



AGENDA
UTREDNING & UTVIKLING

STATENS HELSETILSYN

Psykososiale team for flyktninger og asylsøkere

BRUKERUNDERSØKELSE OG EVALUERING

STATENS HELSETILSYN

Psykososiale team for flyktninger og asylsøkere

BRUKERUNDERSØKELSE OG EVALUERING



AGENDA UTREDNING & UTVIKLING AS

Malmskrivervn 35 A • Postboks 542 • 1301 Sandvika

Tlf 67 56 75 40 • Fax 67 56 75 41

Rapport nr 1198.jhk

AGENDA UTREDNING & UTVIKLING AS

Postboks 542, 1301 Sandvika • Tlf 67 56 75 40 • Fax 67 56 75 41

Oppdragsgiver: Statens helsetilsyn**Rapportnr:** R1198.jhk**Rapportens tittel:** Psykososiale team for flyktninger og asylsøkere**Spesifikasjon:** Evalueringen skal først og fremst være en kartlegging av berørte instansers oppfatninger.**Tidsfrist:** mai 1995 iflg avtale av 24.4. 95**Ansvarlig:** Jan-Henrik Karlsen**Kvalitetssikring:** Richard H Knoff**Verifisert:**

23.5.95

(date)

(sign)

FORORD

Rapporten er laget på oppdrag fra Statens helsetilsyn og fremstiller resultatene fra en brukerundersøkelse og en evaluering av de psykososiale teamene for flyktninger og asylsøkere i helseregion III, IV og V. Brukerundersøkelsen omfatter ansatte i kommunal, fylkeskommunal og statlig virksomhet og Norsk Organisasjon for Asylsøkere.

I kapittel 2-7 omtales svarene i brukerundersøkelsen og resultatene av en dokumentgjennomgang. Kapittel 8 inneholder konsulentens uavhengige vurderinger og forslag.

Rapporten er laget av cand polit Irene Sørås og cand mag Jan-Henrik Karlsen, med bistand fra cand psychol Richard H Knoff.

Sandvika, 22 mai 1995

Agenda Utredning & Utvikling AS

INNHOOLD

1	BAKGRUNN, MÅL OG METODE	7
	1.1 Bakgrunn	7
	1.2 Mål og mandat	8
	1.3 Metode og validitet	11
2	FORVENTNING OG RESULTAT	15
	2.1 Teamenes antall, plassering og ressurser	15
	2.2 Statens mål og forventninger	16
	2.3 Andres forventningene til teamene	18
	2.4 Hovedtrekk vedr forventningsoppfyllelse	20
	2.5 Annet vedr forventningsoppfyllelse	22
	2.6 Samlet vurdering av effektiv ressursbruk	25
3	BEHOVET FOR PSYKOSOSIALE TJENESTER OG PSYKOSOSIALE TEAM	27
	3.1 Dokumenter vedr behovet for psykososiale tjenester	27
	3.2 Informantenes vurdering av behovet for psykososiale tjenester	31
	3.3 Dokumenter vedr behovet for teamene	34
	3.4 Vurderinger i intervjuene av behovet for teamene	35
4	FRAMTIDIGE PRIORITERINGER	39
	4.1 Prioritering av teamenes målgrupper	39
	4.2 Kompetanseutvikling og kunnskapsspredning	40
	4.3 Balansen mellom ulike gjøremål	42

5	ORGANISERINGEN AV TEAMENE	45
5.1	Skissert og valgt organisering	45
5.2	Konsekvenser av satelitt- og avdelingsmodellene	47
5.3	Konsekvensen av ett-teams modellen	49
5.4	Forholdet til poliklinikkene	50
5.5	Endringer i premisser for valg av organisasjonsform	51
5.6	Betingelser for vellykket gjennomføring av ulike modeller	52
5.7	Rekruttering og stabilitet	54
6	STYRINGEN AV TEAMENES VIRKSOMHET	56
6.1	Styringsystemer	56
6.2	Ledelsesstriden	59
6.3	Andre styringsforhold	62
6.4	Årsaker til at man er mest tilfreds i nord	63
7	KOMPETANSE OG RESULTATKRAV	65
7.1	Kompetanskrav og sammensetning	65
7.2	Resultatkrav	67
8	VURDERING AV RESULTAT OG VIDEREFØRING	68
8.1	Prosess og resultater	68
8.2	Behovet for teamene	71
8.3	Morgendagens organisasjonsmodell	73
8.4	Stillingsstørrelser	77
8.5	Ledelsesutvikling	78
8.6	Gjennomføring av ledelsesutviklingen	79
8.7	Prioriterings- og effektiviseringstiltak som bør gjennomføres	81
8.8	Omprioriteringer som bør overveies nærmere	83

Vedlegg 1: Intervjuguide for gruppeintervjuene

Vedlegg 2: Kommuner som har uttalt seg

1

BAKGRUNN, MÅL OG METODE

1.1 Bakgrunn

En vesentlig del av den statlige innsatsen vedr flyktningers og asylsøkeres psykososiale situasjon, skjer gjennom *Psykososialt senter* i Oslo og de *tre regionale psykososiale teamene* for flyktninger og asylsøkere. De tre teamene er lokalisert i helseregion III, IV og V, og de ble opprettet som en oppfølging av erfaringene fra Psykososialt senter (psykososialt team) sin prøveperiode.

1.1.1 Teamenes oppgaver

Teamene skal være ressursentre for de fylkeskommunale og kommunale psykososiale hjelpetilbudene til flyktninger i helseregionen. De skal tilby faglig veiledning, undervisning, diagnostiske og terapeutiske konsultasjoner, samt annen kompetanseoppbygging både til den fylkeskommunale helsetjenesten og til aktuelle etater innen kommunen. Teamene skal i tillegg motta pasienter med spesielt vanskelige problemer til diagnostikk og behandling.

Begrepet *psykososialt* er i liten grad definert i sammenheng med de psykososiale teamene. Uttrykket synes likevel å være et samlebegrep som brukes i tilknytning til to typer problemer:

- (a) *Tilpasningsproblemer og lettere psykiske lidelser*, knyttet til migrasjon og til å leve i det norske samfunnet. Dette inkluderer bl a lettere kriser, uro, usikkerhet om oppholdstillatelse og mangel på arbeid og utdanning.
- (b) *Tyngre psykiske lidelser*, herunder reaksjoner som må oppfattes som naturlige følger av de erfaringene flyktingene bringer med seg til Norge. Disse lidelsene omfatter bl a post-traumatiske stresssymptomer, sterk angst og uro, psykoser og paranoide tilstander.

Begrepet «psykososialt» brukes dessuten i vår sammenheng ofte som en markering av at teamene skal arbeide med naturlige reaksjoner som ikke bør sykkeliggjøres.

I et brev av 18 februar 1988 skriver Statens helsetilsyn at «kvantitativt vil hovedtyngden av det psykososiale arbeidet med flyktninger fortsatt finne sted i helse-, sosial- og flyktninge/innvandreretaten... De fleste flyktninger med psykososiale problemer har lettere lidelser, ofte krisepregede, relatert til deres livssituasjon.»

Videre heter det at det psykososiale arbeidet omfatter «helseopplysning med vekt på psykososiale tilpasningsprosesser, kriseintervensjoner, samarbeid med det fylkeskommunale psykososiale team, ettervern samt annet psykososialt nettverksarbeid».

1.1.2 Behovet for evaluering

De psykososiale teamene i helseregion III, IV og V er finansiert over statsbudsjettets kap 743 *Statlige stimuleringsiltak for psykisk helsevern* som en del av Sosialdepartementets femårige handlingsplanen for utvikling av psykiatrien.

På bakgrunn av at teamene har fungert i flere år og at handlingsplanen gjelder ut 1995, har Statens helsetilsyn iverksatt en evaluering av teamene. Ønsket om en vurdering har også sammenheng med debatten mellom Statens helsetilsyn og fylkeskommunene om en eventuell videreføring av teamene og om hvordan teamene bør organiseres.

1.2 Mål og mandat

Mål, mandat og metode for evalueringen er oppsummert slik:

«Målet med prosjektet har vært å vurdere teamenes *organisering, formål og virksomhet* ut fra en analyse av *behovene* for teamene. Evalueringen skal legge mest vekt på organiseringen av teamene. Begrepet organisering omfatter i denne forbindelse også ledelse og administrasjon.

Det er forøvrig viktig å få belyst

- nåværende og framtidige behov og forutsetninger i de tre regionene,
- hvilke forventninger man hadde til teamene og i hvilken grad disse forventningene er oppfylt,
- hovedtrekkene i så vel forvaltningen av midlene til teamene som om midlene er blitt brukt effektivt,
- ivaretagelsen av balansen mellom klinisk arbeid, veiledning, undervisning og kompetanseoppbygging,
- organisatorisk tilknytning,
- framtidige krav til ledere og ansatte i teamene, og
- mulighetene for å rekruttere og holde på dyktige fagfolk.

Spørsmålet om organisatorisk tilknytning må innbefatte forholdet til helseregionen og de ulike statlige instansene som har en viss styring eller tilsyn med teamene. Dette inkluderer blant annet fylkeslegen.

Evalueringen skal først og fremst være en kartlegging av berørte instansers oppfatninger, men konsulentrapporten bør likevel ha vurderinger av funnene og skissere noen sentrale problemstillinger og alternativer for teamenes framtidige virke. Denne skisseringen bør knyttes til hvilke formål og hvilken organisering som best svarer til de behovene teamene skal dekke.»

1.2.1 Tilpasning til økonomiske rammer

Mange kommuner og fylkeskommuner ønsker at staten skal øke sin totale innsats vedrørende forskning, kompetanseoppbygging og behandling av tyngre psykiske lidelser hos flyktninger og asylsøkere. Avtalen mellom Statens helsetilsyn og Agenda er likevel at evalueringen i stor grad rettes inn mot hvordan man kan få en *best mulig bruk av de ressurser staten allerede har satt inn på dette feltet*.

Det er vanskelig å vurdere behov innen helse- og sosialtjenesten. Behovsangivelsene blir lett grovmaskede, og preget av ønsker om mer offentlig innsats. På denne bakgrunn er avtalen mellom Statens helsetilsyn og

Agenda at rapporten skal vise muligheter for prioriteringer mellom ulike behov innen den aktuelle økonomiske rammen for teamene.

1.2.2 Avgrensning ut fra evalueringen av Psykososialt senter

Statens innsats i forskning, metodeutvikling, kompetanseutvikling og klinisk arbeid overfor flyktninger og asylsøkere med (betydelige) psykososiale problemer, skal først og fremst ivaretas av *de tre teamene* og av *Psykososialt senter for flyktninger*.

Psykososialt senter for flyktninger driver forskning, metodeutvikling og klinisk arbeid. Samtidig har senteret den samme veilednings- og kompetanseoppbyggingsfunksjon i helseregion I og II som de tre andre teamene har i sine geografiske virkefelt.

Det er allerede gjennomført en vurdering av Psykososialt senter for flyktninger. Arbeidet ble utført av professor Lars Jacobsen fra Universitetssykehuset i Umeå (leder), professor Berthold Grünfeld fra Rikshospitalet, førsteamanuensis Anne-Lise Løvlie Schibbye fra Universitetet i Oslo, og professor Carl Erik Grenness fra Universitetet i Oslo.

Evalueringsrapporten utkom i mars 1994 og er kalt *Evaluering av Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo*. Evalueringen konkluderer med at senteret må styrkes og gi høyere prioritet til forskning, metodeutvikling og tilhørende klinisk arbeid. Disse konklusjonene blir nå fulgt opp. Evalueringen av de tre teamene skal derfor bygge på at Psykososialt senter for flyktninger innholdsmessig videreføres i tråd med evalueringsrapportens anbefalinger. Derimot er det åpning for å se på *de organisatoriske sider ved Psykososialt senter som får konsekvenser for organiseringen av de tre teamene*.

1.2.3 Andre avgrensninger

Avtalen mellom Statens helsetilsyn og Agenda er at evalueringen skal ta hensyn til at man gjennomfører de tiltak som er skissert i Kommunal- og arbeidsdepartementets rapport *Tiltak for bedring av flyktningers psykiske helse*, avgitt juli 1993.

1.2.4 Vurdering av mandatet

Mandatet knytter evalueringen til *morgendagens behov* snarere enn til de opprinnelige målene og intensjonene med teamene. Dette henger bl a sammen med at de opprinnelige mål og intensjoner er så vide at man må foreta en rekke tolkninger av dem for å få et klart grunnlag for en evaluering.

Evalueringsoppdraget omfatter ikke informasjonsinnhenting fra flyktinger eller asylsøkere om deres erfaringer med teamene. Evalueringen inkluderer likevel en brukerundersøkelse, idet vi har kartlagt synspunktene til offentlig ansatte som bruker teamene til å styrke egen virksomhet overfor flyktingene.

Avtalen om evalueringsoppdraget er at evalueringen skal se på hovedtrekk vedr alle teamene og ikke gå inn i noen personvurdering. Dette har medført at vi ikke berører spørsmål om enkeltpersoners fungering og detaljer i forholdet mellom teammedlemmer.

1.3 Metode og validitet

Vi skal i det følgende se nærmere på noen metodiske spørsmål.

1.3.1 Valg av problemstillinger og spørsmål

Dersom en evaluering skal være egnet som et beslutningsgrunnlag, må den rettes inn mot de problemstillinger som de viktigste interessentene vil ha belyst. Ved fastsettelsen av hvilke spørsmål som skulle stilles i intervjuene, har vi derfor tatt utgangspunkt i de temaer som Statens helse-tilsyn og de berørte fylkeskommunene var mest opptatt av. Dette har medført at rapporten behandler mange viktige forhold, på bekostning av dybde og detaljrikdom.

1.3.2 Effekt- og resultatvurderinger

Det er metodisk vanskelig og tidkrevende å evaluere *effekten* av psykososiale hjelpetiltak dersom evalueringen skal fange inn endringer i klientenes psykososiale situasjon. Dette skyldes ikke minst at det er

vanskelig å konstatere hva som har ført til hvilke endringer for den enkelte flyktning. På denne bakgrunn har vi konsentrert oss om å vurdere resultater og videreføringen ut fra en *produktperspektiv*.

Dette vil for det første si at vi har vurdert om teamene har levert de tjenester de skulle levere og de tjenester som svarer til

- målene for teamene,
- behovene til flyktningemottakene, og
- 1.- og 2-linjetjenestens etterspørsel.

For det andre har vi vurdert hvor produktiv denne tjenesteproduksjonen har vært og hvordan teamene bør være organisert og ledet.

1.3.3 Informanter og datagrunnlag

Undersøkelsen er i første rekke basert på *gruppeintervjuer* med de fleste teammedlemmene og med representanter for alle de berørte fylkes-helseadministrasjoner og fylkeslege-embedene. Evalueringen bygger dessuten på:

- Intervjuer med
 - nåværende og tidligere ansatte i Statens helsetilsyn,
 - representanter for kommunens helse- og sosialtjeneste,
 - Psykososialt senter,
 - klinikere ansatt i fylkeskommunenes psykiatritilbud,
 - Utlendingsdirektoratet (UDI), og
 - Norsk Organisasjon for Asylsøkere (NOAS)
- Notat fra NOAS med oppsummering av synspunktene til to mottak på Vestlandet, tre mottak i Midt-Norge og to mottak i Nord-Norge
- Skriftlige uttalelser fra noen kommuner
- En *gjennomgang av all dokumentasjon* i Statens helsetilsyns arkiv om de psykososiale teamene

- Skriftlige og muntlige kommentarer til en foreløpig utgave av rapporten (prøverapporten).

Kommentarer til prøverapporten er gitt av:

- Nåværende og tidligere ansatte i Statens helsetilsyn
- Psykososialt senter
- Rogalandsavdelingen av teamet i region III
- Teamet i region V
- Fylkespsykiateren i Hordaland
- Helseadministrasjonen i fylkeskommunene Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Troms.

Vedlegg 2 viser hvilke kommuner vi har fått informasjon i fra.

1.3.4 Kvalitativ tilnærming

Fordi vi skulle kartlegge synspunktene til en rekke informanter med begrenset erfaring og få fasttømrede oppfatninger om teamene, var det etter Statens helsetilsyns og vår oppfatning uaktuelt å bruke en kvantitativ tilnærming. Vi valgte *en kvalitativ tilnærming*, for å sikre oss at vi fikk tak i bredden og nyansene i synspunktene. Gjennom denne tilnærmingen har vi kunnet danne oss et noenlunde sikkert bilde av hovedtrekkene i hvordan teamene og deres brukere, samarbeidspartnere og styrende organer ser på teamenes drift hittil og arbeidsmåte i fremtiden.

Utfordringen ved kvalitativt intervjuetodikk er bl a å kunne utnytte mulighetene til å få utdypet spesielle temaer, uten at intervjuene blir usystematiske og tilfeldige i gjennomføringen. Vi gjennomførte intervjuene som halvstrukturerte samtaler på basis av en intervjuguide. Vi brukte en intervjuguide i gruppeintervjuene (vedlegg 1) og en annen guide i telefonintervjuene. Guidene inneholdt imidlertid stort sett de samme spørsmålene.

1.3.5 Validitet og beslutningsgrunnlag

Få av våre informanter har hatt omfattende kjennskap til teamene. Flertallet av dem hadde heller ikke klare, stabile og sammenhengende

forventninger til teamene. Dette gjør det vanskelig å beskrive forventningene til teamene og oppfyllelsen av disse forventningene.

Intervjuene omfatter bare et begrenset antall representanter for teamets «kunder» i 1.- og 2.-linjen. Det er dessuten usikkert hvor representative disse respondentene er. Vi kan derfor ikke gi noe eksakt bilde av oppslutningen om de ulike synspunktene vi formidler. Vi formidler tildels synspunkter som kun bygger på enkeltpersoners og institusjoners begrensede erfaring med teamene.

På tross av disse begrensningene vil vi likevel hevde at vi etter alt å dømme har klart å fange opp bredden i synspunkter blant våre informanter. Spennvidden i den første tredjeparten av intervjuene var stor; de øvrige intervjuene tjente til å bekrefte og utdype de synspunkter vi allerede hadde fått presentert. Vi sitter igjen med materiale som gir en relativ bred beskrivelse av de momentene våre informanter har lagt mest vekt på.

Vår konklusjon er at intervjuene og det skisserte skriftlige materialet til sammen gir et godt grunnlag for beslutninger om de viktigste hovedspørsmål vedrørende teamenes videreføring.

2

FORVENTNING OG RESULTAT

I dette kapittelet beskriver vi teamenes antall, plassering og ressurser. Dernest følger en presentasjon av forventningene til teamene og i hvilken grad disse forventningene er oppfylt.

2.1 Teamenes antall, plassering og ressurser

2.1.1 Vestlandet

Teamet i region III (Flyktningeteamet på Vestlandet), består pr 1/4-95 av to personer lokalisert i Bergen og tre ansatte plassert i Stavanger.

Avdelingen i Bergen er administrativt knyttet til Sandviken sykehus og hadde ved årsskiftet 1994/1995 følgende bemanning:

0,50 lege/teamkoordinator

0,50 psykolog

0,50 lege (ubesatt).

I Rogaland ser teamet slik ut:

0,25 lege

0,50 psykolog

0,25 sosionom.

Vestlandsteamet har tidligere hatt en 0,30 stilling som kontorfullmektig.

Stavangerdelen av teamet er administrativt underlagt Rogaland Psykiatriske sykehus, avd Stavanger og er lokalisert til Psykiatrisk poliklinikk i Sandnes.

2.1.2 Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge

Teamet i region IV er samlokalisert med Trondheim kommunes flyktningshelsetjeneste. Teamet hadde 1,80 stillingshjemler fram til 1995. I 1994 og fram til i dag har bare ett av årsverkene vært besatt. Tidligere

var ressurser tilsvarende 0,80 årsverk spredd på 2 psykiatriske poliklinikker i Nord-Trøndelag og en poliklinikk i Møre og Romsdal, slik at minste stillingsbrøk var 0,20.

2.1.3 Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge

Teamet i region V besto våren 1992 av én 3/5 stilling og én 1/2 stilling. Fra november 1992 ble den halve stillingen økt til en hel stilling, og denne bemanningen har teamet hatt fram til i dag.

2.1.4 Ressursøkning

Ressursrammen for teamene er nå utvidet til at de kan bruke 3-4 årsverk. Teamene er i ferd med å øke bemanningen i tråd med dette.

2.2 Statens mål og forventninger

Sosialdepartementets og Helsetilsynets mål og forventninger er dekket av beskrivelsen i pkt 1.1, brev om videreføring av Psykososialt senter og retningslinjer for helsetjenesten til flyktninger.

2.2.1 Brev om videreføring av Psykososialt senter for flyktninger

Helsedirektoratets brev av 18 feb 1988 til Sosialdepartementet fremstilles overfor oss som et viktig og velkjent dokument vedr de psykososiale tjenestene. Brevet omhandler videreføring av psykososialt team for flyktninger i Norge, dvs det som senere ble «døpt» til Psykososialt senter.

Brevet viser til protokollen mellom Staten (Kommunal- og arbeidsdepartementet) og Kommunenes sentralforbund (KS), hvor Staten tar opp muligheten for en fastere etablering av psykososiale tjenester i enkelte fylkeskommuner. I følge brevet skal de psykososiale teamene skal ha to funksjoner:

- *Å yte kliniske tjenester til flyktninger med psykososiale problemer.*

- Å drive veiledning av kommunalt og fylkeskommunalt personell i helse-, sosial- og innvandreretatene som arbeider med flyktninger med psykososiale problem.

Brevet fremstiller det å yte disse kliniske tjenestene som et tidkrevende arbeid som krever samarbeid med en lang rekke instanser, inkludert primærhelsetjenesten, sosialkontor, trygdeetat, voksenopplæring etc.

Direktoratets brev sier at teamene bør ha *minimum 3-4 ansatte*. Det står også at de fleste flyktninger og innvandrere som trenger psykiatrisk og annen spesialistbehandling *fortsatt må henvises til den øvrige spesialisthelsetjeneste i fylket*.

2.2.2 Retningslinjer om helsetjenesten til flyktninger

Helsetilsynet har, gjennom rundskriv IK-9/93, gitt retningslinjer for helsetjenesten for flyktninger. Her heter det bl a:

«5 Psykososiale tjenestetilbud for flyktninger

Den enkelte fylkeskommune står ansvarlig for å yte psykiatrisk hjelp til bosatte i fylket i henhold til lov om psykisk helsevern av 28 april 1961. Dette ansvaret omfatter asylsøkere og innvandrere med midlertidig eller permanent bosetting i riket.

Psykososialt senter for flyktninger er etablert ved Universitetet i Oslo. Senteret skal gi veiledning, drive forskning og undervisning. Senteret driver en frittstående poliklinikk hvor man i et begrenset omfang tilbyr behandling og vurdering av personer med spesifikke problemer knyttet til migrasjon og traumatisering. Senteret fungerer også som et regionalt team for helseregion I og II. Det er også etablert regionale psykososiale team knyttet til den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten i Tromsø, Trondheim og Bergen/Stavanger. Disse har ansvar for å gi veiledning og bidra til kompetanseoppbygging hos 1. og 2. linjetjenesten innen sine respektive helseregioner».

2.3 Andres forventningene til teamene

I tillegg til forventningene skissert i pkt 2.2, kommer forventningene som kom til uttrykk i våre intervjuundersøkelser og i sentrale dokumenter om de enkelte teamene. Disse dokumentene omfatter

- årsplaner og årsmeldinger, og
- korrespondansen mellom fylkeskommunene og Statens helsetilsyn om opprettelsen av og bevilgningen til hvert av teamene.

2.3.1 Utbredte forventninger

Deltakerne i intervjuene var entydige i sine forventninger om at teamene skulle gi klinisk bistand til 1.- linjen og 2.- linjen, og utvikle 1. og 2. linjens forståelse, kompetanse og handlingsevne. Dette ble i stor grad presisert til å være i tråd med forventningene skissert i pkt 2.2.

Psykososialt senter peker på at mange hadde overdrevne forventninger om at teamene skulle «ta alt».

I intervjuene møtte vi, særlig i region III, sterke forventninger om at teamenes kliniske bistand skulle gjøre flyktninger «friske», slik at de ikke lengre har post-traumatiske lidelser eller andre større psykiske problemer.

Mange av intervjuobjektene ved psykiatriske poliklinikker og i 1.-linjetjenesten hadde forventninger om at teamene skulle være lett tilgjengelige. Man skulle kunne nå dem uten særlig ventetid og raskt få iverksatt den ønskede hjelpen. Et såvidt bra servicenivå har vi ikke sett fremstilt som en forventning i Statens helsetilsyns eller fylkeskommunenes dokumenter.

Flere av informantene fra 1.-linjen fortalte at de hadde redusert forventningene om tilgjengelighet etter å ha hatt noe erfaring med teamene.

2.3.2 Øvrige forventninger

I noen intervjuer og dokumenter finner vi disse forventningene:

- At teamene fordeler tiden med 1/3 til klinisk arbeid og resten til det øvrige virke, slik Statens helsetilsyn har lagt opp til.
- Teamene skal bygge opp faglige nettverk og lokale ressurspersoner.
- Teammedlemmene må få bygge seg opp faglig.

Tanken om at teammedlemmene må få bygge opp sin kompetanse møtte vi hos Statens helsetilsyn og de berørte fylkeskommunene. Blant 1.- og 2.-linjetjenestens fagarbeidere i intervjuene møtte vi mer forestillingen om at teamene fra starten av skulle ha en tilstrekkelig kompetanse slik at de ikke skulle bruke «unormalt» mye tid på egenutvikling.

Noen dokumenter viser en forventning om at teamene skal sette dagsorden for hvordan 1.- og 2.-linjen skal ivareta totaliteten i sitt arbeid med flyktningers psykososiale forhold. Disse forventningene kom også til uttrykk i intervjuene, særlig i Nord-Norge.

Deler av det skriftlige materialet beskriver at teamene skulle prioritere 2.-linjen eller 1.-linjen og bestemte oppgaver og funksjoner innenfor de vide begrepene veiledning, konsultasjon, kurs og undervisning. I intervjuene med 1.-linjens og 2.-linjens fagfolk var det få utenom region V som ga uttrykk for å ha oppfattet en slik prioritering. Så vel Psykososialt senter som Statens helsetilsyn ga uttrykk for at Helsetilsynet muntlig hadde signalisert at Psykososialt senter og teamene skulle prioritere 2.-linjetjenesten ut fra tanken om at denne sektoren skulle veilede og lære opp kommunehelsetjenesten. Disse signalene ble fremstilt som nedtonet ut fra dårlige erfaringer med spesialisthelsetjenestens evne eller vilje til å påta seg en slik oppgave.

Den minst uttalte forventningen i intervjuene var rettet mot at teamene skulle bidra til forskning og metodeutvikling. De som hadde dette ønsket, begrunnet det med at en systematisk utprøving og evaluering av ulike hjelpetiltak ville kunne bidra til mer effektiv ressursbruk, ikke minst på

bakgrunn av at man fortsatt mangler effektive tilnærminger til flyktingers psykososiale problemer.

2.3.3 Teamenes kunnskap om andres forventninger

Teammedlemmene i region V og dette teamets brukere ga omlag samme beskrivelse av forventningene til teamet. I de to andre regionene beskrev teamene og brukerne i større grad forventningene på forskjellig måte.

2.4 Hovedtrekk vedr forventningsoppfyllelse

Vi skal i dette avsnittet vise hovedtrekkene i intervjuobjektens svar om graden av forventningsoppfyllelse.

2.4.1 Godt utbytte av leverte tjenester

Det klareste trekket er *en stor tilfredshet hos de ansatte i 1.-linjen og 2.-linjen med den hjelpen de faktisk har mottatt fra teamene*. Med få unntak gis det fra god til meget god karakter til teamenes kurs, veiledning og terapeutiske innsats. Dette gjelder både innhold og kvalitet, men med en viss tendens til at veiledning og konsultasjon skårer høyere enn kursene.

Det fremheves, ikke minst fra Psykososialt senter, at teamene har utviklet det øvrige hjelpetilbudets forståelse og handlingsevne vedr psykososiale problemer blant flyktninger. Senteret mener at dette resultatet bl a henger sammen med at teamene har vært flinke til å arbeide ut fra lokale forhold og hva som rører seg ute i distriktene. En del instanser i 1.- og 2.-linjen fremhever personlige kvaliteter og høyt engasjement hos teammedlemmer som en vesentlig årsak til de gode resultatene.

2.4.2 Tilgjengelighet og kapasitet

Den nest klareste tendensen omfatter først og fremst region III og IV, men tildels også region V. Denne tendensen er *skuffelse* over hva teamene har påtatt seg og hvor tilgjengelig de har vært. Kapasitets- og tilgjengelighetsproblemene ble dels forklart som en følge av teamenes rammer, dels som en følge av dårlig ressursbruk:

- Bruken av teamene har vært hemmet av store reiseavstander, kombinert med lave reisebudsjetter for teamene og 1.- og 2.- linjetjenesten.
- Teamene i region III og IV har prioritert sine ressurser feil, slik at det har blitt mindre tid til direkte bistand til kommunene og fylkeskommunene enn hva som burde vært mulig.
- Teamene har i ulik grad vært praktisk tilrettelagt for høy tilgjengelighet:
 - Det er vanskelig å få tak i teamet pr telefon.
 - Det er for liten mulighet for å legge igjen telefonbeskjeder.
 - Teamet er sene med å gi tilbakemeldinger.
 - Det er ingen faste tider for telefonkontakt og/eller oppmøte i distriktene.

Fra noen Hordalandskommuner ble det sagt at teamet sjelden har tid til å yte de tjenester man ber om, og at den vanlige praksisen er å bli henvist til andre hjelpeinstanser.

Intervjuobjektene i nord ga i liten grad uttrykk for at teamet hadde svart nei til forespørsler om hjelp. Respondentene i region V bekreftet dessuten teamets svar om at det normalt har gitt svar i løpet av et par dager eller en uke.

2.4.3 Effekt for flyktningene

I intervjuene var det få som uttalte seg om hvorvidt teamenes virke direkte eller indirekte har hatt en effekt for flyktingers psykososiale helse.

Noen hevdet at de ikke hadde grunnlag for å vurdere om teamets terapeutiske innsats har hjulpet flyktningene. Andre mente at det kliniske arbeidet har gitt god effekt, mens et lavere antall informanter var mer tvilende til dette. Tilsvarende var det også noe tvil om nytten flyktningene har hatt av at fagarbeiderne er blitt mer kompetente. Denne tvilen er i noen tilfelle knyttet til at teamene ikke har hatt tid til å arbeide så mye med den enkelte klient at man faktisk får resultater. Det hersker

også tvil om kompetanseøkningen har kommet på de rette feltene. Det ble for øvrig sagt at noen flyktninger slutter å gå i terapi når de føler at terapideltakelsen har sikret dem adgangen til å flytte til et annet sted i Norge.

Enkelte informanter ga uttrykk for at teamets kliniske arbeid har bidratt til effektiv hjelp der tradisjonell psykiatri er velegnet, men mindre i de tilfelle hvor behovet må dekkes av andre terapiformer. Dette blir nærmere omtalt i avsnitt 4.2.

Noen klaget over at flyktningene fortsatt hadde post-traumatiske plager, depresjoner m m etter at de har vært i terapi hos teamene. Andre advarte mot urealistiske forventninger om hva man kan oppnå for sterkt traumatiserte flyktninger, og mente ut fra dette at teamenes kliniske arbeid har hatt god effekt, selv om klientene fortsatt har psykiske problemer.

2.5 Annet vedr forventningsoppfyllelse

2.5.1 Kurs- og veiledningskritikk

Omtalen av kurs, veiledning og konsultasjon er mindre positiv i region III enn i de to andre regionene. Her klager flyktningekonsulenter over en kombinasjon av dårlige kurs og at teamet ikke tar tilstrekkelig hensyn til feltets signaler om hva man har behov for av kurs og veiledning. Med dårlige kurs mente man i ett tilfelle at kursinnholdet avvek fra hva som var forespeilt.

2.5.2 Kompetanseskritikk

Enkelte av intervjuobjektene, også de som sa seg godt fornøyd med teamet, hevdet at teamet mangler kompetanse på enkelte felt, og at dette gjorde det uaktuelt å bruke dem. Kompetansesvikten ble spesifisert til å gjelde kropporientert terapi og andre mer utradisjonelle terapiformer, samt kunnskap om enkelte fjernkulturelle flyktningegrupper.

Mange av informantene hevdet at teamenes kompetanse har økt i både dybde og bredde siden starten, og at dette har redusert de felt der teamene mangler kompetanse.

2.5.3 Geografisk skjevdeling

Også blant dem som i hovedsak var fornøyd med teamet, var det en irritasjon over den geografiske profilen på hjelpen. Det ble bl a trukket fram at bare 2 pasienter i den nordlige delen av region IV fikk klinisk hjelp fra teamet i 1994.

Fra Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag ble det sagt at det ble en sterkere geografisk skjevdeling da teamets deltidsstillinger i de to distriktene falt bort.

I en av årsmeldingene til teamet i region III sies det at en overrepresentasjon av klienter fra Bergen skyldes få henvisninger fra andre steder.

2.5.4 Ubalanse og skjevdeling mellom oppgaver

I to tilfelle klaget en av intervjudeltakerne på at teamet behandler pasienter «uten at kommunen får innsikt i det». Denne kommentaren ble dels begrunnet med at primærhelsetjenesten ikke fikk vite om behandlingsforholdet, dels med at primærhelsetjenesten ikke ble gitt anledning til å lære av hva som skjedde i terapien.

I to av regionene ble det sagt at teamet har blitt for opptatt av selvutvikling og selvadministrasjon, slik at det har blitt for lite tid til utadrettet arbeid.

Noen hevdet at at teamene ikke helt har funnet balansen mellom 1/3 klinisk og 2/3 annet virke, slik at enten det kliniske eller det kompetanseoppbyggende periodevis blir for lavt prioritert. De fleste mente at de ikke kunne vurdere om denne balansen er ivaretatt.

2.5.5 Manglende forskning

Flere informanter mente at teamene hadde vært for lite involvert i forskning og metodeutvikling, ikke minst ut fra at evalueringen av Psykososialt senter konkluderte med følgende:

«Den kliniske forskning som er knyttet til poliklinikken bør også involvere de øvrige regionale sentre. Videre bør forskningen bestå i utvikling og evaluering av ulike terapiformer, som psykoanalytisk behandling, uttrykksterapi, vitnesbyrdbehandling, gruppe-terapi, terapi med tolk osv.»

Det ble også vist til at evalueringen av Psykososialt senter konkluderte med at det må utredes om korttidsterapi er en egnet behandlingsform for deler av flyktningepopulasjonen. Flere av våre informanter hevdet at en slik utredning sannsynligvis vil måtte ha et forskningspreg og involvere de psykososiale teamene.

2.5.6 Forventninger som ikke ble meldt

I alle regionene har vi intervjuet kommuneansatte som ønsket å bruke teamet, men som likevel ikke har tatt kontakt. Denne resignasjonen ble dels forklart med at man ikke har hatt tid å ta kontakt, og dels med at teamet ikke vil kunne bistå pga kapasitetsproblemer og lange reiseavstander.

2.5.7 Gjennomslag i psykiatrien

På den mer negative siden viste Psykososialt senter til at det er vanskelig å si hvilket gjennomslag teamene har fått i psykiatrien (utenom i Nord-Norge). Senteret hevdet samtidig at et eventuelt manglende gjennomslag sier mer om psykiatrien enn om teamene.

2.5.8 Forventninger som kommer på et senere tidspunkt

I alle regionene møtte vi fagfolk som ikke tar kontakt med teamet fordi

- de vet lite eller intet om teamet, og/eller

- de ennå ikke har kommet dit i sitt arbeid at det er aktuelt å koble inn teamene.

Når de synes det er uaktuelt å koble inn teamene, skyldes det i stor grad at de i første omgang konsentrerer seg om det praktiske arbeidet med å bosette flyktningene.

2.6 Samlet vurdering av effektiv ressursbruk

Vi skal i dette avsnittet først presentere hovedtrekk ved hvordan teamens årsmelding og årsplaner beskriver den samlede ressursbruken. Deretter skal vi fremstille respondentenes oppfatning av om teamene har brukt sine ressurser effektivt.

2.6.1 Dokumentasjon av ressursbruk i region III

Vi har for flyktingeteamet på Vestlandet gjennomgått følgende dokumenter:

- Totalregnskap for Flyktingeteamet 1992 og 1993
- Aktivitetsrapport for Flyktingeteamet 1993
- Budsjett 1994
- Årsmeldinger fra 1992, 1993 og 1994
- Revisjon av fylkets helseplan - om behov for psykososiale tjenester/tjenester fra psykisk helsevern for flyktninger og asylsøkere.

Av disse dokumentene er det i første rekke aktivitetsrapporten for 1993 og årsmeldingene som gir informasjon om teamets virksomhet. Dokumentene viser at hovedaktiviteten består av *undervisning/veiledning/kurs, egen kompetanseheving og bistand/behandling av pasienter*.

Rapportene fra region III inneholder for øvrig sparsom dokumentasjon på den totale kliniske virksomheten, f eks antall pasienter som får behandling og hvor omfattende behandling som gis. Ut fra årsrapportene for 1992, 1993 og 1994 fremgår det at antall henviste pasienter var henholdsvis 20, 32 og 17 pasienter i Rogaland, mens tallene er mer uklare for Bergens-avdelingens vedkommende.

2.6.2 Dokumentasjon av ressursbruken i region IV

Årsmeldingen for 1994 forteller at behandling/utredning er gitt 27 pasienter, hvorav 11 barn. Av disse er 4 pasienter med familier bosatt i Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag.

Årsmeldingen for 1994 gir inntrykk av god geografisk spredning av konsultasjon og veiledning, men den gir ingen nærmere informasjon om antall timer konsultasjon overfor hver konsultasjonsmottaker.

Årsmeldingen gir for øvrig noe informasjon om teamets øvrige aktiviteter.

2.6.3 Dokumentasjon av ressursbruken i Nord-Norge

Årsmeldingene viser at det er gitt behandling til 35 pasienter i 1993 og like mange i 1994. For øvrig gis det en detaljert oversikt over teamets aktiviteter.

2.6.4 Effektiviteten vurdert av intervjuobjektene

På spørsmålet om teamene har brukt sine ressurser effektivt, var de typiske svarene 'ja' eller 'vet ikke'. De høye antallet 'vet ikke' kom først og fremst av at kommunene er svært tilbakeholdne med å uttale seg. De begrunnet dette med manglende kjennskap til teamenes virke ut over den befatningen de selv har hatt med teamene. 'Vet ikke'-holdningene var mer utbredt blant flyktningekonsulenter og sosialkuratorer enn blant helsearbeidere. Dette ble forklart med at helsearbeiderne har mer erfaring med teamene enn flyktningekonsulentene og sosialkuratorerne.

Det store innslaget av 'vet-ikke'-svar hang også sammen med at to av fylkeslegene mente de hadde lite grunnlag for å uttale seg om dette. De forklarte dette med at fylkeslegen ofte først blir engasjert når det kommer klager, og de hadde bare fått positive uttalelser og ingen klager på teamene.

3

BEHOVET FOR PSYKOSOSIALE TJENESTER OG PSYKOSOSIALE TEAM

Kapittelet beskriver intervjuobjektene vurdering av behovet for psykososiale tjenester og de psykososiale teamene, og behovsvurderingene gitt i sentrale dokumenter om teamene. Våre oppsummeringer og vurderinger av behovet står i avsnitt 8.1.

3.1 Dokumenter vedr behovet for psykososiale tjenester

3.1.1 Vurderinger i Kommunal- og arbeidsdepartementets rapport fra 1993

Kommunal- og arbeidsdepartementet utga juli 1993 rapporten *Tiltak for bedring av flyktningers psykiske helse*. I rapporten står det bl a at det er gjort relativt få vitenskaplige undersøkelser om flyktningers psykiske lidelser. Dette gjelder både for Norges vedkommende og i andre land. I avsnitt 1.3 heter det videre:

«Det ser imidlertid ut til at forekomsten av psykiske problemer i de gruppene som er undersøkt generelt sett er noe høyere enn hos befolkningen i gjenbosettingslandet. Dette gjelder særlig depresjoner, posttraumatiske stressforstyrrelser og tilpasningsforstyrrelser.

Det finnes enkelte unntak. F eks viser en større australsk undersøkelse av flyktninger fra Indokina at forekomsten av psykiske lidelser blant barn og ungdom er lavere enn i den australske befolkningen.

En undersøkelse av båtflyktninger fra Vietnam som bor i Norge viser en forekomst av psykiske lidelser blant voksne på ca 22% etter 3 år i Norge. Plagens alvorlighetsgrad kan gjøre det aktuelt med poliklinisk psykiatrisk behandling. Gruppen søkte imidlertid stort sett ikke behandling for sine psykiske plager. Hyppigheten

synes i de fleste undersøkelser å synke med varigheten av oppholdet i gjenbosettingslandet.

Kliniske erfaringer og foreløpige undersøkelser tyder på at forekomsten av psykiske lidelser i enkelte grupper kan være betydelig høyere enn blant de vietnamesiske båtflyktingene. Kliniske erfaringer tyder også på at dette for tiden er tilfelle for flyktinger fra Bosnia med midlertidig opphold i Norge. En finner her en høy forekomst av post-traumatiske lidelser (PTSD) på bakgrunn av at et stort antall har vært utsatt for ekstreme påkjenninger relativt nylig. Derfor er deres lidelser foreløpig sannsynligvis i mindre grad blitt til kroniske lidelser enn i andre grupper. Vi regner med at det er mindre vanskelig å bearbeide de traumatiske opplevelsene i mer akutte faser.

Undersøkelser fra etterkrigstiden har vist at også forekomsten av psykoser kan være høy blant flyktinger. I undersøkelsene av vietnamesiske båtflyktinger fant man for eksempel at minst 5% fikk en psykotisk lidelse i løpet av de første 7 årene i Norge. Det finnes ikke tilstrekkelig data til å konkludere mht de gruppene som Norge nå mottar. Det er grunn til å være oppmerksom på en mulig overhyppighet av psykoser».

3.1.2 Anslag gitt i evalueringen av Psykososialt senter

På siden 14 i evalueringen av Psykososialt senter gir evalueringsutvalget en vurdering av behovet for terapi overfor flyktingene. Vurderingen er knyttet til en refleksjon om valg av alternative behandlinger:

«Utvalget er kjent med de særlige hensyn som må tas ved valg av behandlingsmetoder i arbeidet med flyktinger, hvor språklige vansker kan være ett viktig aspekt. Utvalget ser gjerne at poliklinikken utvikler kriterier for de ulike behandlingmessige tilnærminger, med retningslinjer for indikasjoner og kontra-indikasjoner for de ulike behandlingstilbudene. Evalueringer av behandlingsresultater i lys av de ulike behandlingstilbudene som er valgt, kan bidra til etablering av hensiktsmessige utviklingskriterier på lengre sikt. Dette særlig med hensyn til nytteeffekten av korttids- og langtidsbehandling. Utvalget peker i

den forbindelse på de omfattende ressurs- og prioriteringshensyn som gjør seg gjeldende, med traumatiserte flyktningers nesten ubegrensede behov for terapeutisk hjelp.»

3.1.3 Pilotstudie blant nyankomne flyktninger

I november 1994 utkom rapporten *Psykososiale problemer blant nyankomne flyktninger i Norge*. Rapporten er utgitt ved Psykososialt senter og er skrevet av prosjektleder Birgit Lie.

Rapporten betoner at det i Norge er stort behov for kunnskap om omfang og art av psykososiale problemer blant nyankomne flyktninger. Det heter videre at

- det er usikkert hvor mye hjelp og hva slags hjelp som bør settes inn og når dette bør gjøres, og
- bedret kunnskap om flyktningenes psykiske og fysiske helse og disse forholds sammenheng med deres sosiale situasjon, vil kunne redusere denne usikkerhet.

Rapportens hovedinnhold er en presentasjon av en pilotstudie blant flyktninger bosatt i mottak og med ankomst etter 1 juli 1993. Studien var bl a basert på screening-instrumentet Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25). Flyktninger i transitt inngikk ikke i undersøkelsen. I alt ble det foretatt 63 intervjuer, hvorav 50 med bosniere, 11 med personer fra afrikanske land, og 2 fra Iran. Utvalget omfattet 35 menn og 27 kvinner, alle i aldersgruppen 17-74 år. Hovedtyngen var i aldersgruppen 26-45 år. Bosnierne hadde alle flyktet spontant og hadde et relativt velfungerende sosialt nettverk. Mange hadde slekt i Norge.

Ca 60% av flyktingene i studie skåret så høyt på HSCL-skalaen for psykiske symptom (angst, depresjon og psykotiske og paranoide symptomer) at det tyder på at de trenger et behandlingstilbud i en eller annen form. Tilsvarende hadde 80% så mye symptomer på post-traumatiske stresslidelser av det tilsier et behandlingsbehov.

I presentasjonen av resultatene skriver Lie bl a:

«Det var en stor del av gruppen hvor man ut fra resultatene vil anbefale å gi et tilbud om psykisk behandling. Gruppen som helhet fungerte relativt godt sosialt og psykologisk utad, til tross for det store antallet som på HSCL-25 hadde svarverdier som pekte mot behov for behandling. I kontrast til vurderingen av behandlingsbehov, men sammenfallende med funksjonsevnen, kommer svaret på spørsmål om man ønsket å snakke mer om de hendelser man hadde vært utsatt for. 22% av de undersøkte mente det ville hjelpe dem å snakke mer om sine reaksjoner og opplevelser.»

I diskusjonen om resultatene skriver Lie følgende:

«Data fra piloprojektet viser at en stor del av flyktningepopulasjonen er traumatisert, og det er høy stress-score... Spredningen på en del av de sentrale variabler gir interessante antydninger, men det er nødvendig å gå videre med en større undersøkelse for å få et materiale man kan trekke slutninger fra. De tendenser som kommer frem i resultatene er foruroligende, men materialet er ikke stort nok til å kunne dra noen endelige slutninger om den videre utvikling».

3.1.4 Tilbakemeldinger til Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har senest i 1994 fått tilbakemeldinger fra fylkeskommune vedr hvor mye ressurser spesialisthelsetjenesten bruker på flyktninger og asylsøkere og hva som er udekkede behov på dette felt.

Tilbakemeldingene viser at det først og fremst er det polikliniske tilbudet som er etterspurt vedr flyktninger og asylsøkere. Med poliklinikker siktes det her til så vel voksen- som barne- og ungdomspsykiatrien. Tilbakemeldingene viser dessuten store forskjeller mellom fylkenes anslag for faktisk ressursbruk overfor flyktninger og asylsøkere.

Helsetilsynets oversikt viser også at mange poliklinikker bruker tid til veiledning av primærhelsetjenesten og de tilhørende mottak, barnehager og skoler. Det foregår også endel møtevirksomhet og tverretattlig samarbeid.

Tilbakemeldingene omfatter en vurdering av at det er behov for å styrke den generelle behandlingsskapasiteten ved poliklinikkene til flyktninger og asylsøkere og for å styrke tolketjenesten, kompetansen, veiledningskapasiteten samt samarbeidet mellom de psykiatriske poliklinikkene, primærhelsetjenesten og andre aktuelle organer.

3.2 Informantenes vurdering av behovet for psykososiale tjenester

3.2.1 Intervjuobjektene vurdering av det samlede behov for psykososiale tjenester

Noen av våre informanter fremhevet flyktningepopulasjonen i Norge som en gruppe som har større helseproblemer enn gjennomsnittet av den norske befolkningen. Andre betonte at flyktningene på mange måter er helsemessig og sosialt ressurssterke, og at overhyppigheten av helsemessige belastninger er av midlertidig karakter.

I de fleste intervjuene ble det konkludert med et behov for psykososiale tjenester *omlag på dagens eller et noe høyere nivå*, forutsatt at man bedrer kompetanse og ressursbruk innen dagens tjenester på dette feltet.

Et fåtall informanter mente det var behov for en meget omfattende kapasitetsøkning i de psykososiale tjenester. Dette ble bl a begrunnet med at et meget høyt antall flyktninger har store psykiske problemer de ikke får bearbeidet. Dette høye antall ubearbeidede problemer ble fremstilt som «en udetonert bombe» som man hittil ikke har tatt på alvor.

Iflg flere informanter hviler et effektivt psykososialt tilbud på flere pilarer som er for dårlig ivaretatt. Disse pilarene ble sagt å være undervisning, veiledning, samarbeid i lokale nettverk, organisering og ledelse, klinisk erfaring og fortløpende tilpasning til nye utfordringer og rammer i flyktningepolitikken.

3.2.2 Behovet og flyktningepolitikken

Flere knyttet vurderingen av behovet for teamene og psykososiale tjenester for øvrig til hva som skjer med norsk flyktningepolitikk. Hvis det kommer få flyktninger til Norge, mente et mindretall at man etter hvert kan avvikle teamene. Tilsvarende mente flere at hvis Norge tar imot vesentlig flere flyktninger enn før, vil behovet kunne øke såpass at teamenes ressursrammer må økes betydelig ut over 3-4 årsverk i hver region.

Enkelte informanter mente at behovet for psykososiale tjenester og teamene er knyttet til flyktningenes usikkerhet om de får bli i Norge. Disse informantene mente at om man ga flere flyktninger en rask avklaring på at de får bli i Norge, så vil behovet for mange typer psykososial hjelp synke betydelig. Så vel en representant for fylkeskommunenes helseadministrasjon som en terapeut i 2.-linjetjenesten hevdet at flyktningenes største psykososiale problem er om de får oppholdstillatelse eller ikke. Disse synspunktene ble ikke minst ført i margin av Norsk Organisasjon for Asylsøkere:

«Dagens mottaksapparat er nesten bare rettet mot kontroll. Forvaltningshensynene dominerer, mens det gjøres lite som kan hjelpe flyktingene med deres traumer og behov for støtte. Mottakene har nesten ikke kompetanse til å møte flyktningenes store psykososiale behov. På denne bakgrunn er behovet for de psykososiale teamene og øvrig psykososial bistand til flyktningene vel så mye forankret i hvordan flyktningene behandles i Norge som i deres erfaringer før de kom til Norge. Flyktningenes uvisshet på om de får bli og ventingen på en avgjørelse om dette er dessuten i seg selv sykdomsskapende.»

3.2.3 Behovet ut fra flytte- og bosettingsmønster

Flere mente at det har vært en tendens til at flyktningene flytter fra utkant-Norge og inn til de store byene. Denne flyttingen skjer etter noen år i Norge. I følge Kommunal- og arbeidsdepartementets rapport *Tiltak for å bedre flyktningsers psykiske helse* er det først etter noen år at mange flyktninger får behov for og vil motta psykiatrisk hjelp. På denne bakgrunn kan behovet for psykososiale tjenester bli forskjøvet fra å være

landsomfattende til å bli konsentrert om de største byene i hver helse-region.

Noen mente at tendensen til flytting til storbyene må vurderes opp mot at staten søker å prioritere midlertidige opphold, kort tid i asylmottak og en desentralisert bosetting. Dette kan medføre at behovene for psykososiale tjenester forskyves fra 2.-linjen til 1.-linjen, fra asylmottak til kommunenes helse- og sosialtjeneste, og at tendensen til konsentrasjon i de større byene svekkes.

3.2.4 Behov på ulike forvaltningsnivå

Flere av våre kommunalt ansatte informanter hevdet at svakheter i det fylkeskommunale og statlige psykososiale tilbudet gjør at kommunene utvikler egne samtale- og terapitilbud for flyktninger. De mente at det dermed var vanskelig å skille mellom behov og forutsetninger for kommunale tjenester og behov og forutsetninger for fylkeskommunale og statlige tjenester.

3.2.5 Konsekvenser av gjennomføring av KADs forslag

Flere av informantene viste til at gjennomføringen av forslagene i rapporten *Tiltak for å bedre flyktningers psykiske helse* kan medføre en økt evne og vilje til å avdekke psykososiale problemer tidlig, og økt kompetanse og kvalitet i 1.- og 2.-linjens håndtering av psykososiale problemer. Det ble sagt at dette i sin tur må bety at man får satt inn hjelpen på et tidligere tidspunkt, mens det ennå er relativt enkelt å få gitt effektiv hjelp. Det kan dessuten bety at 1.- og 2.-linjen kan gjøre mer på feltet enn i dag, slik at behovet for teamene ikke blir så stort.

3.2.6 Brukerdeltakelse og behov

Noen av våre respondenter mente at de psykososiale tjenestene kan effektiviseres om flyktningene selv får større innflytelse på tilbudet. Disse informantene mente derfor at flyktningene skulle spørres om hvordan de ønsker at tjenestene skal utvikles. De samme respondentene tok i noen tilfelle også til orde for mer bruk av selvhjelps- og samtalegrupper for flyktningene.

3.3 Dokumenter vedr behovet for teamene

3.3.1 Utvidelse av teamene med en stilling øremerket for innsats overfor barn

Rapporten *Tiltak for å bedre flyktningers psykiske helse*, tar i pkt 6.3.3 for seg tiltak for barn og unge. Det sies at man i de fleste land har fokusert på somatisk helsetilstand hos barn, men at nyere data tyder på at det er de psykiske faktorene som er det største problemet. Det hevdes videre at det har vært lite systematisk tenkning omkring forebygging av psykososiale problemer blant barn i og ungdom i planleggingen av norsk flyktningepolitikk, men at myndighetene er innstilt på å fokusere mer på barn i mottak og gi høyere prioritet til flyktningebarnas psykiske helse. Det foreslås derfor at teamene tildels er midler for å styrke kompetansen til å arbeid blant barn (barne- og ungdomspsykiatre). På denne bakgrunn konkluderes det for opprettelse av 1 slik stilling i hvert av de tre teamene.

3.3.2 Utvidelse ved Psykososialt senter

Psykososialt senter har fått opprettet en stilling for arbeidet med barn og unge. Dette skjedde som en oppfølging av rapporten *Tiltak for å bedre flyktningers psykiske helse*, der det på side 34 står følgende om denne stillingens oppgaver:

- Fremskaffe en oversikt over den psykososiale situasjon for barn i flyktningemottak
- Utvikle modeller for tiltak direkte overfor barn og overfor foreldre/familie og foresatte for å bedre omsorgsevnen
- Bidra til å gjøre kommunalt og fylkeskommunalt hjelpeapparat mer sensitivt og aktivt når det gjelder barnepsykiatri og barnevern.

Flere av våre informanter fremholder på denne bakgrunn at den nye stillingen skal stimulere kommuner og fylkeskommuner på en måte som vil resultere i økt etterspørsel om hjelp fra teamene vedr flyktningebarns psykososiale problemer.

3.3.3 Utvidelse med en undervisningsstilling

Som begrunnelse for å etablere en undervisningsstilling i hver region, står det i rapporten *Tiltak for bedring av flyktninger psykiske helse* at det er viktig å sikre at 2.-linjetjenesten i hele landet kan ha et tilbud til flyktninger. Derfor mener arbeidsgruppen at de regionale psykososiale enhetene (teamene) må styrkes som en integrert del av det totale tilbud i psykisk helsevern i regionen.

3.4 Vurderinger i intervjuene av behovet for teamene

3.4.1 Særomsorg eller integrering?

Flere av informantene fremhevet at det ikke bør være noen særomsorg for flyktningene. Et slikt standpunkt betyr ikke at man ikke ville ha egne psykososiale team, men at hovedtyngden av innsatsen skal skje innen den ordinære 1.- og 2.-linjetjenesten.

Flere informanter pekte imidlertid på at prinsippet om ikke å etablere en særomsorg er forenlig med å ha miljøer eller institusjoner som er særskilt kompetent på psykososial hjelp til flyktninger.

Noen informanter så på psykososiale team som en midlertidig nødvendighet. Disse informantene mente at 1.- og 2.-linjetjenesten ideelt sett selv burde hatt kompetanse og tid til å yte den psykososiale bistanden.

Et noe lavere antall informanter fremhevet at en likebehandling av nordmenn og flyktninger må bety at man beholder de psykososiale teamene og at flyktninger bør ha lettere tilgang til psykososiale hjelp enn gjennomsnittsnordmannen. Dette fordi flyktningene har større behov for slik hjelp enn befolkningen for øvrig. Man bør m a o ta sikte på å oppnå resultatlikhet heller enn likhet i tilbud.

3.4.2 Kapasitet og vilje i 2.-linjetjenesten

Mange av våre informanter mente at fylkeskommunene har tilstrekkelig kapasitet til å gi psykiatrisk hjelp til flyktingene, men nesten like mange mente at kapasiteten er for liten. I region III mente det store flertallet av informantene at 2.-linjens kapasitet er for liten. Påstandene om kapasitetsmangel ble i stor grad begrunnet ved å vise til en generell underdimensjonering av psykisk helsevern.

Flere informanter hevdet at manglende kjennskap til hva den ordinære 2.-linjen kan tilby fører til for mange henvendelser til teamene.

Noen mente at teamene trengs for å avhjelpe psykiatriens manglende vilje til å hjelpe flyktingene. Denne manglende viljen ble forklart med flere forhold:

- Flyktinger blir oppfattet som tidkrevende pasienter.
- De psykiatriske poliklinikkene vet de mangler kompetanse på feltet.
- Helsepersonell er usikre på hvordan kjente terapiformer kan eller må tilpasses flyktingenes kulturelle bakgrunn.
- Det er en barriere å skulle begynne med terapi overfor klienter man bare kan kommunisere med via tolk.
- Bruken av tolk vurderes dessuten av mange som noe som nesten uansett vil vanskeliggjøre terapien.

3.4.3 Når blir 1.- og 2.-linjen kompetent nok?

Det er delte meninger om hvorvidt teamene etter hvert kan overflødiggjøre seg selv.

Én oppfatning er at 1.- og 2.-linjen etter hvert vil opparbeide så mye kunnskap at teamene blir overflødige. En annen oppfatning er at det stadig vil skje endringer i situasjon, behov og mulighet vedrørende psykososiale tjenester til flyktinger. Slike endringer vil gi ny viten og

skape behov for å utvikle etablerte tilbud. Dette kan tilsi at det i overskuelig fremtid vil være behov for teamene.

3.4.4 Svingninger i behovene ut fra lengden av erfaring med flyktninger i kommunen

Psykososialt senter pekte på at 1.- og 2.-linjetjenesten til nå har beveget seg gjennom tre ståsteder med hensyn til hva de etterspør. Når de starter opp arbeidet med flyktningene, ber de om informasjon om kulturelle forskjeller. Deretter er bruk av tolk en sentral problemstilling. Senere er man opptatt av traumeproblematikk.

3.4.5 Behovet i forhold til hvilke problemer flyktningene har og hvilken kompetanse 1.- og 2.-linjen besitter

Flere informanter mente at teamene først og fremst trengs med tanke på veiledning og terapi vedrørende traumer og tilpasningsvansker. Dette synspunktet ble bl a forklart med at norsk helsevesen generelt har liten kompetanse i forhold til opplevelser med organisert vold og andre sterkt traumatiske erfaringer.

Særlig i region III var mange av informantene av den oppfatning av 2.-linjetjenesten har lav kompetanse innen psykososiale tjenester for flyktninger. Dette synspunktet ble ofte utdypet med at kompetansen særlig svikter med hensyn til hjelp til unge, utagerende menn.

Flere av informantene fra kommunens og fylkeskommunenes psykososiale tjenester etterlyste mer hjelp fra teamene så vel til å stille diagnoser, som til å avklare hvilken hjelp som bør gis.

3.4.6 Behovet vurdert i forhold til dagens ressursrammer

Det var nesten full samstemmighet blant våre informanter i alle regionene om at teamene må videreføres med minimum dagens ressursramme, og med de hovedoppgaver teamene har nå.

Flere informanter mente at teamene totalt får for lite ressurser, selv om det nå i hver region er gitt en økonomisk ramme tilsvarende 3-4 årsverk

og driftsmidler. Andre mente at en størrelse ut over dette vil medføre at mye som bør være oppgaver for 1.- og 2.-linjen blir overført til teamene.

Teamet i nord poengterte at de økonomiske rammene ikke strekker til om det blir tilsetting i alle de fire stillingene. Teamet bemerker også at sparing i fylkeskommunene og knappe budsjetter ved de psykiatriske poliklinkkene gjør det nødvendig med ekstra bevilgninger for at de som arbeider der skal kunne delta i kompetansehevingen.

4

FRAMTIDIGE PRIORITERINGER

Kapittelet gjengir intervjuobjektene oppfatninger av hvordan teamene bør prioritere sin ressursbruk.

4.1 Prioritering av teamenes målgrupper

4.1.1 Prioritering mellom ulike offentlige instanser

Flere mente at teamene bør vri innsatsen over mot 2.-linjetjenesten. Dette ble begrunnet med følgende:

- 2.-linjetjenesten er mindre kompetent på dette feltet enn 1.-linjen.
- 2.-linjetjenesten har sviktet med hensyn til å engasjere seg i flyktingenes psykososiale helse.

Psykososialt senter formidlet et generelt inntrykk av at 2.-linjetjenesten har kommet ordentlig på banen i forhold til flyktingers psykiske helse først de siste 2-3 årene. På denne bakgrunn mente de at behovet for veiledning overfor 2.- linjen vil bli relativt stort de nærmeste årene.

Teamet i region V stiller seg kritisk til at teammedlemmene bør bruke mindre tid på undervisning overfor universiteter og høyskoler:

«Teoretisk sett kunne universitet og høgskular leige inn andre fagfolk enn teammedlemmene til å undervise. Men problemet er at slik undervisning ikkje er innarbeidd i undervisningsopplegga, og erfaringa vår frå region Nord tyder på at det er nødvendig med eksterne pådrivarar for at slik undervisning skal få prioritet innanfor institusjonane. Vår erfaring er at til no har denne undervisninga ikkje gått ut over tilboda til kommunane.»

4.1.2 Prioritering av flyktingegrupper

Flere av informantene mente at barn, kvinner, par og familier er blitt for lavt prioritert av teamene. Samtidig svarte andre informanter at behovet

(fortsett) er størst vedrørende unge, enslige menn, slik at dagens prioritering ikke bør endres.

4.2 Kompetanseutvikling og kunnskapsspredning

4.2.1 Prioritering mellom ulike terapiformer

Flere av våre informanter innen alle forvaltningsnivåene hevdet at både teamenes og 1.- og 2.-linjens kompetanse til å hjelpe barn og til å yte hjelp til hele familier er relativt svakt utviklet og bør gis høy prioritet fremover.

Vi har for øvrig grovt sett møtt to ulike syn med hensyn til hvilken kompetanse teamene har og hvilken kompetanse de bør søke å utbre i resten av hjelpeapparatet.

Det ene synet er at teamene har og/eller bør utvikle kompetanse til

- å drive tradisjonell terapi, og
- til å hjelpe andre instanser til å tilpasse tradisjonell terapi til andre kulturers sykdoms- og behandlingsforståelse og kulturelle særtrekk.

Det andre synet innebærer også et ønske om at teamene skal kunne drive tradisjonell terapi, men her etterlyses dessuten kompetanse i, og utvikling av, alternative terapiformer. Synspunktet bygger på en overbevisning om at de tradisjonelle terapiformer er best egnet for vesteuropeere og andre som er vant til vår vestlige psykiatriske og somatiske tradisjon.

Informantene definerte *tradisjonell terapi* og *alternativ terapi* noe ulikt. Stort sett ble tradisjonell terapi definert som en samtale hvor pasienten setter ord på sine følelser og reflekterer over sin situasjon. Alternativ terapi ble dels utlagt som *uttrykksterapi* i tråd med definisjonen i evalueringen av Psykososialt senter, dels som andre måter man som brukes for å løse psykososiale problemer i fremmedkulturer. Avsnitt 3.4 i evalueringen av Psykososialt senter dekker mye av det samme:

«Et utbredt problem blant pasientene er vansker med å få kontakt med egne følelser, særlig de som er knyttet til psykisk smerte og lidelse, og å gi uttrykk for dem. 'Uttrykksterapi' er en metode under utvikling, hvor målet er å kunne nærme seg smertefulle følelser gjennom tegninger, kroppsuttrykk, sang og liknende. De som deltar i gruppen mottar samtidig individuell behandling.

En annen behandlingsmetode med flyktninger er de såkalte 'vitnesbyrd', hvor pasientene forteller sin spesielle livshistorie. Vanskene med å sette ord på traumatiske opplevelser krever ofte et langvarig forarbeid.»

Andre informanter ga uttrykk for at «liten kunnskap» og «manglende bredde» brukes som påskudd i spesialisthelsetjenesten for *ikke* å ta imot flyktninger til behandling. Disse informantene fremhevet derfor nødvendigheten av å klargjøre for 2.-linjetjenesten hva de faktisk har av kompetanse som kan brukes.

Fra Psykososialt senter ble det sagt at noe av det forsknings- og utviklingsarbeid de nå driver, bl a innen familieterapi, vil kunne utvide antall terapeutiske alternativer. Det ble også hevdet at et større tilbud og kurs og veiledning i f eks kropporientert terapi, neppe ville få så stor oppslutning.

4.2.2 Organisasjon og ledelse

Fra Psykososialt senter mente man at noen av teamene bør styrkes med hensyn til organisering og ledelse. Noen av teammedlemmene er gode i organisering, mens andre har sin styrke i klinisk utøvelse eller i å bygge opp lokale nettverk av flyktningearbeidere, helsepersonell i 1.- og 2.-linjetjenesten og andre som arbeider lokalt med flyktningene.

4.2.3 Tid til egenutvikling

Noen av våre informanter mente at det nå gikk for mye tid med til teamenes egenutvikling. Det ble i den forbindelse hevdet

- at teamene nå har eksistert så lenge at de ikke lenger skulle ha så stort behov for å utvikle sin egen kompetanse,

- at kompetanseutviklingen i større grad bør skje gjennom utøvelsen av klinisk arbeid og veiledning og konsultasjon, og
- at teammedlemmene i mindre grad burde dra på kurs og heller få sitt faglige påfyll fra Psykososialt senter.

I sin skriftlige kommentar til prøverapporten har teamet i nord kommentert disse synspunktene:

«Dette synspunkter byggjer på ei enten/eller tenkjing og ei oppfatning av kunnskapsformidling som vi er uenige i. Vi treng ein tilgang på ny kunnskap som er i samsvar med dei arbeidsoppgåvene vi har. Jo fleire ledd kunnskap skal passere gjennom, jo ringare blir resultatet. I staden for å gi teama råd om å nedprioritere eigenutvikling, burde faste teammedlemmer bli oppfordra til å hospitere ved institusjonar, gjerne i utlandet, for å skaffe seg ny og direkte kunnskap om utvikling av helsetenesta for flyktningar.»

Psykososialt senter gir også uttrykk for at teamens egenutvikling ikke tar en for stor del av teamenes samlede ressurs.

4.3 Balansen mellom ulike gjøremål

4.3.1 Dominerende oppfatninger om veiledning etc contra behandling

Flertallet av de intervjuede støttet Statens helsetilsyns norm om at teamene bør bruke 1/3 til klinisk arbeid og 2/3 av tiden til veiledning, undervisning og forskning. Stort sett mente man at teamene har overholdt denne normen. Flere, deriblant Psykososialt senter, advarte mot å binde seg for fast til en matematisk fordeling mellom ulike deloppgaver.

4.3.2 Kurspolitikk

Vi har møtt noe ulike oppfatninger av hvordan man bør ivareta kursingen av 1.- og 2.-linjetjenesten. Ett synspunkt har vært at det ville være mer rasjonelt med flere landsdekkende kurs, og at flere kurs bør arrangeres i regi av Psykososialt senter. Disse synspunktene ble begrunnet med

teamenes manglende pedagogiske erfaring og med at det er uhensiktsmessig at hver region utvikler parallelle tilbud på samme felt.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk for Vest-Finnmark har kommentert synspunktet om at Psykososialt senter burde stå for en større del av kursvirksomheten. Klinikken skriver i sin kommentar til prøverapporten at kurs bør være i regionsregi, slik at det fylkeskommunale apparat og kommunene i distriktene kan møtes, bli kjent og utvikle et samarbeid seg imellom. Klinikken skriver at kurs i regionen lettere åpner for en uformell kontakt og for at kursinnholdet tilpasses de særlige forutsetninger man har for det psykososiale arbeidet i de enkelte distriktene.

Psykososialt senter kommenterer at senteret ikke bør overta undervisningsoppgaver som teamene har nå. Senteret poengterer at det hele tiden har gitt og fortsatt vil gi tilbud om bistand til utvikling av lokale kurs, men at det vil være ugjennomførbart og lite hensiktsmessig at kurs for 2.-linjetjenesten over hele landet skal organiseres og drives fra Oslo. Senteret mener at undervisning er en viktig måte for teamene å heve sin egen kompetanse på, og at regionale kurs dessuten er et virkemiddel for å knytte de nødvendige forbindelser mellom 1.- og 2.-linjetjenesten. Senteret mener dessuten at kurs ofte er en nødvendig start for å aktivisere helse- og sosialtjenesten i psykososialt arbeid og for å komme inn overfor denne tjenesten med veiledning og konsultasjon.

4.3.3 Noen øvrige endringsforslag

Et mindretall av våre informanter ønsket en endring i hvordan teamene vektlegger de ulike oppgavene de er satt til å ivareta. Dette mindretallet delte seg på ulike standpunkter:

- Det bør satses sterkere på etablering av lokale (distriktsvise) nettverk med kompetanse til å håndtere ulike deler av flyktningeproblematikken. Nettverkene må være slik at man vet, eller lett kan få rede på, hvem i nettverket som har kompetanse på ulike felt. En viktig oppgave vil være å finne fram til hvem som har kompetanse til å være lokale samarbeidspartnere for teamene.
- Teamene bør i større grad ha med ansatte i 1.- eller 2.-linjetjenesten under terapitimene, slik at disse forvaltningsnivåene får

utviklet sin kompetanse og blir i stand til å overta for, eller supplere, teamenes klientarbeid.

- Teamene skal først og fremst tilføre kompetanse og veilede. De bør derfor nedprioritere det kliniske arbeidet.
- Forskning bør gis høyere prioritet, slik at en får en mer omfattende og systematisk fagutvikling som kan rette opp de metodiske svakheter ved dagens tilbud.
- Gruppeveiledning og klinisk arbeid bør prioriteres på bekostning av de øvrige gjøremålene, siden veiledning og klinisk arbeid er best egnet til å bygge opp og avlaste den ordinære 1.- og 2.-linjetjenesten.
- Tolkene har kanskje den psykisk sett mest krevende oppgaven innenfor de psykososiale tjenestene. Det skyldes at de ofte har vært igjennom de samme sterke opplevelsene som pasientene forteller om, og at de ikke har terapeutens utdanning og trening i å kunne distansere seg fra klientenes erfaringer og følelser. Dette bør følges opp gjennom en bedre skolering av tolkene.
- Nå som teamene er i ferd med å få mer ressurser, bør den sosialfaglige delen av teamenes virke utvides. Dette bør bli å omfatte arbeid for å bryte ned grensene mellom de mange offentlige instansene som flyktningene kommer i kontakt med.
- Teamene bør i større grad overlate til andre å formidle mer generell kunnskap om terapiformer som i dag dominerer i voksenpsykiatrien. Til gjengjeld bør de legge mer vekt på å formidle tverrkulturell forståelse, hvordan psykiatrien bør tilpasses andre kulturer, og alternative terapiformer.

Teamet i nord har kommentert det siste strekpunktet:

«Dette synspunktet seg ut til å byggje på eit fiktivt skilje mellom vanleg terapi og spesielt tilpassa terapiformer. Men den terapikunnskapen som andre instansar har kompetanse i må også tilpassast for å kunne brukast innanfor tverrkulturell terapi med flyktningar.»

5

ORGANISERINGEN AV TEAMENE

5.1 Skissert og valgt organisering

5.1.1 Tidlige signaler om organiseringen

Vi har i kap 2 omtalt Helsedirektoratets brev av februar 1988 om videreføringen av psykososiale tjenester for flyktninger. I brevet står det at det bør forhandles med Oslo kommune, Hordaland og Sør-Trøndelag fylkeskommuner om opprettelse av psykososiale team i Oslo, Bergen og Trondheim. Det heter i den forbindelse:

«Psykososiale tiltak i andre aktuelle fylker søkes utbygd etter hvert. Det vil være aktuelt at de først etablerte teamene, etter nærmere avtale, også kan yte tjenester overfor de øvrige kommunene og fylkeskommunene i regionen.»

Denne passusen blir av noen tolket til at Helsedirektoratet la opp til *ett team i hver region*, og at teamene etter avtale kunne gi bistand til mer fjerntliggende deler av regionen. En av våre informanter i Helsetilsynet fremholder at Helsetilsynet alltid har stått for at det skulle være bare ett team i hver region, men at de har vært åpne for alternative måter å organisere det enkelte team på.

Det heter videre på side 2 i brevet:

«Tiltakene organiseres innenfor det eksisterende offentlige helsevesenet. Det bygges derfor ikke opp noen separat alternativ helsetjeneste for flyktninger/asylsøkere. Det er behov for tiltak på flere organisasjonsnivåer: Nasjonalt, fylkeskommunalt og kommunalt. Tiltakene vil ha forskjellig funksjoner på de forskjellige nivåer.»

På side 3 konkretiseres de tiltak man har i tankene på de ulike organisasjonsnivåene. Under overskriften «fylkeskommunalt nivå» beskrives *polikliniske, psykososiale team*.

5.1.2 Valgte modeller og forholdet til akademia

De tre regionale teamene har vært organisert på tre forskjellige måter med ulike forhold til psykiatriske poliklinikker og fylkeskommunen forøvrig. Alle modellene har vært godkjent av Statens helsetilsyn. Innen disse modellene har det vært skiftende løsninger og oppfatninger med hensyn til hvor mange instanser som skulle ha en styrende funksjon og hva disse funksjonene skulle bestå i.

Noen av våre informanter trakk fram en organisatorsik tilknytning til akademia som en løsning. En slik løsning er allerede etablert for Psykososialt senters vedkommende. Flere av informantene betonet behovet for kontakt mellom teamene og universitets- og høyskole-systemet, uten at man dermed foreslo at teamene skulle organiseres inn i dette systemet til erstatning for dagens organisering innenfor helse- og sosialvesenet. Det ble bl a vist til den utredning om dette teamet som man finner i evalueringen av Psykososialt senter.

5.1.3 Ett-teamsmodellen

I *Nord-Norge* har det vært *ett* team. Dette vil si at de to ansatte har hatt kontor samme sted og hatt en tett og strukturert samhandling.

Teamet i Nord-Norge er lokalisert til Åsgård psykiatriske sykehus, hvor det er underlagt lederen av poliklinikken. Teamet har dessuten bak seg en *referansegruppe* som i teamets første år like gjerne kunne vært kalt en styringsgruppe. Gruppen består av representanter for hver av de tre involverte fylkeskommunene.

5.1.4 Avdelingsmodellen

Vestlandsteamet har vært organisert som en mellomting mellom ett og to team. Formelt har det vært ett team med en avdeling i Bergen og en avdeling i Stavanger, men samhandlingen mellom de to enhetene har vært så vidt beskjedent og autonomi for de to enhetene så stor at man vanskelig kan snakke om ett team.

Vestlandsteamet har ikke hatt en styringsgruppe eller referansegruppe slik teamet i de tre nordligste fylker har hatt, men de tre involverte fylkes-

kommunene har samrådd seg for å skape konsensus om driften av teamet.

5.1.5 Satelittmodellen

Teamet i *Midt-Norge* søkes nå realisert som ett team. I en periode forsøkte man å organisere det etter en *satelittmodell*. Satelittmodellen besto i å ha én eller flere ansatte på et hovedkontor for teamet. I tillegg til dette hovedkontoret hadde man noen deltidsstillinger, lagt ut på hver sin psykiatriske poliklinikk.

5.2 Konsekvenser av satelitt- og avdelingsmodellene

5.2.1 Satelittmodellens effekt på den geografiske spredningen av hjelpen

Fra flere hold i region III og IV ble det sagt at geografiske avstander gjør det nødvendig med flere enn ett team i hver region. Det ble bl a vist til vedtak av 22 sept 1994 i det regionale helseutvalget i region IV, der det heter at teamet i region IV bør ha 1/1 stilling plassert i Møre og Romsdal og flere 0,20 dels stillinger i Nord-Trøndelag.

Fra poliklinikkene i *Møre og Romsdal* og *Nord-Trøndelag* hevdes det at de stillingsandelene de disponerte fra teamet i region III var en effektiv løsning den korte perioden den varte.

Fra kommunene rapporteres det om noe ulike erfaringer med disse stillingsandelene. Noen hevder at de «gikk bort» i egenadministrasjon og koordinering med teamet og andre instanser, mens noen synes de ga en god bistand overfor kommunens flyktningearbeidere.

Noen av informantene blant kommuneansatte i Møre og Romsdal mener de fikk god hjelp av teamet den korte perioden teamet hadde en deltidsstilling i deres distrikt, og at de ikke har fått noen hjelp etter dette. Andre sier at teamet fortsatt yter bistand i Møre og Romsdal

Flere viser til høyst ulik erfaring med å ha teamet delt ut på deltidsstillinger ved psykiatriske poliklinikker. Ett sted måtte vedkommende gjøre det psykososiale arbeidet utenom arbeidstid, andre steder har slike deltidsstillinger fått gode rammebetingelser. Flere informanter peker på en tendens til at enkeltstående stillinger blir «dradd» i alle retninger.

I brev av 24 august 1994 skriver Møre og Romsdals fylkeshelsesjef blant annet:

«Vi har i den tida helseregionen har hatt de psykososiale teamet erfaring for at det ikkje er mogleg å rekruttere til ei 40% stilling. Dette hovudsakeleg fordi ein so liten stillingsandel vanskeleg lar seg kombinere med andre arbeidsoppgåver og fordi arbeidsoppgåvene i ei slik stilling er for store til at dei forsvarleg kan dekkjast opp av ei 40% stilling.»

5.2.2 Splittelse og organisasjons- og ledelsesproblemer

I *Rogaland* og *Hordaland* trakk flere informanter frem det problematiske i en organisering med to avdelinger med ansatte i deltidsstillinger. Det ble sagt at dette hadde gitt en for sterk splitting av ressursene, og at de to teamdelene ikke hadde funnet en god nok organisasjons-, ledelses- og samarbeidsform.

5.2.3 Avdelingsmodellen og tilgjengelighet

I *Rogaland* møtte vi, ikke minst i 1.-linjetjenesten, stor tilfredshet med avdelingsmodellen, ikke minst om alternativet er ett team i Bergen. Disse 1.-linje-informantene mente at avdelingsmodellen ga god nærhet til primærhelsetjenesten. Teamet slipper å reise for mye og er godt oppdatert på de særlige forholdene man har for flyktninger i *Rogaland*.

5.3 Konsekvensen av ett-teams modellen

5.3.1 Handlingsevne og effektivitet

Såvel teamet i nord som representantene fra fylkeskommunene i nord ga uttrykk for at organisering som ett team hadde økt evnen og viljen til å gå ut og bistå 1.- og 2.-linjen.

I region V var det et solid flertall for å holde fast på løsningen med ett team. Det ble påpekt at problemet med reiseavstandene ikke ville bli nevneverdig redusert om man f eks skulle få ett team i Tromsø, ett i Bodø og ett i Alta. Det ble fra teamet og noen kommuner hevdet at «hvis bare de lokale krefter står på, blir teamet engasjert uavhengig av geografisk avstand».

5.3.2 Uriasposter og autoritet

Teamet i nord gir uttrykk for at det ville fungert dårlig om de skulle sittede hvert sitt sted og holdt kontakt pr telefon. Dette ble begrunnet med at de da ville kommet på hver sin «uriaspost» og hatt problemer med planlegging og håndteringen av kravet om å være en autoritet på rekke felt.

5.3.3 Effekten av samlokalisering med annen spisskompetanse

Flere informanter fremhevet at det har vært faglige og effektivitetsmessige gevinster av samlokaliseringen mellom Trondheim kommunes flyktningehelsetjeneste, det regionale teamet i region III og en kliniker fra 2.-linjetjenesten. Dette fordi en på denne måten har fått et team med ulik og høy kompetanse på flyktnings psykososiale problemer.

5.4 Forholdet til poliklinikkene

I alle regioner er det mulig å samlokalisere teamene med et psykiatrisk sykehus og/eller en psykiatrisk poliklinikk. Det var delte meninger om en slik samlokalisering har vært eller vil være gunstig.

5.4.1 Overkjøring fra flertallet?

En ulempe med samlokalisering med psykiatriske sykehus og/eller poliklinikker ble sagt å være at teamets interesser har hatt noe begrenset gjennomslag der det er konflikter med hva resten av sykehuset eller poliklinikken ønsker. En annen ulempe som ble fremholdt var at 2.-linjetjenestens perspektiv og interesser ble for dominerende for teamets virke i forhold til 1.-linjens behov.

5.4.2 Hemske for «lav terskel» og alternative terapiformer

Fra dem som var skeptiske til samlokalisering med psykiatrisk poliklinikk, ble det hevdet at hvis teamene oppfattes som en del av den tradisjonelle psykiatrien, så vil flyktningene få en enda høyere terskel for å bruke tilbudet. Dette forklarte man med at flyktningene stort sett er mer skeptiske til psykiatrien enn nordmenn flest.

Flere viste til at samlokalisering med psykiatriske sykehus fremmer bruk av tradisjonelle henvisnings- og terapiformer, som ikke nødvendigvis er egnet for deler av flyktningepopulasjonen. Erfaringsmessig blir mange flyktninger blir skremt av å gå til en psykiatrisk poliklinikk og av å møte den tradisjonelle terapien som utøves der.

5.4.3 Fagfellesskap og service

Som gunstige effekter av samlokalisering ble det dels vist til betydningen av å inngå i et større faglig fellesskap, dels til den avlastning og den publikumsservice man får ved at teamene har bistand fra sykehusets/poliklinikkens sentralbord og sekretariat.

5.4.4 Teamet i nord og Åsgård sykehus

Våre informanter har gitt en mer positiv beskrivelse av forholdet mellom teamet i nord og Åsgård sykehus enn av forholdet mellom de andre teamene og de poliklinikker de har vært en del av. De som ga den positive omtalen, trakk fram disse momentene:

- Teamet gir mye tilbake til sykehuset i faglig sammenheng.
- De ansatte ved poliklinikken er klar over teamets rolle.
- Teamet deltar i poliklinikkens faste møtestruktur.
- Teamet har tatt imot alle flyktningeklientene som var henvist til behandling ved poliklinikken.
- Referansegruppen har vært klar på hvordan teamet skal drives.
- Det var et etablert og godt forhold mellom teamets koordinator (leder) og avdelingsoverlegen på klinikken fra før teamet ble etablert.
- Sykehuset har vært en god støtte på kontorhold og personaladministrasjon.
- Teamet har rapportert til sykehuset og dermed fått aksept for sine prioriteringer.

5.5 Endringer i premisser for valg av organisasjonsform

5.5.1 Moderne teknologi

Så vel blant «tilhengere» som «motstandere» av ett team i hver region ble det sagt at telemedisin, telepsykiatri og moderne kommunikasjons-teknologi reduserer behovet for samlokaliserte team og kort reisevei mellom teamene og dets brukere i 1.- og 2.-linjen. Enkelte så imidlertid slik teknologi som mindre egnet innen psykiatrien og psykososiale tjenester enn i andre deler av helse- og sosialtjenesten.

5.5.2 Økonomiske rammer og antall team

Flere informanter kunne tenkt seg en løsning med flere team i hver region såfremt de økonomiske rammene for teamene ble betydelig større enn i dag.

Flere informanter fant det positivt at staten bidrar til å etablere ny helse- og sosialvirksomhet gjennom å gi øremerkede oppstartingsstøttestrukturer. Det ble imidlertid antydning at det ikke uten videre var interesse for å betale for et regionalt team når statsstøtten eventuelt faller bort eller går inn i rammetilskuddet til fylkeskommunen.

På fylkeskommunalt hold i Rogaland er det en viss sympati for tanken om at fylkeskommunen kan skjøte på de statlige ressursene til teamene, dog ikke i samme grad som deler av 2.-linjetjenesten ønsker seg.

5.5.3 Bare ett, landsdekkende team?

Et lite mindretall informanter tok til orde for at det bare bør være ett landsdekkende team, slik at man forhindrer utvikling av en særomsorg. Disse respondentene viste til gode erfaringer med de to landsdekkende teamene som tilbyr assistanse til 1.- og 2.- linjen vedrørende MBD og autisme.

Argumentasjonen for ett team i hele landet bygget bl a på en skepsis mot etablering av stadig nye kompetansesentre. Denne skepsisen møtte vi forøvrig hos en rekke informanter, uten at de dermed gikk inn for ett team for landet som helhet.

5.6 Betingelser for vellykket gjennomføring av ulike modeller

5.6.1 Betingelser for en desentralisert løsning

På spørsmålet om betingelser for at den *desentraliserte organisasjonsmodellen* (avdelinger, satelitt eller flere team i hver region) skal la seg gjennomføre, ble det svart slik:

- Det må være et faglig nettverk for medlemmene.
- Det må gis tilstrekkelig midler til kurs o l.
- Medlemmene må gis et godt (gruppe-)veiledningstilbud.
- Samarbeidet mellom småenhetene må formaliseres.
- Det må være minst to teammedlemmer i hver avdeling.

Flere viste til erfaringer med at personer som er kompetente, kjente og med stor autoritet på sitt felt, gjerne har større evne og vilje til å fungere uten et team rundt seg enn mer uerfarne fagfolk.

Flere av tilhengerne av løsningen med ett team i hver region, pekte på problemer de mener man lett får ved hel- eller deltidsstillinger lokalisert til poliklinikker i ulike deler av regionen. Disse kritikerne mente derfor at slike stillinger i så fall måtte

- få en klar «beskyttelse» i stillingsinstrukser og ledelsesformer,
- ha en god tilknytning til et faglig fellesskap med andre som arbeider i spisskompetansemiljøer innen flyktningers psykososiale situasjon, og
- fylles opp med personer som er personlig egnet til å kunne hevde en stilling og arbeidsform som avviker fra hva ens daglige kollegaer arbeider med.

Selv blant flere av dem som ønsker mere enn ett team i hver region, er oppfatningen at spisskompetansen vedrørende psykososiale tjenester må organiseres slik at man oppnår noen av de kvaliteter som et team gir. Derfor vil disse informantene ha regelmessige møter mellom teamene i henhold til en fast oppsatt møteplan. Møtene skal bidra til felles planlegging, klientdrøftinger og kompetanseutvikling. Man tenker seg at teamet møtes fast på teamets hovedkontor, mens teammedlemmene ellers skal tjenestegjøre ut fra en type distriktskontorer.

5.6.2 Betingelser for en sentralisert modell

Vi spurte også om hvilke betingelser som må oppfylles for at *den sentraliserte organisasjonsmodellen* (ett team i hver region) skal la seg gjennomføre slik at teamet betjener hele sitt virkeområde. Fra «motstanderne» av bare ett team i hver region ble det da bl a svart:

- Teamet må styres fra brukerne (fylkeskommunene og kommunene), slik at man får en effektiv tidsbruk. Med «effektiv» menes det her at tiden fordeles rimelig mellom de ulike delene av regionen, og slik at ikke egenutviklingen i teamet prioriteres for høyt på bekostning av bistanden til 1.- og 2.-linjen.
- Teamet må ha evne og vilje til å bistå «ute» etter avtale og ved akutte situasjoner.

5.7 Rekruttering og stabilitet

Vi møtte delte meninger om mulighetene for å rekruttere og beholde spisskompetente fagfolk, herunder psykiatere og kliniske psykologer, til stillinger i de enkelte regionene og fylkeskommunene.

5.7.1 Rekruttering

Noen av våre informanter mente det generelt er vanskelig å rekruttere til teamene, og at dette problemet er størst om teamet

- er plassert i en mindre kommune,
- tilbyr små stillingsbrøker, og
- ikke har den størrelse eller den tilknytning til et faglig fellesskap som man får med et team på 3-4 medlemmer.

Et noe mindre antall informanter var mer optimistiske med hensyn til rekrutteringen generelt og til «miniteam» (avdelinger eller satelitter) spesielt. Disse informantene pekte også på

- erfaringer med at man kan rekruttere til stillinger som er den eneste i sitt slag om bare stillingene er knyttet til et større faglig nettverk, og
- problemer med å rekruttere til stillinger som medfører en utstrakt reisevirksomhet, slik det ble et tilfelle med teamet i region IV og V.

Flere viste til at man i de tre nordligste fylkene nå stort sett får besatt psykolog- og psykiaterstillingene. Teamet i region V hellet likevel i

retning av at det er lettest å rekruttere til ett team i regionen og til stillinger plassert i de største byene.

Flere hevdet at hva man kan by på i stillingene blir mer avgjørende enn stillingenes geografiske plassering. Andre viste til at et spennende jobbinnhold og gode rammer om virksomheten har vist seg å kunne oppveie det handikap utkantsteder kan ha i konkurransen om arbeidskraft.

5.7.2 Stabilitet

Flere hevdet at flere forhold ved teamene virker negativt med hensyn til å beholde dyktige medarbeidere:

- Den psykiske belastningen med å jobbe med traumatiserte flyktninger.
- Usikkerhet om teamenes organisering, ressurser og videreføring.
- Problemer med å kunne by på et like vidt og godt faglig miljø som det man kan få ved å gå inn i andre deler av 2.-linjetjenesten.

6 STYRINGEN AV TEAMENES VIRKSOMHET

6.1 Styringsystemer

6.1.1 Styringsmodellene

Våre informanter gir en noe ulik fremstilling av de styringsmodellene som hittil har vært forsøkt og disse modellenes intensjoner og juridiske grunnlag. Blant våre fylkeskommunale og kommunale informanter har vi bl a møtt tre ulike oppfatninger av Statens helsetilsyns rolle.

- (a) Statens helsetilsyn og/eller departementet skal bestemme hovedtrekkene i organisering og ressursbruk.
- (b) Statens helsetilsyn skal bare bestemme organiseringen der fylkeskommunene ikke blir enige seg imellom.
- (c) Statens helsetilsyn skal først og fremst drive faglig kontroll og veiledning.

Statens helsetilsyn selv synes derimot å ha fastholdt en oppfatning av at Helsetilsynets styring skal avgrenses til

- kontroll med at de statlige bevilgningene til teamene nyttes etter forutsetningene, og
- en mer aktiv inngripen hvis fylkeskommunene ikke lykkes med en tilfredsstillende organisering og ledelse av teamene.

Innenfor de tre oppfatningene på kommunalt og fylkeskommunalt holdt, møtte vi minst fire oppfatninger om sykehusenes, poliklinikkens og fylkeskommunenes tiltenkte og faktiske rolle:

- Teamene skal i hovedsak være selvstyrt innen rammen av brukernes forventninger og Statens helsetilsyns mål for teamene.
- Teamene skal styres gjennom konsensus blant de berørte fylkeskommunene.

- Teamene skal styres av den fylkeskommunen som er vert for teamet.
- Teamet skal styres av sykehusledelsen og poliklinikkens ledelse på linje med andre tiltak som er lagt til disse institusjonene.

Noen av informantene skilte mellom overordnet, faglig og administrativ styring, og tenkte seg ulike kombinasjoner av disse styringsmekanismene.

Fra teamet i region V og fra en del av de fylkeskommunale informantene ble det advart mot å la et høyt antall organer styre teamene. Dette synspunktet hadde også noe støtte på fylkeslegehold. Det ble imidlertid også sagt at poliklinikkene eller sykehusene ville «slukt» teamene om ikke fylkeskommunene hadde hatt en så vidt markert styringsrolle som de har hatt.

6.1.2 Organisering og styring av regionale helsetilbud

Flere av våre informanter hadde synspunkter på styringen av teamene sett i sammenheng med styringen av andre regionale helsetilbud.

Deler av dagens somatiske og psykiske helsetjeneste er regionalisert. Dette vil si at man innen en fylkeskommune har tilbud som også skal yte service til befolkningen utenom fylkeskommunen. Det er likevel ikke etablert noe regionalt styre med politisk og økonomisk beslutningsevne. Riktignok har man regionale helseplanutvalg, men de har ikke noen besluttsende myndighet. Fylkeskommunene har i hovedsak ansvaret for helsetjenesten over 1.-linjenivået, også de deler som er regionfunksjoner.

Flere hevdet at organisering, finansiering og styring av de regionale helsetilbudene er mer eller mindre ivaretatt gjennom konsensus, kompromiss, statlige økonomiske tiltak og statlige direktiver. Disse informantene sa at hvis man gjennom dette ikke blir enige, har staten en viss rett til å skjære igjennom.

Det ble hevdet at muligheten for å påtvinge fylkeskommunene bestemte organisatoriske og faglige løsninger ligger i sykehuslovens paragraf 9a og tilhørende *Forskrift om godkjenning av lands- og flerregionsfunksjoner*. Herunder ble det hevdet at det er noe omdiskutert hvor langt denne retten strekker seg.

Lovens paragraf 9 gir departementet mulighet til, gjennom enkeltvedtak og forskrift, å gi bestemmelser om oppgaver for og oppgavefordeling mellom sykehus. Forskriften gir Sosialdepartementet rett til å bestemme til enhver tid hva som er lands-, flerregionale og regionale funksjoner. Sykehuseiere må søke departementet om godkjenning hvis de ønsker å opprette, utvide, innskrenke eller endre slike funksjoner. Formålet med forskriften er bl a å styrke undervisning og forskning.

Våre informanter viste til en rekke dokumenter som angivelig viser en bred enighet om at en del helse- og sosialtilbud bør være regionale:

- St meld nr 41 (1987-88) *Helsepolitikken mot år 2000*
- St meld nr 50 (1993-94) *Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*
- Helsedirektoratets rapporter *Styring av høyspesialiserte somatiske funksjoner i helsetjenesten* og *Regionsenterfunksjoner for barne- og ungdomspsykiatrien i helseregion I og II.*

I sin innstilling til St meld nr 41 tok sosialkomitéen til orde for en sterkere statlig styring av viktige sider ved sykehussektoren, særlig av funksjoner ved regionssykehusene. Samtidig inntok komitéen det standpunkt at dagens desentraliserte struktur, med fylkeskommunalt ansvar for spesialisttjenester, i store trekk skal videreføres. Komitéens ønske om en sterkere statlig styring var knyttet til fem felt:

- (1) Utvikling og fordeling av fremtidige regions- og landsfunksjoner
- (2) Forskning og undervisning
- (3) Utprøving av ny teknologi
- (4) Oppgaver det er naturlig å knytte til universitetsfunksjonene
- (5) Kostbare investeringer.

Noen av våre informanter hevdet at arbeidet i de psykososiale teamene kan sies å berøre så vel pkt (2) som pkt (4).

6.1.3 Styringsmyndighet gjennom disponering av statsbudsjettpost og handlingsplan

Midlene til teamene bevilges over Sosialdepartementets budsjett som en del av gjennomføringen av den femårige handlingsplanen for utvikling av

psykiatrien. I flg flere av våre informanter gir det Statens helsetilsyn myndighet vedr teamenes organisering og ressursbruk.

6.1.4 Enhetlig styring av alle regionale funksjoner

Mange av våre informanter på fylkeskommunalt og statlig hold har pekt på at utredningen fra det såkalte Stenfeldt-Foss utvalget, som er laget for og tildels med medvirkning fra Statens helsetilsyn, tar til orde for å opprette en rekke spisskompetansemiljøer på regionsnivå. Denne utredningen vil muligens bli bearbeidet til en innstilling.

Hvis det etableres nye regionale tilbud, må de finne sin organisasjons- og styringsform. Noen mener derfor at organisasjons- og styringsformen for nye regionale tilbud også bør omfatte de regionale spisskompetansemiljøer i psykososialt arbeid for flyktninger.

Flere av våre informanter innen statlige organer og fylkenes helseadministrasjon hevdet at et eventuelt økt innslag av regionale funksjoner vil fremtvinge en klarere og bedre struktur for styring av alle de regionale funksjonene.

Sosial- og helsedepartementet har bedt helseregionene planlegge organisering av, og innhold i, de tjenester som bør være regionale. En slik planlegging favner naturlig spørsmålet om psykososiale tjenester på regionnivå. Flere av våre informanter mener det ville være naturlig å avvente denne planleggingen før man skjærer igjennom vedr organisering og ledelse av de psykososiale teamene.

6.2 Ledelsesstriden

Det har vært strid om hvordan teamene i region III og region IV skal ledes. Blant våre informanter har det vært liten tvil om at denne striden har svekket de to teamene.

6.2.1 Hvem skal være sjefen blant sjefene?

Noen av respondentene fremholdt at det mest uklare ved ledelsen har vært om teamet først og fremst skal forholde seg til poliklinikken eller fylkeskommunen.

Andre trakk frem uklarheten mellom statens rolle og fylkeskommunens rolle. En tredje gruppe trakk fram striden mellom fylkeskommunene om hvem som skal styre og ha tilbudene geografisk plassert hos seg.

Det ble også hevdet at det har foreligget en ansvarsvegring eller manglende ansvarsoppfølging fra fylkeskommunene Hordaland og Sør-Trøndelag. Dette synspunktet ble begrunnet med at disse to fylkeskommunene ikke grep inn slik vertsfylkeskommunen var forutsatt å gripe inn når man fikk problemer med organisering og ledelse av teamene.

6.2.2 Situasjonen i region III

I region III er det uenighet mellom de to delene av teamet angående organisering og ledelse. Så vel i teamet som blant dets samarbeidspartnere er det ulike oppfatninger om hva denne uenigheten skyldes og hva den har ført til. Ett syn er at problemet skyldes interne forhold i Bergen og at avdelingen i Rogaland fungerer bra. En annen oppfatning er at de to avdelingene er lite koordinert og mangler felles ledelse, noe som i sin tur sies å føre til redusert effekt av begge avdelingene.

Det ble hevdet at ulike oppfatningene om hvordan teamet bør organiseres har ført til at koordineringsfunksjonen ikke lenger er operativ. Det ble sagt at verken fylkeshelsesjefene eller teammedlemmene forsøker å komme fram til en enhetlig løsning omkring dette styringsproblemet.

6.2.3 Uenigheten i region IV

I region IV finner vi en kontrovers mellom Statens helsetilsyn på den ene siden og fylkeskommunene Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag på den andre siden. Sør-Trøndelag betraktes delvis som en alliansepartner for Helsetilsynet. I sine kommentarer til prøverapporten ga likevel representantene for de to fylkeskommunene i Trøndelag inntrykk av at man nå var i ferd med å finne løsning på striden.

Særlig i region IV fikk vi fra fylkeskommunalt og kommunalt hold høre at man generelt har dårlige erfaringer med at felles funksjoner legges til Sør-Trøndelag. Det ble sagt at det fører til at slike fellesfunksjoner i liten grad kommer instanser i andre fylkeskommuner til gode. Det ble også hevdet at stadige omorganiseringer i Sør-Trøndelag fylkeskommune har gitt liten kontinuitet og kvalitet i denne fylkeskommunens håndtering av regionale tjenester.

Våre informanter er samstemte i fremstillingen av hvordan striden i region IV har artet seg. Det begynte med at man fikk problemer med å besette de deltidsstillingene man plasserte ved poliklinikker i Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. Disse to fylkene ville løse dette problemet ved at allerede ansatte ved poliklinikkene ble kjøpt fri til å disponere deler av sin faste stilling til arbeid i teamene. En slik løsning ble ikke godtatt av Statens helsetilsyn.

Noen av våre informanter hevder at striden som fulgte dels resulterte i at teamets gjenværende del i Trondheim ble noe mer tilbakeholden overfor deler av tjenesteapparatet utenom Sør-Trøndelag, dels i at dette tjenesteapparatet trakk seg unna teamet.

6.2.4 Vurdering av Statens helsetilsyns myndighetsutøvelse

Få av våre informanter har noen formening om Statens helsetilsyn burde styrt mer eller annerledes overfor teamene. Synspunktene på Statens helsetilsyns rolle varierer for øvrig fra oppfatninger om at det har vært «liten» styring til at det har vært «passe» styring. Noen mener også at Helsetilsynet er blitt periodisk passiv pga bytte av saksbehandler.

Blant dem som har vært mest involvert i striden om organiseringen i region III og IV, er det noen som gjerne hadde sett at staten tidligere hadde skåret igjennom, mens andre synes staten har bestemt for mye.

Fra deler av fylkesadministrasjonen og 1.- og 2.-linjen i Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag, hører vi at «gnisten» gikk ut da Helse-tilsynet ikke ville godta at midlene til teamet ble bruk til å «kjøpe» ansatte i poliklinikker slik at de kunne bruke 20% av sin tid til arbeid i teamene. Det ble bl a sagt at «Statens helsetilsyn har vært mer opptatt av

formalitetene enn av realitetene», og at «helsetilsynet har overkjørt regionen».

6.3 Andre styringsforhold

6.3.1 Instruksjer

Noen teammedlemmer etterlyste instruksjer for stillingene. Andre ga uttrykk for at slike instruksjer lett kunne bli en tvangstrøye, og at man må tilpasse stillingsbruken til det som til enhver tid er behovet.

6.3.2 Forholdet til Psykososialt senter

Flere av teammedlemmene har gitt god attest til koordineringsmøtene i Oslo. Disse møtene har vært arrangert som samlinger mellom Psykososialt senter og alle lederne for de psykososiale teamene.

Fra kommuner og fylkeskommuner ble det etterlyst at Psykososialt senter i større grad drar ut i distriktene. Det ble bl a beklaget at senteret bare har hatt ett besøk i Troms.

6.3.3 Bemanningsproblemer

Fra region III og IV ble problemene med å få bemannet deltidsstillingene fremhevet som et hinder for effektiv ressursbruk. Forklaringene som gis er dels at stillingsbrøkene blir for små, dels at stillingene er midlertidige og dels at Statens helsetilsyn motsetter seg slike delstillinger.

Det ble også vist til at det har vært et generelt problem med å få bemanning og kontinuitet i teamene, uavhengig av stillingsbrøkens størrelse og valget mellom ett eller flere team i hver region.

6.3.4 «Tyveri» fra stillingsbudsjettet

Flere pekte på at teamene hittil har kunnet bruke lønnsmidler til å dekke nødvendige reiseutgifter. Dette blir ikke lenger mulig hvis alle stillingene blir besatt.

6.4 Årsaker til at man er mest tilfreds i nord

Jevnt over er det mer tilfredshet og mindre strid omkring teamet i nord enn teamet i de to andre regionene. Vi skal her utdype hva flere informanter har fremstilt som årsakene til at det er blitt slik.

6.4.1 Forholdet til fylkeskommunene

Teamet i nord ble fra starten av organisert slik alle de tre berørte fylkeskommunene ville ha det. Nordland og Finnmark har aldri blitt presset inn i en bestemt løsning. Teamet har selv tatt opp om nye stillinger i teamet bør legges til Bodø.

Troms fylkeskommune har mer enn de andre vertsfylkeskommunene arbeidet for å lede og støtte opp om teamet.

Teamet har aktivt brukt en regional referansegruppe til å skape konsensus om hvordan teamet skulle arbeide. Denne referansegruppen møttes opprinnelig 4 ganger året, mens den nå møtes 2-3 ganger året.

Innen de rammer referansegruppen satte opp, har teamet fått styre seg selv. Denne selvstyringen har vært utformet på grunnlag av en omfattende dialog med 1.- og 2.-linjetjenesten.

6.4.2 Teamstørrelse, service og tilgjengelighet

Teamet i nord har hatt størst kontinuitet og vært det største teamet både ut fra antall personer i teamet, deres samlede stillingsbrøk og tiden de har vært i stillingene. Teamet har også hatt nytte av Åsgård sykehus' kontor og sentralbord. Disse faktorene har sammen bidratt til at det som regel har vært noen til stede på kontoret, og at de har kunnet svare kontinuerlig på telefon. Dessuten har man sjelden risikert at det har gått mer en 1/2 uke fra man har lagt inn en beskjed til man har fått et svar fra teamet. Dermed har teamet i nord hatt den høyeste tilgjengelighet av teamene – bedre enn i region III der man har hatt to team.

6.4.3 Dialogen med 1.- og 2.-linjen

Teamet har selv sørget for en dialog med fylkeskommunenes og kommunenes psykososiale tjenester. Her har teamet tatt opp

- sentrale utfordringer i flyktningearbeidet,
- bærebjelker for å få et godt flyktningearbeid,
- behovene i feltet og hva teamet kan bidra med, og
- hva som bør være avtalen om hva teamet skal arbeide med.

I dialogen med feltet har teamet fremmet etablering og bruk av lokale nettverk. Disse nettverkene har fått hjelp fra teamet og utviklet seg til selv å ta hånd om oppgaver som man i de andre regionene trolig har sendt over til de regionale teamene.

En av fordelene med dialogen i nord har vært at den har bidratt til å holde forventningene til teamet på et konkret nivå og innen rimelighetens rammer. I de andre regionene har nok 1.- og 2.-linjetjenesten mer sittet med mange og uklare forventninger, og blitt tilsvarende mer skuffet når teamet ikke har hatt kapasitet til å gjøre alt det ble bedt om.

6.4.4 Konsentrasjon og prioritering av klinisk arbeid

Teamet i nord hevder at de i noen grad har konsentrert sin innsats til områder der det var vilje, engasjement og andre forutsetninger for å utvikle det psykososiale tilbudet. Dermed har de fått konsentrert arbeidet mot distrikter der arbeidet ga størst effekt.

Teamet opplyser videre at det har tatt alle de kliniske flyktningsakene som ble henvist til den voksenpsykiatriske poliklinikken ved Åsgård sykehus. Utenom denne poliklinikkens opptaksområdet har teamet avgrenset sitt kliniske arbeid til tilfelle som 2.-linjen ikke har kunnet ta. Teamet mener derfor at de andre poliklinikkene ikke er blitt fratatt sitt ansvar for å utvikle sin egen kompetanse og for å tilby tjenester til flyktninger.

7 KOMPETANSE OG RESULTATKRAV

7.1 Kompetanskrav og sammensetning

7.1.1 Kompetansekrav

Psykososialt senter peker på at teamene må ha erfarne klinikere, ikke minst fordi teamene stadig må kunne utvikle ny empiri og ha tilstrekkelig autoritet overfor 2.-linjetjenesten.

Senteret fremhever også behovet for at de ansatte har en vid erfaringsbakgrunn og høy kompetanse innen sin profesjon samt evne til fagutvikling og undervisning/veiledning. Senteret peker imidlertid på at det kan være vanskelig å få oppfylt disse kriteriene.

7.1.2 Sammensetning

Psykososialt senter ser for seg at teamene bør inneholde

- leder som er psykolog eller psykiater,
- sosialantropolog, og
- gjerne en sosionom eller pedagog med klinisk utdanning og erfaring.

Psykososialt senter legger også vekt på at teamene må ha høy kompetanse og gode utviklingsmuligheter for å kunne tiltrekke seg de rette fagfolkene.

Det synes å være bred enighet om at en 3-årig høyskoleutdanning alene blir en for liten ballast for et teammedlem. Samtidig tok noen informanter til orde for at hvert team burde ha minst ett medlem med fremmedkulturell bakgrunn, selv om dette kanskje vil medføre at man må ansette personer som ikke har universitets- eller høyskoleutdanning.

Psykososialt senters oppfatning om at teamene bør ha en psykolog eller psykiater som leder, ble støttet av de fleste i telefon- og gruppeintervjuene. Senteret syntest derimot ikke å ha så mye støtte for sin poengtering av behovet for å ansette, ut fra en kombinasjon av høy for-

mell og reell kompetanse og en vid erfaring. Mange mente at så mange og høye krav i praksis ikke lar seg gjennomføre.

Ett team tok til orde for at man først måtte ansette slik at man fikk en klinisk rettet basis. Deretter ville man ansette en sosiolog og/eller sosialantropolog. Dette teamet fremholdt samtidig at man bør ansette ut fra en kombinasjon av formelle krav og realkompetanse.

Teamet i Nord-Norge har kommentert de overfor skisserte synspunktene slik:

«Her vil vi kommentere det som er stilt opp som Psykososialt senter sitt syn på stillingane i teama. Korje samansetjinga eller talet på stillingar stemmer med den faktiske stillingsstrukturen som Statens helsetilsyn har gått inn for, etter råd fra Kommunal- og arbeidsdepartementet si arbeidsgruppe, slik det går fram av *Tiltak for bedring av flyktningers psykiske helse*. Det gjeld for det fyrste stillingar for psykiater eller spesialpsykolog både på vaksen- og barnesida. At ein sosialantropolog står som nr 2 (andre prioritet?) samsvarar heller ikkje med tanken om at klinisk erfaring er føresetnad for å drive vegleing og undervisning. Den tredje stillinga er tiltenkt sosionom eller pedagog, som er for snevre yrkeskategoriar etter vårt syn.

Vårt syn på korleis teamet bør vere samansett, er slik:

1. Psykiater/spesialpsykolog for vaksne
2. Psykiater/spesialpsykolog for barn (Ein av desse to første blir koordinator for teamet)
3. Lege/psykolog/psykiatrisk sjukepleiar/klinisk sosionom/-klinisk pedagog.
4. Sosialantropolog.»

7.1.3 Forskningskompetanse

Noen mente det kan være nødvendig å legge betydelig vekt på forskningserfaring og forskningskompetanse ved ansettelser. Dette ble begrunnet bl a med at forskning er vesentlig for faglig utvikling og refleksjon, både for en selv og for teamet og dets brukere. Forskning i

teamene ble dessuten fremstilt som et virkemiddel for å trekke forskere mer med i veiledning av 1.- og 2.-linjen.

Fra annet hold ble det advart mot å la teamene få et for sterkt forskningspreg. Dette fordi en sterk fokus på forskning kan medføre at man blir for lite opptatt av å yte service til flyktningene og 1.- og 2.-linjetjenesten.

7.1.4 Faste eller fravikelige krav?

Det ble advart mot å ha for faste krav til hvem som skal kunne få stillinger i teamene. Denne advarslen ble begrunnet med at det er vanskelig å spå hvilke behov morgendagens team skal dekke, og at det derfor er det nødvendig å ha stor frihet til å rekruttere den kompetanse som til enhver tid er ønskelig.

7.2 Resultatkrav

Bare et fåtall av våre informanter uttrykte en mening om hvilke krav som bør stilles til de som er ansatt i teamene. Mange av de som ikke besvarte dette spørsmålet, ga uttrykk for at de manglet tilstrekkelig kunnskap om teamenes mål og oppgaver til at de kunne svare på det.

De som ga uttrykk for en oppfatning om hvilke resultatkrav som eventuelt bør stilles, trakk fram følgende:

- Teamet må vise ledelses- og samarbeidsevner
- Teamet må dokumentere en faglig utvikling og en tilpasning til endret etterspørsel fra 1.- og 2.-linjetjenesten
- Teamet må greie å oppfylle mål for hvordan teamets tid skal prioriteres. Dette kan f.eks. omfatte krav til antall behandlede pasienter og antall terapitimer.

8

VURDERING AV RESULTAT OG VIDEREFØRING

Vi skal i dette kapitlet presentere noen vurderinger og konklusjoner vi synes bør veie tungt når man skal avgjøre hvordan teamene skal videreføres.

8.1 Prosess og resultater

8.1.1 Statens helsetilsyns rolle i organiseringsdebatten

Skal man opptre i pakt med dagens praksis, juridiske bestemmelser og Stortingets ønsker om styringssystem for regionale helsetilbud, bør staten først gripe inn med bindende retningslinjer dersom man ikke får etablert en enighet mellom de berørte fylkeskommuner, og/eller dersom det etableres ordninger som i liten grad ivaretar behovet for regionale løsninger. Når Statens helsetilsyn har valgt å trekke opp rammer for hvilke former for desentraliserte løsninger som kan godtas om statlige midler skal anvendes i regionene, er det etter vår vurdering i samsvar med et slikt prinsipp. Helsetilsynets inngripen overfor teamene synes dessuten å ligge innenfor den myndighet Helsetilsynet har gjennom å tildele midler til teamene.

Statens helsetilsyns dokumenter etterlater et inntrykk av at de berørte fylkeskommunene og Helsetilsynet har hatt en felles forståelse om at staten bevilger midler til teamene ut fra en søknad som beskriver og begrunner organisering, ledelse og ressursbruk.

8.1.2 Betraktninger om mål og ressursbruk ut fra årsrapporter

Mål

I flg årsrapporten fra *Vestlandsteamet* er målene for flyktningeteamet «å opparbeide klinisk erfaring med behandling av psykiske problemer hos flyktninger, og formidle kompetanse og tjenester til hjelpeapparatets 1.- og 2.-linje, samt til mottaksapparatet». Som et arbeidsmål for 1994 ble det oppgitt at teamet skulle «konsolidere vår kliniske virksomhet og

styrke vår utadrettede virksomhet, samtidig som vi vektlegger kliniske oppgaver». Disse målene er så vide og generelle at de ikke gir noen anvisning av hvordan teamet skal prioritere hvis tiden ikke strekker til for alle ønskelige formål.

Årsrapporten for *teamet i Midt-Norge* omtaler på side 1 målet for teamet. Herunder kommer en angivelse av målgruppen for klinisk virksomhet og for undervisning, konsultasjon og veiledning. Så vel målsettingen som angivelsen av målgruppen er så vide at de gir nesten full frihet til ulike prioriteringer ut over at teamet må prioritere dem som har vært utsatt for tortur og andre overgrep.

Ressursbruken

Som poengtert ovenfor er årsrapportenes fremstilling av oppgaver, mål, tidsbruk og resultater er stort sett så knappe at det ikke gir grunnlag for bastante konklusjoner om ressursbruken. Vi vil likevel fremholde følgende:

Årsmeldingen for *Vestlandsteamet* gir ikke noe eksakt bilde av hvor mange som har fått bistand eller behandling av teamet som helhet og hvor omfattende denne bistanden har vært.

Vårt inntrykk er at Vestlandsteamet har satset en god del på utadrettet virksomhet, i første rekke overfor flyktningekonsulenter, helsepersonell i 2.-linjen og studenter ved ulike helse- og sosialfaglige studiesteder. Til sammen synes dette å ha gitt en betydelig innsats overfor 1.- og 2.-linjetjenesten. Denne innsatsen synes likevel å ha blitt noe mindre enn ønskelig og mulig, tilsynslatende fordi egenadministrasjon og egenutvikling har tatt en noe stor del av tiden.

Vi ser betydningen av egen kompetanseutvikling, særlig i en oppbyggingsfase, men synes likevel at vektleggingen av egenadministrasjon og kompetanseoppbygging har blitt vel omfattende når teamet ikke greier å dekke etterspørselen etter bistand. Med såpass knappe ressurser totalt sett vil vi stille spørsmålet om ikke egenutvikling og utadrettet virksomhet overfor undervisningsinstitusjoner bør nedtones noe i forhold til klinisk arbeid og annen bistand til 1.- og 2.-linjetjenesten. En slik

omprioritering synes ikke minst aktuell og mulig nå som teamet er gjennom sin oppbyggingsfase.

Årsmeldingen for 1994 for *teamet i Midt-Norge* forteller som nevnt at bare 4 av i alt 27 behandlede eller utredede familier er bosatt utenom Sør-Trøndelag. Dette gir inntrykk av at teamet i urimelig liten grad kommer flyktninger i de to «utkantfylkene» til gode.

Årsmeldingene og planene for 1993, 1994 og 1995 for *teamet i nord* tyder ikke på at det har vært noen skjevdeling av ressursbruken i forhold til målene for teamet og normen om 1/3 til klinisk arbeid og 2/3 til det øvrige virke. Dokumentene gir for øvrig et inntrykk av et høyt aktivitetsnivå som omfatter kliniske arbeid, veiledning, konsultasjon og kurs.

8.1.3 Resultater

Teamene har møtt høyere forventninger enn hva de har maktet å innfri. Dette skyldes dels forhold ved organisering, ledelse, rutiner og tidsbruk i teamene, dels at forventningene har vært større enn ressursene.

Staten har selv bidratt til noe høye forventninger gjennom skriv om videreføring av Psykososialt senter og gjennom retningslinjer for arbeidet med flyktingenes helse. Begge dokumentene gir inntrykk av et ganske stort og vidt ansvar for teamene, uten å antyde så mye om deres prioriteringsbehov og begrensede ressurser.

Intervjuene og årsrapportene tyder på at alle teamene har bidratt til kompetanseutvikling og en bedre ivaretagelse av flyktingers psykososiale helse. Dette har skjedd gjennom teamenes konsentrasjon om faglig veiledning, undervisning, diagnostiske og terapeutiske konsultasjoner både til den fylkeskommunale helsetjenesten og aktuelle etater innen kommunen. Teamene har i tillegg mottatt pasienter med spesielt vanskelige problemer til diagnostikk og behandling. På denne bakgrunn synes teamene å ha ivaretatt de mål Sosial og helsedepartementet og Statens helsetilsyn satte for teamene, selv om det ut fra intervjuene og styringsdokumentene kan påpekes svakheter ved sider av teamenes ressursbruk.

Spørreundersøkelsen tyder også på at teamene stort sett har oppfylt Helsetilsynets norm om å bruke ca 1/3 av tiden på klinisk arbeid overfor pasienter og resten på de ulike kompetansebyggende tiltakene.

8.2 Behovet for teamene

8.2.1 Kvantifisering av behovet

Tre forutsetninger må oppfylles for at man skal kunne kvantifisere behovet for psykososiale tjenester og for teamene. For det første må man kunne tallfeste antall flyktninger i de enkelte kommuner. For det andre må man ha kvantitative data om hyppigheten og graden av traumatiserende erfaringer og forekomsten av ulike andre psykiske plager. For det tredje må man ut fra disse tre faktorene kunne regne om til et anslag for antall timer som trengs til ulike hjelpe- og kompetanseutviklingstiltak.

Det finnes statistikk over hvor mange utenlandske statsborgere som bor i de enkelte kommunene. Denne statistikken er i noen grad spesifisert på nasjonalitet, og den kan kombineres med Utlendingsdirektoratets tall for antall mottatte flyktninger og hvordan disse er fordelt på alder, kjønn og nasjonalitet og bosted ved første gangs bosetting i kommunene.

Når man skal vurdere innslaget av traumatiserende erfaringer og forekomsten av psykiske plager, blir man henvist til skjønnsmessige vurderinger ut fra et begrenset antall forskningsresultater.

På denne bakgrunn er det pr i dag umulig å tallfeste antall flyktninger som trenger terapi og/eller ulike former for bistand fra de psykososiale teamene. Selv med et slikt tall ville det være vanskelig å beregne hvilke ressurser behandlingen vil kreve.

8.2.2 Konklusjon om behov og videreføring

På tross av problemene med å gi en sikker vurdering av behovet for en videreføring av teamene, har vi likevel konkludert med at det er behov for at teamene videreføres med en ressursramme på 3 - 4 årsverk i hver

region og med dagens hovedmål. Denne konklusjonen bygger på følgende:

- Det er en nesten samstemmige oppfatning blant våre informanter om at teamene bør videreføres med en slik eller en noe høyere ramme.
- Tilgjengelig forskning og annen dokumentasjon tyder på at flyktningene har et større behov en gjennomsnittsnordmannen for psykisk helsevern, samtidig som dette behovet ikke er dekket. Forskningen og dokumentasjonen tyder dessuten på at man i beste fall får dekket behovene om dagens psykososiale innsats videreføres og effektiviseres.
- Kommunal- og arbeidsdepartementets 1993-rapport *Tiltak for å bedre flyktningers psykiske helse* tyder på at det fortsatt er manglende oppmerksomhet og oppfølging vedr flyktningebarns psykiske helse. Det arbeides for å øke denne oppmerksomheten. Når dette lykkes vil det ventelig utløse et behov for kurs og veiledning på dette feltet.
- Teamet i region V synes å ha vært mest effektivt. Selv i denne regionen synes likevel teamet å ha utfordringer vedr kompetanseoppbygging i 1.- og 2.-linjetjenesten som ikke lar seg løse med dagens ressursrammer. Dette kommer til syne ved de som har "resignert" vedr bruk av teamet og ved at flere kommuner har så kort "fartstid" med flyktningearbeidet at de foreløpig bare greier å ta de mest nødvendige praktiske beslutninger vedr bistand til flyktningene.
- Gjennomføringen av rapporten *Tiltak for å bedre flyktningers psykiske helse* vil ventelig medføre at man avdekker mer psykososiale lidelser blant flyktningene, og at man bedre informerer og motiverer for psykososial bistand. Dette vil ventelig øke etterspørselen etter slik bistand, med det økte behov det gir for kompetanseutvikling i den ordinære 1.- og 2.-linjetjenesten.

- Så vel svarene i spørreundersøkelsene som funn i de aktuelle dokumentene viser at behovet for å utvikle og spre kompetanse vedr flyktningers psykiske helse er stort og udekket.

8.3 Morgendagens organisasjonsmodell

Etter vårt skjønn kan teamene i prinsippet organiseres enten etter ett-teamsmodellen eller etter satelitt- eller avdelingsmodellen. En eller flere av følgende intensjoner kan legges til grunn for valget mellom disse tre løsningene:

- (a) Hensynet til at tilbudet skal være geografisk nær brukerne.
- (b) Hva som er mest tjenlig med hensyn til å rekruttere og holde på dyktige fagfolk.
- (c) Hensynet til kompetanseoppbygging og effektivitet.
- (d) Avveiningen mellom organisering i helse- og sosialetaten eller akademia.
- (e) Hvilken lokalisering som er best egnet for å gi en tilstrekkelig lav terskel for bruk av tilbudet.
- (f) Behovet for en konsensus blant de berørte fylkeskommunene om hvordan teamene skal organiseres.
- (g) Hensynet til at retten til å velge organiseringen bør knyttes til hvem som finansierer tilbudet.

8.3.1 Geografisk nærhet

Hensynet til nærhet til brukerne taler for valg av satelitt- eller avdelingsmodellen framfor ett-teams modellen. Pasientene vil få kortere vei til utredning og behandling enn ved mer sentraliserte løsninger, og så vel teamene som kommunalt og fylkeskommunalt ansatte vil kunne få redusert reisetid i forhold til ved ett-teams alternativet.

Fordi teamenes oppgave mer er kompetanseoppbygging enn klinisk arbeid, synes vi ikke hensynet til geografisk nærhet bør tillegges avgjørende vekt. Usikkerheten om hvor flyktingene kommer til å være bosatt gjør det dessuten vanskelig å finne en kombinasjon av fast lokalisering og nærhet til brukerne over tid.

8.3.2 Rekrutteringshensyn

Generelt synes det å være lettest å rekruttere erfarne klinikere til stillinger i større kommuner og byer. Årsakene til dette er at disse stedene har det største fagmiljøet og et større og mer variert arbeidsmarked. Dette tilsier at teamene organiseres som ett team som legges til større kommuner og byer.

Erfaringene med teamene er at det er vanskelig å rekruttere til små stillingsstørrelser. Skal en ressursramme på 3 - 4 årsverk spres på flere steder, kan det kreve at man velger deltidstillinger framfor heltidstillinger. På denne bakgrunn synes ett-teams løsningen å være mer rekrutteringsvennlig enn de to andre organisasjonsmodellene.

8.3.3 Kompetanseoppbygging og effektivitet

Når man skal utvikle og utbre kompetanse på et felt hvor kunnskaps- og metodeutviklingen ikke er kommet så langt, er det etter vår oppfatning fordelaktig og kanskje helt nødvendig å samle fagfolkene i team. Vi tror at satellitt- og avdelingsmodellen først bør brukes når man har kommet lengre i arbeidet med å bygge opp kompetansen vedr psykososiale tjenester for flyktinger.

Ett-teamsmodellen, med utfyllende kompetanse og f.eks. 3-4 stillinger fordelt på ca. 4-5 personer, har etter vår vurdering et tilstrekkelig antall personer til å skape et effektivt læringsmiljø som kan arbeide produktivt og kvalitetspreget. Erfaringene fra teamet i nord er at man selv med bare 2 fagstillinger med stor stillingsbrøk kan hente ut flere av disse fordelene. Vår oppfatning er imidlertid at team vanligvis bør ha minst 3 medlemmer for å få en så bred kompetanse- og erfaringsbakgrunn at man oppnår de skisserte teamkvaliteter.

Teamene vil i noen tilfelle kunne øke sin kompetanseskapende effekt ved at teammedlemmene er lokalisert til flere psykiatriske institusjoner. Dette fordi teammedlemmene lettere vil kunne formidle kunnskap til kolleger i konkrete saker hvis de arbeider under samme tak.

Med avdelinger eller satelitter knyttet opp til psykiatriske poliklinikker vil teammedlemmene kunne bli svært få i forhold til den øvrige virksomheten ved klinikken. Hvis teammedlemmene ikke har stor faglig og personlig autoritet og posisjon, risikerer de at deres spesielle oppgave blir nedprioritert i en hverdag med knappe ressurser. De kan dessuten få vansker med å utvikle et tilstrekkelig faglig miljø hva angår flyktningeproblematikk.

Ansattes prioriteringer vil ofte bli påvirket av formålet til den institusjonen de har sitt daglige virke i. Teammedlemmer ved de psykiatriske poliklinikkene kan bli for mye orientert mot psykiatri og dermed fjerne seg for meget fra de sosialfaglige sidene ved psykososiale tjenester for flyktninger.

Avdelings- og satelittløsninger er i seg selv mer sårbar enn et team med hensyn til å oppnå tilstrekkelig tverrfaglighet og evne til å fungere selv om ansatte slutter eller blir særlig belastet for en periode.

Vi synes erfaringene med de tre teamene tyder på at satelittmodellen og avdelingsmodellen har størst risiko for ikke å tilfredsstille kommunenes og fylkeskommunenes behov for kompetanseoppbyggende tjenester. Likevel synes en effektiv fungering etter ett-teamsmodellen å kreve at man tilrettelegger for et likeverdig tjenestetilbud i alle fylkene i regionen, slik at man unngår den geografiske skjevdelingen av innsatsen som har forekommet. Teamet bør som forutsatt i stor utstrekning drive ambulansetjenester for å imøtekomme behovet om nærhet til brukerne og et likeverdig tilbud.

Selv om staten ikke øker sine bevilgninger kan det tenkes at man kan få etablert flere team på 3-4 personer i hver region. Det forutsetter at man har mer enn de statlige midlene til rådighet for å bemanne teamene. Et slikt ikke-statlig bidrag kan bestå i øremerkede stillinger fra fylkeskommunen og/eller kommunen, slik som i Midt-Norge, der flyktningeteamet er samlokalisert med en fylkeskommunal stilling og Trondheim

kommunes flyktningehelsetjeneste.

8.3.4 Tilknytning til akademia

En organisatorisk tilknytning til universitets- og høyskolemiljøer vil gi sterke føringer for en mer strukturert og effektiv kompetanseutvikling. Samtidig kan en slik tilknytning svekke teamenes innsats vedr praktisk bistand til kommuner og fylkeskommuner.

En organisatorisk tilknytning til akademia kan ordnes på ulikt vis. Hvis teamene får en sterk tilknytning til f eks et medisinsk fakultet eller et psykiatrisk institutt, vil det kunne påvirke teamene bort fra den tverrfaglige tilnærmingen man opprinnelig la opp til. Vi viser i denne forbindelse til at Helsedirektoratet bevisst la opp til et mindre innslag av medisinsk og terapeutisk tilnærming enn direktoratet mente man finner ved det man anså som svenske, danske og den nederlandske paralleller til Psykososialt senter.

Vi ser det som fruktbart at deler av spisskompetansemiljøet vedrørende flyktningers psykososiale helse er tilknyttet *universitetssystemet*, mens andre deler mer er forankret i *praksisfeltet*. Psykososialt senter er allerede en del av Universitetet i Oslo. Vi synes erfaringene med dagens tilknytning for de psykososiale teamene er så vidt god at det er liten grunn til å overføre dem til undervisnings- og forskningsmiljøene. På denne bakgrunn mener vi at teamene fortsatt bør være organisert i helse- og sosialtjenesten.

8.3.5 Lav terskel for bruk av teamet

Intervjuene viser at man får den laveste terskelen for flyktningenenes bruk av teamene om teamene i noen grad utøver sitt kliniske arbeid *utenom* de psykiatriske sykehus og poliklinikker. Dette er likevel ikke til hinder for at teamene har sine kontorer og base ved psykiatriske poliklinikker.

8.3.6 Konsensus mellom fylkeskommunene i hver region

Dersom Statens helsetilsyn fastholder vurderingen av at den beste løsningen er ett-teams modellen, er det likevel et spørsmål om denne i utgangspunktet beste løsningen lar seg gjennomføre på en til-

fredsstillende måte. Hvor lett vil det være, og hva vil det kreve, å få realisert en slik løsning i region III og region IV? Er det bedre, under visse forutsetninger, å videreføre eller iverksette en løsning med satelitter og avdelinger i disse to regionene? Hvis prisen for å gjennomføre ett-teams modellen i disse to regionene er en fortsettelse av den organiseringsdebatten man har hatt i flere år, synes det bedre å velge satelitt- eller avdelingsmodellen.

8.3.7 Samsvar finansieringsansvar og retten til å velge organisering

Hvis teamene blir videreført som et fast tilbud, vil finansieringen muligens bli et fylkeskommunalt ansvar. I så fall er det problematisk å tenke seg at staten skal bestemme organiseringen, ikke minst om staten setter til side sterke oppfatninger på kommunalt og fylkeskommunalt hold. Hvis teamene skal videreføres som fylkeskommunale tiltak finansiert av fylkeskommunene, mener vi derfor at fylkeskommunene må bestemme organiseringen.

8.3.8 Konklusjon

Det er ett-teams alternativet som best ivaretar hensynet til kompetanseoppbygging og effektiv bistand til 1.- og 2.-linjetjenesten. Denne modellen er dessuten mest rekrutteringsvennlig. Teamene bør derfor videreføres etter denne modellen. Vi anbefaler også et fortsatt organisering i helse- og sosialsektoren ut fra gode erfaringer med dette og ut fra hva vi mener best vil ivareta bredden i teamenes arbeid.

8.4 Stillingsstørrelser

Både i Bergen og Stavanger opererer man i dag med 0,25 og 0,5 stillingshjemler. Fordi tiden til egenadministrasjon og koordinering langt på veg er uavhengig av stillingens størrelse, får så små stillinger lite tid til brukerrettet arbeid. Hvis 0,25 og 0,5 stillingshjemler skal bruke 1/3 av tiden til klinisk virksomhet, utgjør dette henholdvis ca 3,3 og 6,7 timer i uken. Teamet kan etter vår vurdering dermed få for lite klinisk erfaring med de ulike pasientgruppene til å opprettholde og videreutvikle spesialkompetanse.

8.5 Ledelsesutvikling

8.5.1 Utvikling av styringsdokumenter

Som nevnt gir dagens styringsdokumenter for noen av teamene i liten grad noe bilde av strategi, mål, oppgaver og ressursbruk. Dette gir et svakt grunnlag for styring av teamenes arbeid, ikke minst i de tilfelle der det er strid om teamenes tidsbruk og ledelse. På denne bakgrunn vil vi anbefale følgende:

- Det bør utvikles styringsdokumenter og presentasjonsmateriell med en klar strategi for teamenes virke, slik at man fremmer en bevisst prioritering og realistiske forventninger.
- Styringsdokumentene bør i større grad operere med klare og evaluerbare mål, og i større grad kvantifisere ressursbruk og resultater.

8.5.2 Bruker- eller toppstyring?

Styringen av teamene kan i prinsippet ivaretas på to måter. Enten kan *et organ på nivå over* teamene styre, eller så kan *teamets brukere* styre. Alternativt kan man satse på en kombinasjon av disse to løsningene.

Ikke minst fordi behovene for teamene raskt kan endre karakter, synes vi det er viktig med team som er i nær kontakt med brukernes ønsker og som har evne og vilje til å tilpasse seg disse ønskene.

En tilpasning til brukernes ønsker vil måtte bestå i at teamene har en dialog med 1.- og 2.-linjetjenesten om hvordan teamet skal prioritere. I denne dialogen må 1.- og 2.-linjen gi uttrykk for hva de ønsker, og teamet må være tilsvarende tydelig på hva det kan tilby og hvordan teamet vurderer hva som er hensiktsmessig tidsbruk. Til slutt må denne dialogen brukes til å skape en felles forståelse av hvordan teamet skal arbeide.

Vi vil advare mot å trekke tanken om brukerstyring for langt. Det må ikke være slik at teamene kan undra seg ledelse fra overordnede organer men henvisning til signaler fra brukerne.

Såfremt det ikke snart utvikles felles styringsmodeller for alle de regionale helsetilbudene, bør styringen av teamene bli kjennetegnet av følgende:

- Hvert team bør ha en styrings- eller referansegruppe etter modell fra region V. Gruppen bør være teamets styre.
- Styringsgruppen utøver sitt mandat innen de rammer staten eller fylkeskommunene velger å sette for hvilke løsninger de vil bidra økonomisk til, og innen de rammer staten vil definere som følge av sin myndighet vedr regionale helsetilbud. Disse rammene bør klargjøres raskt.
- Teamet bør for øvrig ligge inn under de vanlige ledelseslinjer i den fylkeskommune som er vert for teamet. Disse linjene må brukes til å løse eventuelle konflikter teamene selv ikke får ryddet opp i.

8.5.3 Tilgjengelighet og service

Teamene bør ha klare rutiner for når kontoret er bemannet og for formidling av beskjeder når teammedlemmene er på reisefot. Det bør etableres veiledende normer for hvor raskt kundene skal kunne forvente en tilbakemelding.

Teamene må kunne tilby klientsamtaler utenom sykehus og psykiatriske avdelinger, slik at terskelen for bruk av teamene ikke blir for høy.

8.6 Gjennomføring av ledelsesutviklingen

Vi har allerede tatt til orde for en videreutvikling og bruk av teamenes styringsdokumenter. Disse anbefalingene innebærer det man ofte forbinder med *målstyring* og *virksomhetsplanlegging*.

Dersom teamene skal ledes på denne måten, kan denne ledelsesformen utvikles ved å gjennomføre følgende i den rekkefølge det står:

Drøfting

Teamene bør drøfte og konkludere om:

- Hva er virksomhetsplanlegging og målstyring i det offentlige, og hva kan teamene vinne ved å tilpasse og bruke denne styringsformen?
- Krav til ansatte, organisasjonen og ledelsen om denne styringsformen skal fungere.

Utviklingsdel

Teamene og deres styrende organer bør fastsette:

- En målstruktur for teamene, herunder hvilke kvalitetskrav som skal stilles til tjenestene.
- En prioritering av målene og kvalitetskraven.
- Hvilke ressurser og virkemidler (oppgaver/aktiviteter) som skal settes inn for å nå de oppsatte målene og kvalitetskravene.
- Hvordan man skal måle resultatoppnåelse og revidere virksomhetsplanen.

Iverksettelsesdel

Teamene og deres styrende organer bør systematisk prøve ut denne styringsformen, før den gjøres til en fast del av virksomheten.

8.6.1 Avklaring i region III og IV

En avklaring av styrings- og samarbeidsforhold i region III kan skje på ulike måter, avhengig av hvilken tilnærming teamet og dets styrende organer foretrekker.

Sammen med sine styrende organer bør *hele* teamet samles til en avklaring og felles konklusjon om hva som er ledelses- og samarbeids-

problemene i teamet og hvordan disse bør løses. Konklusjonene bør munne ut i en forpliktende handlingsplan for hva hver enkelt medarbeider skal gjøre for å få gjennomført de nødvendige forbedringer. Planen bør spesifisere hvordan man skal evaluere om den enkelte ansatte har gjennomført sine oppgaver.

8.7 Prioriterings- og effektiviseringstiltak som bør gjennomføres

Selv med en videreføring med 3-4 årsverk i hver region, kan etterspørselen etter teamenes tjenester komme til å overstige ressursene.

8.7.1 Større vekt på metodeutvikling og utadrettet arbeid

Vi har funnet et behov for å videreutvikle alle teamenes arbeid. Det er ønskelig at alle i noe større grad bidrar til en mer *systematisk metodeutvikling*. En eksisterende og/eller kommende etterspørsel som overstiger dagens tilbud tilsier *klarere prioriteringer* og en innsats for å vri mer av ressursbruken over mot terapi, konsultasjon og veiledning. Dette kan skje i form av å styrke den ambulante virksomhet overfor kommunene, både overfor flyktningekonsulenter, helsesøstre, primærleger, psykiatriske sykepleiere og annet relevant personell.

En styrking av den utadrettede virksomhet overfor 1.- og 2.-linjen vil måtte medføre en nedtrapping av andre aktiviteter. Vi anbefaler her *mindre tid på undervisning overfor universitet og høyskoler, og noe mindre tid på egenutvikling*.

Et motargument mot mer innsats i direkte pasientrettet arbeid har vært at mange flyktninger har alvorlige opplevelser fra organisert vold og posttraumatiske lidelser, som gjør at behandling er ekstra belastende for terapeutene. I tillegg til dette kommer de språklige og kulturelle utfordringene i terapien. Vi ser disse poengene, men vil likevel fremheve at forutsetningen for å få et godt tilbud – også på veiledningssiden – er at det direkte kliniske arbeidet stort sett holdes på det nivået som er angitt i Helsetilsynets normer for tidsbruken.

For å sikre at brukerrettet arbeid får en tilstrekkelig stor del av teamets ressurser, kan teamene ta i bruk normer for tidsbruk til egenadministrasjon, egenutvikling og brukerrettet innsats. Slike normer kan blant annet utledes fra Statskonsults veiledning på dette feltet og fra de mange tidsregistreringer som har vært gjort innen andre deler av helse- og sosialtjenesten.

8.7.2 Ingen ansvarsovertagelse

Premissene for etablering av teamene og Psykososialt senter tyder på at verken teamene eller senteret er ment å skulle overta noe av den ordinære 1.-linjen og 2.-linjens ansvar. Dette kan tilsi at teamene i fremtiden ikke påtar seg utrednings- og terapioppgaver ut over hva som er det nødvendige minimum for at de skal kunne fylle sin rolle som konsulent og veileder. Teamene bør derfor avgrense seg mot endel av de forventninger som rettes mot dem vedr klinisk arbeid. Dette kan bli gjennomført ved at man primært tar kliniske oppgaver som har nær tilknytning til de felt teamet skal konsentrere sin kompetanseoppbygging og veiledning til.

8.7.3 Terapiutvikling og forskning

Evalueringen av Psykososialt senter peker på «de omfattende ressurs- og prioriterings hensyn som gjør seg gjeldende med traumatiserte flyktingers nesten ubegrensede behov for terapeutisk hjelp».

Med den avstand mellom forventning og mulighet som teamene ventelig vil måtte leve med, er det viktig å prioritere arbeid som kan øke muligheten for effektiv bruk av ulike former for korttidsterapi eller andre alternativer til dagens terapitilbud. En satsning i denne retningen vil sannsynligvis kreve et forsknings- og utviklingssamarbeid mellom de regionale teamene og Psykososialt senter.

På bakgrunn av behovet for metodeutvikling og mer effektive hjelpeformer, synes det rimelig at de psykososiale teamene i noen grad blir involvert i forskning som berører utvikling og evaluering av ulike terapiformer.

8.8 Omprioriteringer som bør overveies nærmere

8.8.1 Organisering og innhold i egenutvikling

Vi tror det blir for kostbart dersom alle teamene skal avsette mye tid til egenutvikling gjennom individuell kontakt med et internasjonalt nettverk og gjennom i stor grad selv å definere og organisere sin kompetanseutvikling. En løsning kan være å la *Psykososialt senter i Oslo få en større rolle vedr fagutvikling og kompetanseoverføring overfor de regionale teamene.*

8.8.2 Psykiatrisk eller psykososialt hjelpetilbud?

I dokumentene om etableringen av Psykososialt team i Oslo og dets videreutvikling til Psykososialt senter, betones et «psykososialt tilbud» også som arbeid med lettere lidelser og en rekke medisinske, sosiale, utdanningsmessige og yrkesmessige forhold. «Psykososiale tjenester» skal med andre ord dreie seg om atskillig mer enn psykoterapi. Likevel synes teamene, særlig i region III og region IV, å ha lagt hovedvekten på terapi. I den videre og nødvendige debatt om hvordan teamene skal prioritere sine knappe ressurser er det viktig å vurdere vektleggingen mellom «psykodelen» og «sosialdelen».

Avveiningen mellom de to delene av teamenes mandat berører prioriteringen mellom 1.- og 2.-linjetjenesten. Arbeidet overfor 2.-linjetjenesten vil i minst grad berøre de sosiale aspektene ved flyktningsenes situasjon. Statens helsetilsyn har stort sett anbefalt en prioritering av 2.-linjetjenesten. Denne anbefalingen har vært begrunnet med

- 2.-linjens forpliktelse til å veilede de kommunale tjenestene, og
- at man vanligvis arbeider ut fra en oppfatning av at ny kunnskap skal «risle» fra 3.-linjetjenesten til de fylkeskommunale spesialisthelsetjenestene og videre til 1.-linjen.

Vårt inntrykk er at det så langt har vært vanskelig å få til en slik rolle for 2.-linjetjenesten, og vi tviler på at denne sektoren vil komme til å ta en slik rolle. Vi mener dessuten det er viktig å prøve å komme tidligere inn overfor flyktningers psykososiale problemer og å unngå at problemer

sykeliggjøres. Disse momentene gjør oss skeptiske til at teamene skal ha en hovedregel om å prioritere 2.-linjen framfor 1.-linjen.

8.8.3 Veiledning og konsultasjon, eller kurs?

Veiledning og konsultasjon knyttet til klientsaker er ofte en mer effektiv læreform en kurs, særlig dersom veiledningen er regelmessig. Materiale som foreleses på kurs kan dessuten i noen grad tilegnes gjennom selvstudium. Kurs og forelesninger som ikke dreier seg om hva som er mest sentralt i en utdannings- eller arbeidssituasjon, har erfaringsmessig ofte liten effekt på lengre sikt. Samtidig kan kurs være et effektivt virkemiddel for å knytte kontakt mellom 1.- og 2.-linjetjenesten og for å komme i gang med det psykososiale arbeidet og en tilhørende regelmessig veiledning. På denne bakgrunn kan det være rimelig å gi høyere prioritet til en regelmessig og kontinuerlig veiledning og konsultasjon på bekostning av kurs og forelesninger som ikke har de her skisserte relasjons- og arbeidsutviklende effekter.

Det er muligens i noen tilfelle mer rasjonelt at en landsdekkende enhet som Psykosialt senter utvikler og/eller arrangerer kurs som kan brukes i alle regionene og på tvers av regionsgrensene, enn at hvert team skal utvikle og arrangere sine kurstilbud. Prioriteringen mellom veiledning og kurs kan for øvrig ses i sammenheng med to av konklusjonene i evalueringen av Psykososialt senter i Oslo:

«Senterets undervisnings- og veiledningsvirksomhet må primært rettes mot annenlinjetjenesten».

«Evalueringsgruppen vurderer senterets undervisningstilbud som en svært viktig del av virksomheten. Det har ikke vært mulig for gruppen å gi noen faglig evaluering av tilbudet, men kontakt med brukerne av senterets undervisningstjenester har likevel gitt et bilde av denne siden av virksomheten. Det er tilfredshet med det tilbud som senteret gir. Det blir imidlertid også klart at behovet er enda mye større enn det senteret kan dekke. Dette er et punkt som bør tas alvorlig ved videreføringen av senteret. Senteret yter i dag sitt maksimale på dette området, og det må diskuteres hvordan undervisningsvirksomheten kan intensiveres uten at dette går ut over senterets andre aktiviteter».

Det kan være naturlig å drøfte om Psykososialt senter skal gis et økt ansvar for kursing av 2.-linjen, slik at teamene mer kan konsentrere seg om 1.-linjen og veiledning og konsultasjon til denne.