgrense det tilbudet de gir. Noen ganger medfører det at de synes det er like hensiktsmessig å løse oppgaver som andre har ved å gjøre jobben selv.

Og ofte det økonomiske og må vi ordne opp i, selv om det egentlig er NAV som skal ta av seg det. Men så går det ofte litt treigt noen ganger, og da må vi ... Vi tar imot en bærepose og går igjennom regninger og skriver opp og ... Hindrer at huset går på tvangsauksjon og litt sånt.

Dette tyder på at de ansatte legger mer vekt på å løse de utfordringene som plager brukeren, enn hvem som egentlig burde løst oppgaven. Heller ikke innad i avdelingen er man opptatt av å sette grenser mellom de ulike profesjonene. Det virker som mange av brukerne har tett kontakt med «sin» behandler, og at de tar opp de problemene de har med denne behandleren og overlater til vedkommende å finne ut hvem som skal hjelpe. Den ansatte prøver da gjerne å løse problemet uten å ta det opp med andre dersom det er mulig. Konsekvensen av dette er at utdanningsbakgrunn ikke er så styrende for hvem som skal gjøre hva. En av de ansatte beskrev det på denne måten: «Jeg tror vi er litt visket ut i faget.» Arbeidsdeling er derfor i liten grad knyttet til utdanning. Fordelingen av nye brukere bygger på den kartleggingen som er gjort og en intern diskusjon både om hvilken oppfølging brukeren bør få og hvem som er best egnet til å følge vedkommende opp. Her er utdanningsbakgrunn bare en av flere faktorer som påvirker beslutningen. Samtidig er de også opptatt av at de kan få hjelp av de andre i avdelingen dersom de trenger det. En av de ansatte beskrev praksisen slik: «Og har vi noen utfordringer eller føler vi at vi liksom ikke kommer så mye videre, så tar vi det jo ofte opp i gruppa, får litt nye innspill ...»

På denne måten sørger de ansatte for at de kan utnytte ulikhetene i hverandres bakgrunn. Selv om det synes nokså tydelig at avdelingen er

opptatt av å gi et bredest mulig tilbud, så må de i en rekke tilfeller likevel samarbeide med andre for å få til et helhetlig tilbud.

Samarbeid

En stor del av brukerne har behov for tjenester fra andre deler av kommunen. Det gjelder blant annet dersom brukeren har behov for oppfølging på grunn av somatiske problemer. Det ble beskrevet på følgende måte: «Det som det har vært veldig mye av i det siste, synes jeg, er det med somatiske plager og komplikasjoner etter bruk av mye rusmidler.» Dette gjør at avdelingen må etablere et samarbeid med hjemmetjenesten. Dette samarbeidet er nødvendig av to årsaker. For det første er det klart at Avd. psykisk helse og rus ikke har tilstrekkelig kompetanse til å følge opp slike somatiske lidelser. Avdelingen yter dessuten normalt bare tjenester i ordinær arbeidstid, mens hjemmetjenesten har mer omfattende åpningstider. Dette samarbeidet har ikke vært uproblematisk. Det skyldes flere forhold knyttet til at hjemmetjenesten ikke fremstår like fleksibel som Avd. psykisk helse og rus. I tillegg er det åpenbart at holdninger er et problem. En beskrev det slik: «Vi legger vekt på tålmodighet – evne til å jobbe litt saktere, ulikt for eksempel hjemmetjenesten, der alt skal gå så fort.»

Tilbakemeldingene tyder på at her er det en del gjensidig kritikk. Avd. rus og psykisk helse mener at hjemmetjenesten ikke tar seg tid nok i oppfølging av ROP-brukere, mens hjemmetjenesten kritiserer avdelingen for å bruke for mye tid og ikke være effektive nok. En slik manglende forståelse for hverandres arbeidsform har nok et potensial i seg for å skape et dårlig samarbeidsklima. Dette har ledelsen sett, og det er i løpet av prosjektperioden etablert faste samarbeidsmøter en gang i måneden mellom de to avdelingene. Dette har gitt resultater, og oppfatningen er derfor at «hjemmetjenesten er blitt bedre til å samarbeide – nå kan vi lage felles journalnotater». På denne måten har man styrket mulighetene for samarbeid ved å etablere felles møteplasser. Samtidig er felles journalnotater en form for skriftlig utveksling av informasjon. Dette gir grunnlag for å beskrive hva som gjøres og hvorfor, noe som også bør være et grunnlag for å styrke samarbeidet. En av de ansatte

pekte dessuten på at vedkommende hadde lang og omfattende erfaring fra flere virksomheter i kommunen, og at vedkommende derfor hadde kjente som ble kontaktet og samarbeidet med utenom ordinære kommunikasjonskanaler. Dette illustrerer at også private nettverk kan skape relevante samarbeidsarenaer.

Ansvarsgrupper er en annen felles møteplass som etableres i noen tilfeller. Det er også en løsning for å styrke samarbeidet med hjemmetjenesten og andre. Dette blir i så fall møteplasser som kommer i tillegg til de faste møteplassene mellom avdelingene. Det er også viktig å registrere at når de ansatte ser at det er behov for samarbeid med andre, så er det de som tar initiativ til å få på plass dette. Dette illustreres i følgende utsagn fra en av de ansatte: «Hvis du ser at det her er liksom mange aktører som egentlig burde snakke sammen, så er det liksom greit å få et vedtak på at vi koordinerer ansvarsgrupper.» I utgangspunktet er avdelingen opptatt av å ha generelt utformede og fleksible vedtak, men likevel kan de være tydelige på at det skal opprettes en ansvarsgruppe og at de selv tar ansvar for å gjøre dette. Dette tyder på at de ser nytten av å ha slike samarbeidsarenaer.

Det er ikke lokalisert noe spesialisthelsetjenestetilbud i kommunen. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er en utfordring. Det skyldes delvis at brukerne har problemer med å benytte polikliniske tilbud på grunn av avstand og manglende offentlig kommunikasjonsstilbud. I tillegg peker de ansatte i kommunen på at den elektroniske kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og teamet ikke fungerer tilfredsstillende. Likevel er det slik at en del av brukerne er avhengig av oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, og da har gjerne løsningen vært at de ansatte har tatt på seg rollen som sjåfør: «Vi har jo kjørt en del òg, vi da. Kjørt og fulgt. Men jeg opplever jo mange som skal ha poliklinisk oppfølging av spesialisthelsetjenesten, sier at de får like god behandling hos oss.»

Det kan være at tjenestene kommunen tilbyr ivaretar brukerne like godt som spesialisthelsetjenesten, men det er også mulig å se kommentaren om at brukerne får like god behandling i kommunen som et uttrykk for hvor viktig tilgjengelighet og fleksibilitet er. Flere av uttalelsene som er vist til foran viser hvordan brukerne kan få både tjenester når de ønsker det og for en stor del tilpasset deres umiddelbare behov. Konsekvensen

av tjenester som ikke er tilgjengelige eller fleksible, beskrives av en av de ansatte på følgende måte:

Jeg hadde et tilfelle med alkohol hvor hun var motivert til behandling i spesialisttjenesten. Men det ble for langt løp. For da skulle fastlegen først henvise videre, og så skulle de vurdere og da ... Og det ble for langt løp, da var hun ikke motivert lenger.

Tilbud fra spesialisthelsetjenesten krever henvisninger og kartlegginger. Kommunen krever ikke dette. I stedet er de tilgjengelig nærmest umiddelbart. Dette resulterer i at det kommunale tilbudet i stor grad kan tilpasse seg svingninger både i brukers motivasjon og behov.

Drøfting

Avdeling for rus og psykisk helse fremstår som en avdeling med trekk av adhokrati slik Mintzberg (1979) beskriver det. De ansatte beskriver en flat struktur der samarbeidet er uformelt og den interne samordningen ivaretas gjennom gjensidig tilpasning. Organisasjonsformen samsvarer også med beskrivelsen av tverrfaglige team (Øvretveit, 1996). For enkelthets skyld betegnes avdelingen i det videre som teamet. Teamet har ansvar både for rus og psykisk helse. Det innebærer at man ikke har like omfattende spesialisering som man ofte finner i spesialisthelsetjenesten. Kommunen unngår dermed noen av de utfordringene som gjerne oppstår ved å dele ansvarsområdet opp i to spesialiteter.

De fem medlemmene i teamet har ulik utdanning og erfaring. Kompetansenivået fremstår som godt, og utfordringene knyttet til kompetanse som Hansen et al. (2021) beskriver synes ikke å være et problem i denne kommunen. I teorien kan derimot høy utdanning bli en utfordring, fordi profesjonstilhørighet ofte beskriver oppgaver og ansvarsområde (Abbott, 1988). På den annen side skaper dette også grunnlag for å nyttiggjøre seg ulik kompetanse til både å få en oversikt over hvordan brukerens problemer skal forstås og hvilke løsninger som er aktuelle (Hudson, 2004). Den ansatte beskriver en arbeidsform der de ansatte åpenbart ikke er så opptatt av rammene for egen utdanning, men legger mer vekt på hva som er brukernes behov.

Etablering av tjenestetilbud

Det er tjenesteyterne selv som utformer vedtakene om hvilke tjenester brukerne skal få. Disse vedtakene bygger på en omfattende kartlegging av brukernes behov. En av utfordringene med små miljøer er at det alltid er fare for at saksbehandlingen blir farget av personlig kjennskap og ikke ivaretar ugildhet i tilstrekkelig grad (Jenssen & Robertsen, 2015). En av begrunnelsene ved å benytte et bestillerkontor er at det kan skape en avstand mellom tjenesteyter og bruker som gjør at personlige holdninger ikke påvirker vedtakene. På den annen side vil det for ROP-brukere i stor grad være behov for at den som skal utforme gode tiltak kjenner brukernes behov godt (Hansen & Ramsdal, 2005). Muligheten teamet har til umiddelbart å yte tjenester, ved for eksempel å ha samtaler med aktuelle brukere, synes å være effektiv. Dette bidrar til at tjenestetilbudet til ROP-brukere er fleksibelt. Saksbehandlingen er enkel, og gir både brukere og tjenesteyterne grunnlag for å få tilpasset tjenestetilbud, slik erfaringen også ofte er med andre små kommuner (Monkerud & Sørensen, 2010). Her er både organisasjonen og de ansatte fleksible. Organisasjonen er fleksibel ved at den aksepterer at det er tjenesteyterne som skal utforme vedtakene, og de ansatte er fleksible ved at de tilpasser sine ytelser til brukernes behov og ønsker. Dette kan da oppfattes som elementer i den fleksibiliteten som Head & Alford (2015) mener er nødvendig for å kunne løse *wicked problems*.

En av fordelene med å ha et felles bestillerkontor er at et slikt kontor kan bestille tjenester fra flere virksomheter samlet med sikte på å etablere et samordnet tjenestetilbud på tvers av ulike virksomheter i kommunen. I en organisasjon der de ansatte ikke umiddelbart ser behovet for samarbeid (Knudsen, 1993), er en klassisk løsning å pålegge de ansatte å samarbeide (Mintzberg, 1979). Et felles vedtak fra et bestillerkontor kan dermed være en form for pålegg om hvordan man skal samarbeide. Likevel vil det ofte være behov for at tjenesteyterne fra de ulike virksomhetene i samarbeidet viser fleksibilitet og vilje til gjensidig tilpasning (Head & Alford, 2015). Det er derfor grunnlag for at personer i organisasjonen, uavhengig av sentrale pålegg, tar initiativ til å etablere samarbeidsarenaer mellom flere tjenester (Hudson, 2004). Eksempel på dette kan være beskrivelsen teamet gir av hvordan de legger inn krav om ansvarsgrupper i de vedtakene de utformer. Dette utdypes mer siden.

Innholdet i tjenestetilbudet

At teamet selv utformer vedtakene, gir dem et grunnlag for å gjøre vedtakene så fleksible at de kan tilpasse innholdet i tjenestene til endringer i brukers behov. På den andre siden gir generelt utformede vedtak brukerne et svakere rettslig krav på bestemte tjenester og overlater til tjenesteteyerne å definere hva som er brukernes behov. Beskrivelsen av hvordan teamet utformer vedtakene i samarbeid med brukerne tyder likevel på at brukerne har god innflytelse over innholdet i tjenesten. Teamet peker også på at de i visse tilfeller løser oppgaver for brukerne som egentlig skulle vært løst av andre – eksempelvis ordne opp i ubetalte regninger. Dette er også en indikasjon på at de tilpasser tjenestetilbudet til brukernes behov.

Selv om teamet ikke er delt opp i spesialiteter er det en form for spesialisering innad i teamet ved at de fem medlemmene i teamet har ulik utdanning og erfaring. Utdanning kan oppfattes som en form for standardisering. Slik standardisering kan danne grunnlag for entydige koblinger mellom utdanning og arbeidsoppgaver, ved at det er profesjonstilhørighet som beskriver oppgaver og ansvarsområder (Abbott, 1988). Dette er åpenbart ikke tilfelle i dette teamet. Beskrivelsen av hvordan medlemmene lar seg styre av brukernes behov og dermed føler seg litt «visket ut i faget» tyder på at profesjonsbakgrunn i liten grad er styrende for fordeling av arbeidsoppgaver.

For at en gruppe skal kunne fungere som et reelt tverrfaglig team, er det viktig at teamet samarbeider innad (Øvretveit, 1996). Ansatte beskriver at de tar opp saker der de føler behov for hjelp fra de andre i teamet tyder på at de både har respekt for hverandre og at de ser gevinsten i å få synspunkter fra de andre medlemmene (Hudson, 2004). Dette gir et bilde av et team som samarbeider og utnytter ulikheter i utdanning og erfaring til beste for brukerne.

Alle brukere får en primærkontakt som har hovedansvaret for å følge opp vedkommende. Det er, som pekt på foran, interessant at disse koordinatorene allerede når det skrives et vedtak, tar med at det må etableres en ansvarsgruppe og at de selv tar ansvar for å gjøre dette. Tilbakemeldingene tyder på at disse primærkontaktene fungerer som aktive koordinører (se kapittel 6 i denne antologien). De tar altså ansvar for å få på

plass en arena for nettverkssamarbeid, de velger utradisjonelle løsninger i form av å ta ansvar for andres oppgaver (som å få orden på ubetalte regninger) og de tar selv ansvar for å administrere tjenestetilbudet. Det er dermed brukernes behov, mer enn profesjonstilhørighet, som styrer hva de gjør – og de fyller dermed en koordinatorrolle slik Oliver (2013) anbefaler det.

Teamet har god kontroll på viktige elementer i tjenestetilbudet. Det er de som tar imot brukere og avgjør om de skal få hjelp, det er de som kartlegger, det er de som formulerer vedtak og det er de som styrer innholdet i tjenesten. Dette gjør brukerne svært avhengige av dem og gir medlemmene grunnlag for å overstyre brukerne. Beskrivelsen teamet gir av hvordan innholdet i tjenestene utformes, tyder likevel på at brukermedvirkningen ivaretas (Hansen, 2019). Dette underbygges også av hvordan de beskriver at oppgaver som egentlig tilligger andre, blir løst av teamet. For teammedlemmene medfører dette at de har stor grad av fleksibilitet til å tilpasse tjenestetilbudet til variasjoner i brukers situasjon. Slik sett representerer medlemmene stor grad av personlig fleksibilitet. Beskrivelsen viser et tjenestetilbud som bygger på stor grad av tilgjengelighet og individuell tilpasning til brukernes situasjon, noe som tyder på at de tjenestene teamet yter i stor grad kjennetegnes av en «nærhetseffekt» (Jacobsen & Holtskog, 2013).

Likevel pekes det på at kommunen ikke har gode nok aktivitetstilbud, at oppfølgingen av pårørende ikke er god nok og at det mangler tilrettelagt boligtilbud. Dette er problemer som er generelle for mange kommuner, og synes ikke å være konsekvens av kommunestørrelsen (Helsetilsynet, 2016). At kommunen generelt sett ikke har mangel på boliger, er heller en indikasjon på at kommunen er bedre rustet til å løse slike utfordringer enn større kommuner.

Samarbeid

Fleksibiliteten i tjenesteytingen fra teamet er likevel avgrenset til ordinær kontortid. Flere av de ansatte er bosatt i andre kommuner, og det innebærer at de heller ikke blir presset til å yte tjenester ut over den tiden de får betalt, slik andre rapporterer om (Masvie & Ytrehus, 2013). For

å yte tjenester utover ordinær kontortid er de avhengig av et samarbeid med andre, særlig hjemmetjenesten. Samarbeidet med hjemmetjenesten har vært en utfordring og det synes som om manglende tillit mellom tjenestene og en viss grad av stigmatisering av brukerne har vært et problem (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Enighet om mål og midler er et viktig prinsipp for samarbeid (Head & Alford, 2015), men kommentarer knyttet til manglende forståelse i hjemmetjenesten for at det må brukes tid til brukerne, tyder ikke på det. Dette fører til at de kan få en form for ideologisk distanse (Nesheim et al., 2019) der hjemmetjenesten og teamet ikke har felles forståelse av brukernes behov og felles mål for tjenesten. Ulik tilnærming til brukerens behov er en vanlig utfordring i helse- og velferdssektoren og krever vanligvis at man bevisst prøver å skape en felles forståelse mellom de ulike aktørene (Glouberman & Mintzberg, 2001). De faste samarbeidsmøtene man nå har etablert mellom teamet og hjemmetjenesten, kan være et middel til å redusere motsetningene.

Det er også interessant å registrere at ett av medlemmene i teamet ikke opplevde motsetningene like tydelig, og begrunnet det med sin lange erfaring og kontakt med andre fra flere avdelinger i kommunen. Dette kan være en illustrasjon på hvordan private nettverk påvirker mulighetene for å få til et samarbeid (Peters, 2018). Etableringen av faste samarbeidsmøter skjedde først etter at mesteparten av datasamlingen var gjort. Hvorvidt dette kan fungere som et organisatorisk nettverk i fremtiden er det ikke data på. Det er likevel grunn til å tro at slike felles møteplasser også kan skape grunnlag for private nettverk (Bjørquist & Hansen, 2018).

Et annet perspektiv som også er viktig når man skal analysere samarbeid, er i hvilken grad de som skal samarbeide er avhengige av hverandre (Knudsen, 1993). Dersom den ene parten er avhengig av den andre parten for å få løst sine oppgaver, så er denne parten mer interessert i samarbeid enn den som ikke er avhengig av den andre parten for å løse sine oppgaver (Nesheim et al., 2019). Avdeling helse og rus er avhengig av hjemmetjenesten for å få gitt et helhetlig tilbud til «sine» brukere, men hjemmesykepleien synes ikke i utgangspunktet å se oppfølging av ROP-brukere som sin oppgave. En slik manglende gjensidighet mellom de to avdelingene kan også forklare noe av vanskene med å få til et godt gjensidig samarbeid.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten beskrives som vanskelig. Fysisk avstand og dårlig offentlig kommunikasjonstilbud gjør at brukerne synes det er vanskelig å utnytte polikliniske tilbud i spesialisthelsetjenesten. Når det også tar tid å få etablert et tilbud fra spesialisthelsetjenesten, slik teamet beskriver, er det ikke overraskende at brukerne sier seg fornøyd med det kommunale tilbudet. For de ansatte blir det da heller ikke naturlig å ha omfattende kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette svekker mulighetene for at tjenesteytere i kommunen kan danne private nettverk (Peters, 2018) med ansatte i spesialisthelsetjenesten. Et viktig grunnlag for godt formelt samarbeid mellom ulike virksomheter synes å være at man også har gode uformelle kontakter (Bjørkquist & Hansen, 2018; Hudson, 2004). Det innebærer at gode formelle nettverk bygger på gode personlige relasjoner. Teamet pekte også på at den elektroniske kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten ikke fungerte tilfredsstillende. Gode kommunikasjonskanaler er sentralt for at organisatoriske nettverk skal fungere (Ferlie et al., 2011). En konklusjon blir da at fysisk avstand, manglende kjennskap til hverandre og ineffektive kommunikasjonskanaler kan forklare at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er begrenset.

Avslutning

Avdeling rus og psykisk helse fremstår som et fungerende tverrfaglig team. Innad i teamet synes fleksibiliteten å være stor. Mulighetene for å nyttiggjøre seg ulik utdanning og erfaring som grunnlag for brede faglige vurderinger både av problemer og løsninger, synes stor. Utfordringer knyttet til kompetanse, som andre mindre kommuner erfarer, er ikke et problem i denne kommunen. For brukere som i hovedsak mottar tjenester fra dette teamet, synes kommunestørrelsen å bidra til gode og oversiktlige tjenester. Kommunen synes dermed å ha en «nærhetseffekt» av å være liten (Jacobsen & Holtskog, 2013).

Utfordringen synes å oppstå når det blir behov for fleksibilitet og nettverk både mellom ulike virksomheter i kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Verken private eller organisatoriske nettverk synes å ivareta behovet for godt samarbeid. Dette er likevel ikke

problemer som er spesielle for små kommuner. Det er derfor ikke noe som tyder på at tjenestetilbudet ROP-brukere mottar, svekkes av at kommunen er liten.

Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, (11), 233–243. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s157769>
- Christensen, D. A. (2020). Kommunestørrelse og tjenestetilfredshet. *Stat & Styring*, 30(1), 14–18.
- Forlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S. & Bennett, C. (2011). Public policy networks and «wicked problems»: A nascent solution? *Public Administration*, 89(2), 307–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01896.x>
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of diseases – Part I & Part II. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–92. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006> & <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* [Doktorgradsavhandling, Karlstads Universitet]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kau:diva-799>
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47–67). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch2>
- Hansen, G. V. & Ramsdal, H. (2005). Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utførerorganisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(2), 134–148.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M. & Holst, L. S. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo-rapport 2021:17). <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/item/et-tjenesteomrade-i-utvikling>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Helsetilsynet. (2016). *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (Rapport fra Helsetilsynet 3/2016).

- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75–94. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Jacobsen, D. I. & Holtskog, K. H. S. (2013). Nærhetseffekten – kommunal service, kommunistørrelse og ny teknologi. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4), 408–436.
- Jenssen, S. & Robertsen, Ø. K. (2015). Det kommunale handlingsrommet – bare for små kommuner? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 31(4), 333–356. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2936-2015-04-05>
- Karlsson, J. C. (2006). Bra och dålig flexibilitet – en litteraturöversikt. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, 12(3), 135–146.
- Knudsen, H. (1993). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: Tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (s. 12–69). Tano.
- Masvie, T. B. & Ytrehus, S. (2013). Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 9(1), 19–34. <https://doi.org/10.7557/14.2561>
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Prentice-Hall.
- Monkerud, L. C. & Sørensen, R. J. (2010). Smått og godt? Kommunistørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 26(4), 265–295.
- Mouritzen, P. E. (1999). De små kommuner: De er ikk'så ringe endda? AKF.
- Nesheim, T., Gressgård, L. J., Hansen, K. & Neby, S. (2019). Gjenstridige problemer og tverretatlig samordning: Et analytisk rammeverk. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 35(1), 28–50. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2019-01-02>
- Oliver, C. (2013). Social workers as boundary spanners: Reframing our professional identity for interprofessional practice. *Social Work Education*, 32(6), 773–784. <https://doi.org/10.1080/02615479.2013.765401>
- Peters, B. G. (2018). The challenge of policy coordination. *Policy Design and Practice*, 1(1), 1–11.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132–147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Swanson, R. A. & Holton, E. F. (2005). *Research in organizations: Foundations and methods in inquiry*. Berrett-Koehler Publishers.
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163–171. <https://doi.org/10.3109/13561829609034099>