



Siv Øverås og Åsmund Arup Seip

Rigid og fleksibel

En analyse av Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Telemark sentralsjukehus

Siv Øverås og Åsmund Arup Seip

Rigid og fleksibel

En analyse av Barne- og ungdomspsykiatrisk
avdeling ved Telemark sentralsjukehus

© Forskningsstiftelsen Fafo 1998
ISBN 82-7422-216-4

Omslag: Jon S. Lahlum
Trykk: Falch Hurtigtrykk

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
1 Innledning	23
1.1 Bakgrunn	23
1.2 Problemstilling	23
1.3 Perspektiver	24
1.4 Rapportens oppbygging	25
1.5 Metode	26
2 Barne- og ungdomspsykiatriens institusjonelle rammer	27
2.1 Barn og unge med psykiske lidelser	27
2.2 Psykisk helsevern for barn og unge	28
2.3 Fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester	32
2.4 Kommunale helse- og omsorgstjenester	33
2.5 BUPAs plass i psykiatrien i Telemark	37
2.6 Sammendrag	39
3 Organisasjon og avdelingsledelse	41
3.1 BUPAs mål og organisering	41
3.2 Ledelse og administrasjon	44
3.3 Trekk ved organisasjonsstrukturen som BUPA inngår i	45
3.4 Oppsummering	52
4 Pasienter og behandlingstilbud ved BUPA	55
4.1 Pasientgrupper ved BUPA	55
4.2 Inntak: henvisning, vurdering, fordeling	58
4.3 Faglig kompetanse og behandling	66
4.4 Oppsummering	80

5 Ledelse og drift av BUPA	81
5.1 Organisering av intern ledelse	81
5.2 Informasjon	84
5.3 Ressursutnyttelse	87
5.4 Rutiner for internkontroll, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling	91
5.5 Oppsummering	94
 6 BUPA og administrative myndigheter	 95
6.1 BUPA og fylkesadministrasjonen	96
6.2 Forholdet til ledelsen ved sentralsjukehuset	99
6.3 Sektorledelsen og BUPA	101
6.4 Statlig tilsyn med psykiatrien i Telemark	103
6.5 Oppsummering	104
 7 BUPA og andre faglige aktører	 107
7.1 Voksenpsykiatrisk avdeling og BUPA	108
7.2 Andre fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester	110
7.3 Fylkesbarnevernet generelt og Klokkehuset spesielt	115
7.4 BUPA og førstelinjetjenestene	119
7.5 Oppsummering	127
 8 Oppsummering og analyse	 129
8.1 Kompleks organisasjon og manglende ledelse	130
8.2 Pasienter og behandlingstilbud	132
8.3 BUPA som del av et faglige nettverk og tjenestetilbud?	135
8.4 Alternative forslag til videreføring	137
 Referanser	 143

Forord

«Rigid og fleksibel» er en tittel som noen lesere sikkert vil oppfatte som litt frekk. Vi har brukt kjente begrep i psykiatrien og psykologien for å beskrive et av deres egne tiltak. Barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark har klare begrensninger for sin virksomhet; ressurstilgangen setter klare grenser for hva som kan gjøres, det er skarpe skiller mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, det er et høyst mangelfullt samarbeid mellom barne og ungdomspsykiatrien og kommunene i fylket og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) er underlagt styring og ledelse fra mange andre instanser. Disse rammene er dels lagt av andre, dels har BUPA skapt dem selv. Rammene setter etter vårt skjønn grenser for hva BUPA gjør og ikke gjør, og for hva slags samarbeid BUPA har med andre. På den måten er barne- og ungdomspsykiatrien *rigid*; den har et trangt handlingsrom.

Innenfor disse trange rammene er barne og ungdomspsykiatrien preget av et uklart begrepsapparat. Den faglige terminologien er utydelig, og det forklarer nok hvorfor vi finner en viss uvilje mot å bruke den for eksempel til diagnoser i barne- og ungdomspsykiatrien. Når de fenomenene man arbeider med er uklart definert blir det heller ikke lett å sette klare mål for virksomheten. Når man ikke har klare mål blir det vanskelig å fordele oppgaver, myndighet, ansvar og ressurser i virksomheten. Dermed blir det heller ikke spesielt lett å definere hvem som tilhører målgruppene. Følgen er en viss vilkårlighet i fordelingen av virksomhetens tjenester. De som arbeider i virksomheten styres av disse forholdene, og de får en forholdsvis stor handlefrihet. Arbeidet som utføres innenfor barne- og ungdomspsykiatriens rammer preges med andre ord av *fleksibilitet*; stor grad av tilpasning til de oppgavene som til enhver tid foreligger. I et trangt handlingsrom er handlefriheten stor. Barne- og ungdomspsykiatrien er både rigid og fleksibel.

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Fylkeshelsesjefen i Telemark. Prosjektet har hatt en styringsgruppe bestående av Fylkeshelsesjef Bjørn Halmrast, Eirik Andersen fra Fylkeshelsesjefens kontor og Karl Johan Heide fra Personaletaten i Telemark Fylkeskommune. Styringsgruppa ga oss stor handlefrihet ut fra et klart uttrykt ønske om å få fram en organisasjonsanalyse av Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Telemark Sentralsykehus som i størst mulig grad beskrev den faktiske situasjonen på godt og vondt. Vi takker for et spennende oppdrag med god støtte i gjennomføringen.

Fylkeshelsesjefen oppnevnte en referansegruppe for prosjektet bestående av Fylkeslegen i Telemark Arne Birger Knappskog, Eirik Andersen fra Fylkeshelsesjefens kontor, sektoroversykepleier Eilif Vesterhus (Telemark sentralsjukehus), konstituert leder Karl Peter Ørvik (BUPA), sosialkonsulent Wenche Grinderud (BUPA), sjefspyskolog Tove Bråthen (BUP Notodden), Svein Arne Rossland (Klokkehuset ungdomssenter), sosialsjef Johan Martinussen (Skien kommune) og konstituert leder Per Erland Eide (BUPA). Ny leder ved BUPA, Øystein Blaker, har deltatt i det siste møtet i referansegruppa. Referansegruppa har støttet prosjektarbeidet på mange måter. Vi takker spesielt for mange gode diskusjoner og faglige innspill som har hjulpet oss fram til denne rapporten.

I Fao har vi vært et team. Åsmund A. Seip og Siv Øverås har gjennomført forskningsarbeidet og forfattet rapporten. Heidi Gautun har bidratt med faglig veiledning og kvalitetssikring av prosjektet, samtidig som hun har representert en kontinuitet fra vårt forrige oppdrag for Fylkeshelsesjefen i Telemark, evalueringen av Klokkehuset. Undertegnede har vært prosjektleder.

Også kollega Marit Egge fortjener takk for engasjerende diskusjoner og kommentarer til manuskriptet. Ellers takker vi Jon S. Lahlum i Fafos publikasjonsavdeling for rask ferdigstilling.

Det å arbeide med spørsmål knyttet til barne- og ungdomspsykiatri er ikke lett. Det er mange aktører i systemet. Denne rapporten er i all hovedsak en systematisert gjengivelse av de ulike aktørenes egne beskrivelser. Våre analyser og vurderinger er hovedsakelig samlet i det siste kapittelet.

Oslo 29.03.98

Eivind Falkum
Forskningskoordinator

Sammendrag

Denne rapporten er en organisasjonsanalyse av barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Telemark sentralsykehus. Rapporten beskriver sentrale beslutningsprosesser i forbindelse med pasientgjennomstrømning og utforming av konkrete behandlingstiltak ved avdelingen, samt beslutningsprosesser knyttet til administrasjon og fordeling av arbeidsoppgaver, ressurser og informasjon i avdelingen, samt beslutningsprosesser i forbindelse med kompetanse og personalutvikling.

Prosjektet har kartlagt trekk ved beslutningssystemer som fremmer eller hemmer effektiviteten og produktiviteten i avdelingen. Dette er prosesser som ikke ene og alene styres av avdelingen, men også delvis vil være påvirket av eksterne rammebetingelser representert ved fylkesadministrasjon og politisk ledelse, sjukehusledelse og administrasjon, samt faglige samarbeidspartnere som voksenpsykiatri, barnevern, allmennleger, skolehelsetjeneste, og PP-tjeneste.

Gjennom intervjuer med de ansatte ved avdelingen og eksterne samarbeidspartnere, retter rapporten søkelyset mot de rutiner og strukturer som finnes i avdelingen, på de oppgaver avdelingen utfører, og vi spør om det er samsvar mellom målsettinger og rutiner. Videre om det er interne forhold ved avdelingen som eventuelt vanskeliggjør en effektiv bruk av ressursene. Deretter rettes søkelyset mot eksterne aktører og deres vurderinger av behandlingstilbudet ved og samarbeidet med BUPA. Fungerer den faktiske arbeidsdelingen etter intensjonene, eller domineres samarbeidet av konflikter og uklare oppgave- og ansvarsforhold?

BUPAs plass i psykiatrien i Telemark

Kapittel 2 ser på organiseringen av tjenestetilbudene for barn og unge med psykiske problemer, og sammenligner situasjonen på landsbasis med tilstanden i Telemark. I Lov om psykisk helsevern fra 1961 er fylkeskommunene pålagt å gi barn og unge et tilbud innen psykisk helsevern, og de psykiatriske spesialisttjenestene i hvert enkelt fylke forutsettes å fungere som en sammenhengende behandlingsskjede, noe som innebærer at fylkeskommunene må ha et bredt og differensiert tilbud av tjenester tilpasset de ulike pasientgruppers behov, og at fylkeskommunale instanser har et aktivt og nært samarbeid med de kommunale instanser.

Vi vet svært lite om behovet for barne- og ungdomspsykiatriske tjenester i befolkningen, og det er store variasjoner fra fylke til fylke og fra kommune til kommune i bruk av slike tjenester, og i hvilket behandlings- og omsorgstilbud som finnes. Teoretisk sett kan dette forklares med trekk ved befolkningen, trekk ved forvaltningen eller trekk ved samhandlingen mellom befolkning og forvaltning. St.meld. nr. 25 (1996–97) anslår utbredelsen av psykiske lidelser hos barn og unge til 20 prosent av befolkningen i aldersgruppen 0–18 år. Når det gjelder barn og unge med så store lidelser at de trenger behandling av spesialisthelsetjenesten er det, i følge den samme stortingsmeldingen, stor grad av enighet mellom forskere og klinikere om at omfanget ligger på rundt 5 prosent av barnebefolkningen. Dagens behandlingstilbud på landsbasis ligger på om lag 2 prosent av denne populasjonen, det vil si at to av fem behandlingstrengende barn får et tilbud.

Verken fylkesadministrasjonen i Telemark, barne- og ungdomspsykiatrien eller kommunale instanser har gjennomført noen brukerundersøkelse eller fastsatt noen måltall for egen virksomhet. Når det mangler klare oppfatninger av behov, blir det vanskelig å fastsette målsettinger for virksomhet og tiltak. Disse uklarhetene legger veien åpen for vilkårlighet og tilfældigheter både i styringen og dimensjoneringen av tiltakene, og i valg av tiltak overfor den enkelte bruker.

Som vist i kapittel to, er psykiatritilbudet i Telemark lavt sammenlignet med landet for øvrig. Barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark disponerer totalt tre poliklinikker samt en familieklinikk med plass til to familier. I tillegg kan ungdommer med psykiske lidelser legges inn ved Klokkehuset, som har en barnevernsinstitusjon med samarbeidsavtale med BUPA. Fylket disponerer ingen barne- og ungdomspsykiatrisk behandlingsinstitusjon med døgntilbud verken for barn eller unge. Voksenpsykiatrisk avdeling fungerer delvis som akutttilbud for ungdommer. Med dette ligger Telemark dårlig an med hensyn til bredden i behandlingstilbudet, mens de ligger bedre an med behandlingsskapasitet i dag enn i 1995.

Som vi har vist er det juridiske rammeverket, og prinsippene som styrer barne- og ungdomspsykiatrien svært forskjellig fra det som styrer deres samarbeidspartnere. Barnevernet er rettighetsstyrt, mens kommunehelsetjenesten og psykiatrien styres av en plikt som er pålagt henholdsvis kommune og fylkeskommune. Ikke minst mellom barnevern og barne og ungdomspsykiatri har tidligere studier vist at dette leder til uklarheter og ulike fortolkninger av for eksempel behandlingssbegrepets innhold.

Ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging er tillagt den kommunale helse- og sosialtjenesten. Dette gjelder uansett type lidelse. Selv om det fortsatt vil være fylkene som har ansvaret for å tilrettelegge den behandlingen som skal gis på spesialistnivå, er det etter vår vurdering et klart behov for å styrke kompetansen på kommunenivå.

Organisasjon og avdelingsledelse

I kapittel 3 ser vi på deler av BUPAs organisasjonsstruktur. Vi ser på den interne organiseringen av tjenestetilbudet, på sentrale trekk ved ledelsen av avdelingen, og trekk ved den organisasjonsstrukturen som BUPA inngår i ved Telemark sentralsjukehus (TSS).

De ulike problemene knyttet til lederstillingen og sektororganiseringen viser at arbeidsgiver ikke har klart å skape en integrert ledelse innenfor det psykiatriske tilbudet ved sjukehuset. Ledelsen ved BUPA har ikke følt seg ivaretatt og støttet, og har dermed ikke fungert som representant for sjukehusets ledelse overfor avdelingen. I stedet har avdelingsledelsen fått en stilling som de ansattes talsmann overfor sektor- og sjukehusledelsen. Et slikt motsetningsforhold er ikke heldig dersom avdelingsledelsen skal kunne fungere som en overordnet kraft i avdelingen og skjøtte sitt ansvar for å utvikle strategier og langsiktig planlegging av drift ved avdelingen.

Vi har pekt på fire problematiske trekk ved den organisasjonsstrukturen BUPA har vært en del av.

- Tre ulike administrative linjer har gjort det vanskelig å føre en langsiktig personalpolitikk og har ført til at ledelsen ved BUPA ikke har hatt instruksjonsmyndighet overfor kontorpersonalet som skal virke ved avdelingen.
- Vanskelighetene med å få besatt lederstillingen ved BUPA skyldes dels generell mangel på fagfolk, men kan også ha noe av sin bakgrunn i at avdelingen og sjukehuset i perioder har hatt et «dårlig rykte».
- Det har vært problemer knyttet til konstitueringen av psykologspesialist i lederstillingen, som dels skyldes lønns- og avtalemessige forhold som personalavdelingen har hatt ansvar for, dels er skapt ved at BUPA er definert som en sengeavdeling og at dette aktualiserte problemer knyttet til spørsmål om den faglige ledelsen av avdelingen.
- Det har vært konflikter knyttet til organiseringen av psykiatrisk sektor som har gjort at ledelsen ved BUPA ikke har følt at avdelingens interesser har vært tilstrekkelig ivaretatt.

Pasienter og behandlingstilbud ved BUPA

I kapittel 4 ser vi på hvilke pasientgrupper som får et tilbud ved BUPA, og på hvordan henvisning, inntak og fordeling av saker foregår ved avdelingen. Gjennom å se på hvilken kompetanse BUPA har, hvordan denne utnyttes, og hvilken funksjons- og arbeidsdeling som er etablert ved avdelingen, gis et bilde av sentrale organisasjonsprosesser og hva som skjer når en pasient blir henvist til BUPA, og hvordan avdelingen er organisert for best mulig å utnytte avdelingens kompetanse i behandlingen av pasientsakene.

BUPA betjener et bredt spekter av pasientgrupper. Fordelingen av pasienter etter henvisningsgrunn avviker ikke vesentlig fra landsgjennomsnittet. Vi kan registrere en tilbakeholdenhet med diagnostisering som også er vanlig for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker generelt. Pasientene ved BUPA fordeles til team og behandler etter henvisningsgrunn. Vi har påpekt at vurderingen av pasientens behandlingsbehov i større grad bør formaliseres, og at kriteriene for valg av behandlingsmåte og behandler bør gjøres klarere.

Kompetansen ved BUPA er bredt sammensatt. Den er imidlertid preget av at svært mange ansatte er nyutdannet og er under videreutdanning. TSS og BUPA har sørget for at de ansatte har et meget godt videreutdanningstilbud. Sykehuset og avdelingen har imidlertid også ansvar for at arbeidsforholdene blir lagt til rette på en slik måte at de ansatte ønsker å bli ved avdelingen også etter at videreutdanningen er avsluttet.

De ansatte mener inndelingen av avdelingen i team er hensiktsmessig, og at teaminndelingen skaper en fornuftig funksjonsdeling og gode arbeidsenheter ved avdelingen. Samarbeidet mellom teamene er imidlertid for dårlig. Noe av årsaken til dette er problemene som skapes fordi avdelingen er lokalisert to ulike steder. BUPA bør jobbe videre med organiseringen av avdelingen slik at bedre integrasjon sikrer at avdelingens kompetanse blir best mulig utnyttet. Dette er særlig viktig der sammensetningen av teamene gjør at kompetansen er ulikt fordelt.

Samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene ved BUPA er preget av uklare kompetanseskiller og tilbakeholdenhet i organisasjonen med å drøfte og klargjøre den enkelte arbeidstakers kompetansefortrinn. De ansatte opplever at det ofte har vært tilfeldigheter som har avgjort hvilken behandler pasienten har fått. Avdelingen bør sørge for større klarhet i hvilken kompetanse den enkelte behandler har, hvordan vedkommende ønsker å jobbe, og at det i saker hvor det er mulig og ønskelig, blir etablert et reelt teamsamarbeid mellom behandlere med ulik kompetanse.

Ledelse og drift av BUPA

I kapittel 5 har vi sett på hvordan den interne ledelsen ved avdelingen er organisert, hvordan forhold knyttet til informasjons- og kommunikasjonslinjer fungerer, og hvordan organiseringen og utnyttelsen av ressurser virker fremmende eller hemmende for driften av avdelingen. Vi skal også se litt på i hvilken grad kvalitetssikring og kontroll av driften blir ivarettatt ved BUPA.

Ledelsen ved BUPA er preget av mangel på planlegging og utvikling av mål for virksomheten. Ledelsen er uformell og preget av lite styring. Driften av avdelingen må imidlertid ses i lys av de vanskelige forhold ledelsen har hatt de senere årene. Det har vært konflikter knyttet til sektororganiseringen, avdelingen har i flere år vært uten fast ansatt leder og har dermed måttet fungere med en konstituert ledelse. Mangelen på fagfolk har skapt store problemer for avdelingen. Stor gjennomtrekk av enkelte yrkesgrupper har også gjort driften vanskelig.

Vi har i denne undersøkelsen trukket fram flere forhold som er av betydning for ledelsen og driften av BUPA.

- Ansatte savner faglig og personlig oppfølging fra ledelsen side. Mangel på slik oppfølging har gjort at det har vært lite kontroll med bruken av avdelingens faglige ressurser.
- Avdelingen har et godt videreutdanningstilbud og har lagt opp en strategi for å sikre seg kompetanse gjennom å videreutdanne personalet.
- Ledelsen har maktet å dempe interne konflikter ved avdelingen gjennom å opprette et lederteam. Det er opprettet en funksjonell teaminndeling som de ansatte synes tilfreds med.
- Avdelingen er preget av dårlig intern informasjon. Dels skyldes dette at informasjonskanaler ikke fungerer tilfredsstillende, dels skyldes det at avdelingen mangler synlige overordnede rammer for driften som kan gi den eksisterende informasjonen mening for de ansatte.
- Den delte lokaliseringen hemmer effektiv drift og svekker mulighetene for faglig integrasjon ved avdelingen.
- Det er lite formalisert kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling ved avdelingen, men arbeid med kvalitetsutvikling har foregått som en del av arbeidet i psykiatrisk sektor.

Det er en utbredt prinsipiell enighet om at samarbeidet mellom ulike instanser i helse og sosialvesenet generelt må bedres (St.meld. nr. 25, 1996–97). Dette gjelder ikke minst samarbeidet mellom instanser og tiltak utenfor institusjon. Idealet om

en sammenhengende behandlingskjede der enhver klient blir tatt hånd om på rett nivå, forutsetter mye kontakt og en klar arbeidsdeling mellom ulike instanser (St.meld. nr. 25, 1996–97).

BUPA og administrative myndigheter

Kapittel 6 setter søkelyset på kommunikasjons- og samarbeidsrelasjonene mellom BUPA og eksterne administrative og organisatoriske aktører, og på hvordan disse innvirker på avdelingens virksomhet. Vi har kartlagt erfaringer og fakta gjennom samtaleintervjuer med representanter for de viktigste samarbeidspartnerne, samt ved gjennomgang av en del sentrale plandokumenter. Her gis en kort oppsummering av de synspunkter som ble formidlet. Spesielt er aspekter ved fordeling av ansvar og myndighet sentralt, og hva som fungerer eller ikke fungerer i samarbeidet mellom instansene.

- I følge våre informantintervjuer med eksterne samarbeidspartnere og ansatte ved BUPA, har fylkespolitikkerne stukket hodet i sanden i mange år, og ikke tatt aktivt ansvar for å allokere midler til og bygge ut fylkets tilbud til barn og unge med psykiske problemer og lidelser.
- I informantintervjuer ble det uttrykt synspunkter om at fylkesadministrasjonen til en viss grad har grad vært preget av manglende evne og vilje til å prioritere barne- og ungdomspsykiatrien. Fylkesadministrasjonen har etter manges mening satset alt på en ensidige opprusting av barnevernet som fagområde.
- Flere informanter mente at både fylkeshelsesjefens og sjukehusdirektørens psykiatriske faggrupper har vært skjevt sammensatt, hvor barne- og ungdomspsykiatrien og BUPAs interesser i lang tid systematisk har vært i mindretall. Dette kan være en viktig grunn til at barne- og ungdomspsykiatriens interesser og behov til tider har vært usynlige.
- I følge våre informanter, har sjukehusets egen ledelse, representert ved administrasjons- og personalavdeling, vært for rigide i sin håndtering av rekrutteringsproblematikken til BUPA, ved at de har praktisert en lite fleksibel fortolkning av formalitetene rundt ansettelse og lønns plassering av ledere på BUPA. På denne måten har sjukehusets egen ledelse bidratt til en fastfrysing i stedet for fleksibilitet i løsningen av et prekært ledelsesproblem ved en av sjukehusets medisinske avdelinger.

- Informanter både i og utenfor BUPA viste til at forholdet mellom sektorledelse og BUPA til tider har vært preget av sterke personkonflikter, og fastlåste forestillinger om hverandres kompetanse og mangel på sådan. Dette har gjort at BUPAs plass i organisasjonen har vært utydelig, og forholdet mellom avdelingen og resten av sjukehuset av mangel på tillit. Til tider har dette tappet BUPA og ikke minst BUPAs ledere for krefter og ressurser.
- I følge informanter har fylkeslegens kontor i for liten grad profilert psykiatriens behov overfor sjukehusets ledelse og fylkeshelsesjef. Fylkeslegen kunne etter fleres mening brukt sine fullmakter som tilsynsorgan og grepet konkret inn i situasjonen ved å påpeke fylkets underdekking av psykiatriske helsetjenester. Barne- og ungdomspsykiatrien i fylket er på et ressursmessig lavmål, mangelen på fagfolk har til tider vært stor, og fylkeslegens ansvar har formelt sett vært klart, men reelt sett ikke iverksatt, i følge våre informanter.
- I henhold til samarbeidspartnere har BUPA vist klare tendenser til å lukke seg, og ikke aktivt jobbe for og med å etablere gode samarbeidsrelasjoner og nettverk. I følge informanter har BUPA til tider nesten sluttet å kommunisere med sine faglige omgivelser (møter ikke til fellesmøter, inviterer ikke Klokkehuset til seminar), de har ofte reist fanene fort og ofte, og understreket hvor annerledes de er
- Etter manges mening har BUPA på denne måten kommet i konflikt med sine faglige omgivelser, og dermed delvis forhindret dialog med eget fagmiljø og potensielle samarbeidspartnere. Administrative og organisatoriske samarbeidspartnere har opplevd dette som lite strategisk.

BUPA og andre faglige aktører

BUPA samarbeider med faginstanser både innenfor og utenfor egen institusjon. Sammen med det somatiske helsevesen (skolehelsetjeneste, allmennleger, barneavdelingen ved TSS med flere) er skole og førskole (inkludert PP-kontor) og foreldre og foresatte BUPAs viktigste henvisningsinstanser. Også sosialvesen (barnevern) er viktige samarbeidspartnere ved at barnevern og BUPA ofte deler klienter, og derfor må samarbeide om tilrettelegging av tiltak for dobbeltklientene.

Både i litteraturen og blant våre informanter eksisterer det eksplisitte oppfatninger og myter om barne- og ungdomspsykiatrien generelt og BUPA spesielt. BUPA er av barnevernet anklaget for å være eksklusiv, tilbaketrukket og virkelighetsfjern, av voksenpsykiatrien for å være uklare og lite villige til å bruke diagnoser

og aksepterte psykiatriske behandlingsmetoder, mens primærhelsetjenesten synes BUPA er vanskelig å forholde seg til fordi den fortøner seg både uforutsigbare og vanskelig tilgjengelig (Ustvedt Christiansen (red) 1993, Harsheim m.fl. 1995, Fransson 1997.) Vi har sett på trekk ved det faglige samarbeidet, og om dette preges av gode rutiner og etablerte nettverk, eller om samarbeidet først og fremst er saksorientert og relasjonene mer eller mindre tilfeldig. Hva er det som hemmer og fremmer samarbeidsrelasjoner og institusjonelt samarbeid mellom BUPA og andre fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester, og deres samarbeid med førstelinjetjenestene i kommunene? Hva skal det samarbeides om, og hvilke barrierer utgjør tradisjoner og faglige myter som produseres om hverandres evner og kompetanse? Hva er det i de ulike relasjonene, og BUPAs håndtering av situasjonen, som etter samarbeidspartners mening hemmer eller fremmer en effektiv og god aktivitet i avdelingen, og som dermed hemmer eller fremmer et godt behandlingstilbud for klientene?

BUPA har mange interne problemer som må løses dersom de skal klare å rekruttere gode ledere, og dersom de ønsker å beholde unge og nytilsatte ved avdelingen etter at de er ferdige med sin spesialistutdanning. Det er behov for å begrunne rutiner og arbeidsdeling i forbindelse med fordeling av saker, ikke som nå at den som har tid tar saken. Uklarhetene fører til at de ansatte blir usikre på seg selv og på BUPA. Avdelingen bruker svært ulike tilnærminger til barns problemer; både familietilnærming og individuell behandling, og avdelingen er sterkt påvirket av Nic Waals ideologi som går ut på at alle kan gjøre det samme uansett faglig bakgrunn. De ansatte kan få følelsen av at deres bakgrunn ikke spiller noen rolle for den jobben de gjør, noe som er svært negativt og gir lav faglig selvtilitt. Faglig mangfold blir oppfattet som positivt av flere, men de ansatte etterlyser også begrunnelser for hvorfor en type terapi foretrekkes framfor en annen. Det er viktig å ha faglige begrunnelser for at man velger det ene og ikke det andre.

På denne måten blir de ansatte utydelige for seg selv, og feltet utydelig for omverden. Det er en utfordring for BUPA å tydeliggjøre hvem som skal gjøre hva, noe som etter fleres mening er et typisk lederansvar.

Ansatte etterlyser også evalueringer av avdelingens behandlingsopplegg. Å evaluere er viktig for å kunne vite om den behandling som ble gitt var vellykket, og svare på hvorfor det eventuelt ikke lyktes.

Noen av de ansatte ved BUPA hevder at det ikke er noe miljø for barneterapi (individuell samtale pluss leketerapi) ved BUPA. Familierapi gis på familiens premisser, noe som fort kan bli uheldig for det barnet som har problemer. Dette er en begrensning som etter noen av de ansattes mening burde vært mer diskutert blant de ansatte. Det er sterke ønsker i staben om å kunne utvikle og tilby pasientene alternative typer behandling, men dette er ikke akseptert av ledende personer ved avdelingen. Ulike preferanser og faglige uenigheter grupper i mellom blir derfor underkommunisert. Dette er etter vår vurdering en medvirkende årsak til at

avdelingen i dag gir det behandlingstilbud som alle ansatte kan utføre, som et slags minste fellesnevner .

Intervjuene med de ansatte ved BUPA kan tyde på at det er viktig for BUPA å sette i gang prosesser i hvert team, og i avdelingen, hvor oppgaver og oppgavefordeling gjennomgås og tydeliggjøres. De forskjellige behandlingsmåtene bør også gjennomgås. Dette bør inngå i ledelsens langsiktige strategi. Ikke minst i forhold til framtidige stillingsannonser blir det viktig å signalisere hvem man er og hva man driver med, også for å rekruttere ledere.

Avdelingen bør også i følge informanter reetablere skillet mellom utredning og behandling. Før fikk man en henvisning, så utredet man og fant ut hva som kunne gjøres, og av hvem (BUPA, PPT eller andre), og så satte man i gang med behandling. I dag er det ikke forskjell på utredning og behandling. Man bare begynner å jobbe, uten å gjøre systematiske utredninger eller ha klare målsettinger for det man foretar seg. Svært ofte mangler for eksempel en diagnose.

Mellom BUPA og barnevern, PP-kontor og leger er det til dels store forskjeller i oppfatninger av hvilke kriterier som skal legges til grunn for valg av tiltak overfor den enkelte bruker, klient og pasient. Verken internt i de enkelte yrkesgruppene (for eksempel blant psykologer i BUPA-systemet), eller mellom institusjoner finnes en systematikk eller diskusjon av hvordan ulike kriterier for tiltak skal prioriteres. Det finnes ingen felles oppfatninger i BUPA av for eksempel inntakskriterier ved avdelingen.

Klokkehusrapporten pekte blant annet på en slik mangel på klarhet i begrepsinnhold og begrepsbruk, og at dette fører til uklare målformuleringer for virksomheten. Dette igjen får konsekvenser for organiseringen og styringen av tjenestene, og det gjør noe med BUPAs forhold til sine pasientgrupper.

Analyse

I kapittel 8 foretas en oppsummerende analyse og diskusjon av situasjonen ved BUPA og i barnavdelingens samarbeid med administrative og faglige instanser, med forslag til alternative løsninger på noen av de utfordringene avdelingen og barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark ser ut til å stå overfor.

Vår gjennomgang har vist at BUPA i dag er en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling som står på terskelen og viser evne og vilje, til en positiv utvikling. Det er imidlertid et stort forbedringspotensial både i forhold til ansvars- og myndighetsforhold internt ved avdelingen, mellom BUPA og administrative aktører og ikke minst i forhold til faglige samarbeidsinstanser på kommunalt nivå. Vår oppgave har vært å foreta en organisasjonsanalyse av BUPA og BUPAs samarbeid med andre faglige og administrative instanser. Konklusjonene er utvetydige, til tross for den positive viljen til endring:

- Fordelingen av ansvar og myndighet er uklar. Løsningen av styrings- og ledelsesproblemer har vært preget av faglige og administrative motsetninger og standpunkt langs de fleste linjer. Mer eller mindre krisepregede ad hoc-løsninger basert på de i øyeblikket rådende oppfatninger om hva som er bra, er etter vårt skjønn et hovedtrekk. BUPAs rolle i forhold til andre instanser er uklar. Dette forklares først og fremst med den faglige uenigheten om hva barne- og ungdomspsykiatrien skal være.
- Fordelingen av oppgaver internt i BUPA har fulgt faglige prioriteringer. Oppgavefordelingen styres til en viss grad også av samarbeidsrelasjonene til andre faglige instanser. Fordelingen av oppgaver mellom de ulike tiltakene i sektoren vil nødvendigvis preges av den uklare, og ikke minst skiftende fordeling av ansvar og myndighet. BUPAs manglende nettverk med første-linjen gjør oppgavefordelingen mellom første- og andrelinjen uklar.
- Fordelingen av ressurser er ikke like uklar. Problemet har vært knyttet til ledelse og arbeidsbetingelsene til ledelsen i BUPA. Kravet om medisinsk embetsutdanning for avdelingslederstillingen er blant annet brukt som argument for lavere lønns plassering av psykologer i ledende stilling ved avdelingen. De polikliniske og familierapeutiske satsingene ble prioritert framfor oppbygging av et psykiatrisk døgkontinuerlige tilbud. Ressurstildelingen til BUPA har dels vært styrt av økonomiske rammer i fylkeskommunen, dels av prioriteringer i helseadministrasjonen og ved TSS. Anvendelsen av ressurser i BUPA har vært styrt av faglige prioriteringer i avdelingen.
- Flyten av informasjon i BUPA og mellom BUPA og samarbeidspartene er preget av de uklare relasjonene. BUPA har et mangelfullt utviklet samarbeid med førstelinjen i fylket; skoleverk og kommunehelsetjeneste. Dette bidrar til vilkårlighet i kommunikasjonen med dette nivået, og uklarhet i forhold til hvem som bør få et behandlingstilbud og hvem BUPA ikke skal behandle.

Analysen av organiseringen av BUPA og avdelingens forhold til andre instanser viser mange likhetstrekk med konklusjonene i vår evaluering av Klokkehuset (Falkum m.fl. 1996). Det uklare faglige begrepsapparatet skaper uklarheter i mål og hensikt med virksomheten. Dette bidrar til uklarhet i fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver, ressurser, informasjon og til sist vilkårlighet i fordelingen av tjenestetilbudet til brukerne. Vi tror på ingen måte at dette er spesielt for Telemark. Tvert imot har vi inntrykk av at denne beskrivelsen like gjerne kunne gjelde barne- og ungdomspsykiatrien generelt i Norge. Denne antakelsen bygger på tilgjengelig dokumentasjon i form av fagrapporter og stortingsmeldinger og på intervju materialet i denne rapporten. Prosjektets referansegruppe har ved flere anledninger understreket at dette er allmenne problemer i feltet. Problemene blir etter vårt skjønn ikke mindre av den

grunn, snarere tvert imot. I det følgende antyder vi noen alternative løsninger med utgangspunkt i forskjellige perspektiver.

Alternativ 1: Psykiske lidelser i et livsløpsperspektiv

Som forskere er det blant annet vår oppgave å undre oss over det vi ser, beskriver og analyserer. En av våre undringer både i dette prosjektet og i Klokkehusprosjektet er hvorfor det er laget så sterke organisatoriske og administrative skiller mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Er dette skillet først og fremst etablert og vedlikeholdt på grunn av faglige motsetninger og ulike utdanningsgruppers interesse i å dominere fordelingen av ansvar, myndighet og ressurser? Faglige motsetninger preger både organiseringen av tjenestene og samarbeidet mellom tiltakene. Fører dette til at tjenestene fordeles urettferdig og ineffektivt? Det er vanskelig for utenforstående å se det formålstjenlige i at pasienter med psykiske lidelser skal behandles i ett system med helt spesifikke problemoppfatninger og behandlingsregimer fram til de fyller 17 – 18 år, for deretter å overføres til et helt annet system med helt andre problemoppfatninger og behandlingsregimer. Er denne aldersgrensen magisk? Er det slik at de psykiske lidelsene og atferdsproblemene endrer fullstendig karakter ved en gitt alder, og derfor krever helt andre behandlingsformer?

Det legges flere, og andre ressurser ned i voksenpsykiatrien enn i barne- og ungdomspsykiatrien, uten at det dermed er sagt at voksenpsykiatrien har tilfredsstillende kapasitet i forhold til behandlingsbehov. Blant mange andre ting fører ressursfattigdom til at mange barn og unge ikke får den behandling og oppfølging de har behov for. Det er en rimelig antakelse at psykiske problemer som ikke løses vil forsterkes. I et slikt perspektiv vil behandling av psykiske og sosiale problemer og atferdsforstyrrelser hos barn og unge kunne bidra til å redusere problemenes omfang og karakter i voksen alder. Barne- og ungdomspsykiatrien kan dermed sies å ha et forebyggingspotensiale for voksenpsykiatrien. Sjansene for å bryte en livslang karriere som psykiatrisk pasient vil vi anta er større i barne- og ungdomspsykiatrien enn i voksenpsykiatrien.

Vårt første forslag vil sikkert oppfattes som dramatisk i fagmiljøene. Det kan være gode grunner til å revurdere de organisatoriske og administrative skillene mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. I det følgende skal vi peke på noen forutsetninger for eventuelt å kunne oppheve dette skillet, og deretter peke på noen antatte konsekvenser av det.

Som forutsetninger vil vi stille opp

1. At politiske og helseadministrative myndigheter anlegger et helhetsspektiv på de psykiatriske tjenestene og fremmer mål og virkemidler som setter brukerinteressene i fokus uavhengig av alder

2. At faggruppene legger mer innsats i å oppnå samarbeid og gjensidig forståelse og respekt enn i å fremme særinteresser. Ut fra denne rapporten å dømme er dette ikke gjort i en håndvending. Det krever antakelig et politisk press på nasjonalt nivå.
3. At det utvikles klare og omforente mål for ulike brukergrupper i fagmiljøene. Disse målene skal både styre virksomhetene og brukes til å etterprøve produktiviteten og effektiviteten i dem.

Som mulige konsekvenser vil vi antyde

1. Bedre, mer tilgjengelige og mer effektive tjenester til alle brukergruppene ved hjelp av teamorganisering og samarbeid mellom og på tvers av alle faggruppene
2. Frigjøring av ressurser som i dag brukes på interne motsetninger til styrking av nettverket mot de kommunale tjenestene i førstelinjen, og dermed økt tilgjengelighet for brukere
3. Enklere og bedre planlegging, styring og administrasjon av de psykiatriske tjenestene
4. Økt produktivitet og effektivitet i psykiatrien
5. Større fleksibilitet i disponeringen av de totale faglige ressurser ut fra pasientenes behov

Alternativ 2: Nettverk og fleksibilitet i tjenestene

Vår andre undring i arbeidet med dette prosjektet er knyttet til samarbeidet mellom BUPA og andre faglige aktører. I vår rapport om Klokkehuset påpekte vi nettopp fraværet av samarbeid mellom barne og ungdomspsykiatrien og lokale krefter. Nå, to år etter den rapporten, er det vanskelig å finne nevneverdige endringer i dette samarbeidsmønsteret. Det ser fortsatt ut til å være tilfeldigheter som styrer inntaket av klienter/brukere/pasienter. Hvem som får tilbud om BUPAs tjenester vil avhenge av initiativ og handlekraft hos lokale aktører i skoleverk, barnevern, helsevesen, trygdeverk og sosialvesen. Om tilsvarende kan sies om voksenpsykiatrien har vi ikke det samme grunnlaget for å mene noe om. Vårt andre forslag handler om å etablere et fastere nettverk mellom BUPA og lokale tjenesteytere i kommunene for på den måten å oppnå mer fleksible samarbeidsformer.

Forutsetninger for dette er

1. Pasienter må sikres et tilfredsstillende behandlingstilbud, gjennom at lovverket forankrer ansvaret for disse klientene i en hjelpeinstans
2. Prioritering av ressurser til nettverksbygging i barne og ungdomspsykiatrien i form av faste møteplasser for BUPA og lokale aktører
3. Prioritering av barne og ungdomspsykiatri i kommunene
4. Politisk og administrativ støtte til et nettverksprogram mellom barne- og ungdomspsykiatrien og aktuelle aktører i kommunene

Som mulige konsekvenser vil vi peke på

1. Faglig veiledning og opprusting av kompetanse i barne og ungdomspsykiatriske problemstillinger hos lokale aktører
2. Bedre kontakt med, og større forståelse for lokale forholds betydning for den enkelte pasient hos BUPAs medarbeidere
3. Flere problemer kan oppdages tidlig og etter hvert kan kanskje en del av problemene i større grad løses lokalt
4. En tydeliggjøring av kommunenes ansvar i forhold til barne og ungdomspsykiatrien
5. Økt tilgjengelighet, mindre vilkårlighet og mer fleksibel bruk av de ulike tjenestetilbudene

Alternativ 3: Rigiditet og fleksibilitet

Vår tredje undring dreier seg om en åpenbar rigiditet, eller manglende fleksibilitet i fagmiljøet, og mellom de ulike instanser og tiltak. Så langt vi har kunnskap dreier mye av psykiatrien seg nettopp om å bryte opp rigiditet i form av fastlåste tanke-mønstre, følelsesmessige barrierer og tvangsforestillinger. Like fullt vil vi beskrive forholdet mellom de ulike aktørene som er knyttet til barne og ungdomspsykiatrien som preget av rigide forestillinger og samhandlingskriterier. Relasjonene mellom aktørene i dette systemet er etter vårt skjønn preget av revirmarkering, faglige barrierer og følelsesbaserte oppfatninger om hva som er rett og galt. Dette påvirker etter vårt skjønn både økonomiske, administrative og faglige prioriteringer i systemet. Vårt tredje forslag innebærer tiltak for å bryte ned rigiditeten i det psykiatriske tjenestetilbudet på faglig plan.

Forutsetningene for dette er blant annet

1. At fokus rettes mot pasientenes behandlingsbehov, og mot klargjøring av problemer det skal arbeides med, heller enn mot hva BUPA eventuelt måtte ønske å behandle. Dersom avdelingen mangler del- eller spisskompetanse må pasienter sendes videre
2. Politisk og administrativt press med klare etterprøvbare mål om å utvikle samarbeidet mellom de ulike aktørene på brukernes premisser
3. Vilje og evne til å erkjenne problemer, feil, mangler og muligheter i egen virksomhet
4. Vilje og evne til å erkjenne fortrinn og muligheter hos samarbeidsparter
5. At det spørres hva det er vi gjør i dag som vi uten videre kan slutte med, hva det er vi gjør i dag som med fordel kan gjøres av andre, hva vi ikke gjør i dag som vi bør begynne med og hva vi gjør i dag som vi bør gjøre mer av

Konsekvenser kan være

1. Økt forståelse og innsikt i egne faglige muligheter og begrensninger hos den enkelte behandler og behandlingsinstans
2. Bedre samspill mellom de ulike aktørene og utvidet samarbeid på tvers av faggrenser og etater
3. Mer treffsikre tjenester til den enkelte bruker av psykiatritilbudet
4. Økt behandlingskapasitet

Alternativ 4: Behandlings- og omsorgsbehov hos barn og unge med psykiske lidelser

En siste undring gjennom dette prosjektet går i retning av hvilke konsekvenser det at man har et fagmiljø som er i såpass store konflikter med seg selv har for klientene, pasientene og brukerne av disse tjenestene. Er det mulig for et fagmiljø med så store problemer å forholde seg entydig og effektivt til sine klienter? Hvilke konsekvenser har mangelen på målstyring og ledelse for BUPAs relasjon til sine pasientgrupper? Her viser vi til de oppsummerende analyser i kapittel 8.4. Helt til slutt vil vi understreke behovet for en kartlegging av det kommunale tilbudet til disse klientene, samt en kvalitets- og brukertilfredshetsundersøkelse av BUPAs og kommunenes behandlingstilbud.

De fire alternativene er ikke gjensidig utelukkende. De kan eksempelvis gjennomføres som et handlingsprogram som starter med alternativ 3, fortsetter med alternativ 2 og på lenger sikt ender opp i alternativ 1 og 4. De to midterste kan også gjennomføres parallelt. Vi har med vitende og vilje spissformulert dette siste avsnittet. Avslutningsvis foreslår vi at det gjennomføres en større konferanse om barne og ungdomspsykiatrien med deltakelse fra alle berørte parter i fylket. Siktemålet med konferansen bør være å starte debatten om framtidig organisering av tjenestene, med tanke på å utforme presise mål for et samarbeid mellom de ulike hjelpeinstansene i Telemark fylke.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Denne rapporten er en organisasjonsanalyse av barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Telemark sentralsykehus (BUPA). Rapporten kartlegger og beskriver sentrale beslutningsprosesser i forbindelse med pasientgjennomstrømning og utforming av konkrete behandlingstiltak, samt beslutningsprosesser knyttet til administrasjon av avdelingen, til fordeling av arbeidsoppgaver, ressurser og informasjon i avdelingen, og beslutningsprosesser i forbindelse med kompetanse og personalutvikling. I analysene inngår klassiske organisasjonsvariabler som ansvars og myndighetsforhold, informasjonsflyt til og fra avdelingen, initiativ i forhold til klienter og samarbeidspartnere, arbeidsoppgaver og ressurser i avdelingen.

Prosjektet har kartlagt trekk ved beslutningssystemet som fremmer eller hemmer effektiviteten og produktiviteten i avdelingen. Dette er prosesser som ikke styres ene og alene av avdelingen. De vil også være påvirket av eksterne rammebetingelser representert ved fylkesadministrasjon og politisk ledelse, sykehusledelse og administrasjon, faglige samarbeidspartnere som voksenpsykiatri, Klokkehuset (barnevernsinstitusjon som også skal ivareta behov for psykiatrisk behandling i Telemark), kommuneleger, skolehelsetjeneste, pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste (PP-tjeneste), og kommunalt og fylkeskommunalt barnevern.

Disse forholdene er analysert i forhold til avdelingens egne målsettinger og ressurser, samt eksisterende rammeplaner på fylkesnivå og på landsbasis.

1.2 Problemstilling

Prosjektet har to hovedproblemstillinger. For det første ser vi på hvordan BUPA fungerer internt i forhold til de målsettinger de har satt seg. Gjennom intervjuer med de ansatte ved avdelingen og sjukehuset rettes så søkelyset mot de rutiner og strukturer som finnes, og de oppgaver avdelingen utfører, og vi spør om det er samsvare mellom målsettinger og rutiner? Videre om det er interne forhold ved avdelingen som eventuelt vanskeliggjør en effektiv bruk av ressursene. Ett av spørsmålene er om inndelingen i ulike team og sektorer fungerer på en god måte for klientene,

eller om det er klientgrupper som faller utenfor de inndelinger og kompetanseområder som finnes ved avdelingen?

Deretter ser vi på hvordan eksterne aktører vurderer beslutninger, organisering og drift av avdelingen og hvorvidt de påvirker disse. Hvordan oppfatter kommunale og fylkeskommunale samarbeidspartnere samarbeidsrelasjonene til BUPA? Fungerer den faktiske arbeidsdelingen etter intensjonene, eller domineres samarbeidet av konflikter og uklare oppgave- og ansvarsforhold?

1.3 Perspektiver

Vi vil i det følgende avgrense og tydeliggjøre noen overordnede perspektiver i forhold til problemstillingene. Det er som nevnt mange aktører som påvirker og påvirkes av tjenester og tiltak i barne og ungdomspsykiatrien. Vi har delt disse i to hovedgrupper, administrative og faglige aktører.

I hver av disse gruppene er relasjonen og tilnærmingen til BUPA som tjenestetilbud og fagmiljø forskjellig. Vi snakker om alt fra fylkesadministrasjon og sykehusets ledelse, til barnevern, somatisk barneavdeling og de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (BUPer) i Kragerø og på Notodden. Hver av disse aktørene har sine egne oppfatninger og erfaringer av BUPA, og det er til dels svært ulike kompetanse som ligger til grunn for deres verdioppfatninger, situasjonsbeskrivelser og faglige interesser. Dette styrer selvfølgelig i større eller mindre grad deres oppfatninger av BUPA som tjenesteyter og samarbeidspartner. Hver aktørgruppe representerer et sett av muligheter og begrensninger i forhold til utviklingen av BUPAs behandlingstilbud til barn og ungdom med psykiske lidelser.

Ingen av dem styres imidlertid kun av kompetanse og rasjonell kunnskap, men også av fordommer og «trained incapacity», sine innlærte begrensninger (Falkum m.fl. 1996). Ikke minst er dette tilfelle i forhold til BUPAs forhistorie som tjenestetilbud i Telemark. Avdelingen strir med – og mot – et dårlig rykte, og bruker mye tid og ressurser på å gjenvinne egen selvtrillit og omgivelsenes tiltro. Vi har forsøkt å komme bak disse mytene.

Det har siden slutten av 1980-tallet funnet sted en sterk statlig satsing på barnevernet, og en prioritering av fylkesnivået i barnevernet fra politisk hold. Barne- og familiedepartementet ble opprettet, det kom ny barnevernlov og økte ressurser til barnevernet i løpet av første halvdel av 1990-tallet. Dette førte til en opprusting også i Telemark fylke. I dag har barnevernet i Telemark åtte beredskapshjem, om lag 20 disponible fosterhjem og 59 institusjonsplasser. Sammenlignet med andre fylker har Telemark i dag har et rimelig godt utbygd institusjonstilbud (Falkum m.fl. 1996).

Når det regner på presten, så drypper det som kjent på klokkeren. I ett perspektiv kan dette sies å ha skjedd også for barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark, ved at Klokkerhuset er opprettet som en samarbeidsinstitusjon mellom barnevern og psykiatri. Men samtidig oppfattet representanter fra det psykiatriske miljøet at satsingen på Klokkerhuset var en nedprioritering av en egen barne- og ungdomspsykiatrisk behandlingsinstitusjon. Vi kommer nærmere tilbake til de ulike tjenestetilbud som eksisterer i Telemark i kapittel 2.

1.4 Rapportens oppbygging

Prosjektets tema og problemstillinger presenteres i sju kapitler. I kapittel 2 plasseres barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark i en nasjonal og fylkeskommunal ramme. Vi ser hva statlige myndigheter har satt som mål for virksomheten, og på hvilke tjenestetilbud og ressursrammer som antas nødvendig. Deretter ser vi på tjenestetilbudet i Telemark, på hvilke typer tjenester fylket tilbyr sine innbyggere. Vi forsøker også å se barne- og ungdomspsykiatrien generelt, og BUPA spesielt i lys av andre tjenestetilbud for barn og unge, og på de rammebetingelser og retningslinjer som styrer henholdsvis barnevern, PP-tjenester og barne- og ungdomspsykiatrien.

I kapittel 3 ser vi på BUPAs interne organisering, og sentrale trekk ved den overordnede organisasjonsstruktur BUPA inngår i. Her legger vi spesielt vekt på de formelle administrative og organisatoriske linjer ved sjukehusorganisasjonen, og BUPA som en del av denne, blant annet på våre informanters erfaringer med sektororganiseringens konsekvenser. I kapittel 4 presenteres beslutningsprosesser i forbindelse med pasientgjennomstrømning og utforming av konkrete tiltak innen behandlingen ved BUPA. Vi ser på hvordan henvisninger, inntak og fordeling av klienter foregår ved avdelingen, samt på beslutningsprosesser knyttet til administrasjon og informasjon, og i forhold til personal- og kompetanseutviklende tiltak i avdelingen. I analysene i kapittel 4 legges det vekt på hvordan disse prosessene påvirker fordelingen av ansvar og myndighet, av informasjon og initiativ og av oppgaver og ressurser internt i BUPA. Kapittel 5 tar spesifikt for seg den interne ledelse og drift av BUPA, på hvordan avdelingen er organisert, hvordan forhold knyttet til informasjons- og kommunikasjonslinjer og ressursbruk fungerer. Her diskuteres også ivaretagelsen av kvalitetskontroll ved avdelingen. I alle kapitlene vektlegges trekk ved beslutningssystemet som fremmer eller hemmer effektiviteten og produktiviteten i avdelingen.

Alle disse prosessene er imidlertid i større eller mindre grad avhengig av eksterne faglige og administrative aktører, og de rammebetingelser og faglige samarbeidsmuligheter disse representerer for avdelingen. I kapittel 6 studeres hvordan

administrative aktører over innflytelse på avdelingens organisering og drift. Ett viktig aspekt ved samtaler med disse informantene var deres oppfatninger og erfaringer av BUPA som fagmiljø og organisasjon. I kapittel 7 fokuserer vi på de faglige samarbeidspartnere, på institusjoner og tjenesteytende instanser innen fylkeskommunale og kommunale barne- og ungdomstilbud som BUPA samarbeider med. Sentrale intensjoner ved denne tilnærmingen har vært å fange opp hvilke erfaringer samarbeidspartnerne har med sitt faglige samarbeid med BUPA. Også i de to siste kapitlene er trekk og forhold som hemmer og fremmer BUPAs virksomhet vektlagt, samt hvilket potensial informantene ser for forbedring av samarbeidsrelasjoner og nettverk. Rapporten avsluttes med et oppsummerende analysekapittel (8).

1.5 Metode

Målsettingen med dette prosjektet har vært å kartlegge og problematisere sentrale variabler i forhold til organisering og drift av barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Telemark sentralsjukehus. Vi har sett på hvordan ulike aktører deltar i og over innflytelse på avdelingens beslutningssystem, gjennom en undersøkelse spesielt av de flaskehalser og forhold som kan forbedres i virksomheten.

Det er innhentet to typer data til denne kartleggingen. For det første er styringsdokumenter og eksisterende statistikk over BUPAs virksomhet gjennomgått. Videre politiske og administrative vedtak, planer og budsjetter gitt av fylkeskommune og sjukehus, samt på avdelingens egne oversikter over personell og produksjon.

For det andre har vi gjennomført om lag 60 samtaleintervjuer. Om lag halvparten av disse med ansatte ved BUPA, inkludert avdelingsledelse, teamledere, sektorledelse, samt sjukehusets ledelse. I tillegg er det gjennomført om lag samme antall intervjuer med eksterne samarbeidspartnere som fylkesadministrasjon og samarbeidende institusjoner og tjenester i fylkets og kommunenes barne- og ungdomstilbud. Sentralt i disse intervjuene har vært å få fram de eksterne aktørenes oppfatninger av hvordan forholdet mellom BUPA og andre faktisk fungerer, og oppfatninger om hvordan det bør fungere.

2 Barne- og ungdomspsykiatriens institusjonelle rammer

I dette kapittelet vil vi se på organiseringen av tjenestetilbudene for barn og unge med psykiske problemer. I Lov om psykisk helsevern fra 1961 er fylkeskommunene pålagt å gi barn og unge et tilbud innen psykisk helsevern. Helsetilbudet til denne pasientgruppen varierer imidlertid fra fylke til fylke, dette gjelder både det polikliniske tilbudet og organiseringen av institusjonstilbudet. Enkelte fylker har en sentralisert poliklinikk som betjener hele fylket, mens andre har etablert et tjenestetilbudet etter et sektorprinsipp med geografisk avgrensede opptaksområder.

De psykiatriske spesialisttjenestene i fylkene forutsettes å fungere som en sammenhengende behandlingkjede, noe som innebærer at fylkeskommunen må ha et bredt og differensiert tilbud av tjenester tilpasset de ulike pasientgruppers behov, og at fylkeskommunale instanser har et aktivt og nært samarbeid med de kommunale instanser. Den viktigste tjenesten i dette helsetilbudet er de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i og med at 94 prosent av alle pasientene innen barne- og ungdomspsykiatrien i 1995 ble behandlet poliklinisk (St.meld. nr. 25, 1996–97).

Før vi presenterer hovedelementene i de ulike lovene, hvordan tjenestene er organisert, og hvilke instanser som er ansvarlige, vil vi kort se på utbredelsen av psykiske lidelser blant barn og unge som tilbudene er opprettet for.

2.1 Barn og unge med psykiske lidelser

Ulike epidemiologiske undersøkelser både fra utlandet og Norge viser en utbredelse av psykiske lidelser hos barn og unge på om lag 20 prosent (St.meld. nr. 25, 1996–97:145). Forekomsten av symptomer og tilstander varierer med alder, utviklingsnivå, kulturelle og sosial forhold, og med kjønn (op. cit.). Når det gjelder barn med så alvorlige lidelser at de trenger behandling av spesialisthelsetjenesten, hevdes det å være stor grad av faglig enighet om at omfanget ligger på rundt 5 prosent av barnebefolkningen (St.meld. nr. 25, 1996–97).

Skillet mellom barne- og ungdomspsykiatri på den ene siden og voksenpsykiatri på den andre kan fortone seg som et kunstig skille, og man kan spørre seg

om det er formelle eller reelle forhold som gjør dette skillet fornuftig. At tjenestetilbudet faktisk er delt på denne måten har sin bakgrunn i at to svært ulike kunnskapsgrunnlag råder i de to delene av psykiatrien. Barne- og ungdomspsykiatrien i Norge domineres av psykologer, mens voksenpsykiatrien domineres av psykiatere, det vil si medisinerere. Psykologenes utdanning er konsentrert rundt barns normale psykologiske utvikling, mens psykiatrien er læren om de psykiske sjukdommer. Men også i psykiatrien er kunnskaper om hva som er normalt på ulike trinn i barns utvikling et eget fagområde. Dette er barnepsykiaternes spesialiseringsområde, men det inngår bare i beskjednen grad i utdanningen i voksenpsykiatri og allmennpsykiatrien.

Barne- og ungdomspsykiatrien i Norge er ikke desto mindre dominert av sjukdomsbegreper, diagnoser og legeansvar, og det hevdes blant annet at barne og ungdomspsykiatrien trenger bedre diagnostisering for å kunne fange opp de barn og unge som har størst behov for behandling (St.meld. nr. 25, 1996–97). En del av de lettere psykiske problemene går imidlertid over av seg selv uten at barnet trenger psykiatrisk hjelp, ikke minst vil dette kunne være tilfelle dersom psykologer og psykiatere fungerer som rådgivere for allmennlege, skolehelsetjeneste og andre som har nær kontakt med barnet. De aller fleste barn som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien henvises nettopp fra disse instansene, som heretter kalles førstelinjetjenesten. Til sammen er første- og andrelinjetjenestene tiltenkt behandlings, rådgivnings og støttefunksjoner i et system av omsorgstjenester på ulike nivå, hvor førstelinjen er ment å skulle kunne hjelpe de aller fleste (St.meld. nr. 25 1996–97). Som nevnt er om lag fem prosent av barna rammet av lidelser av en slik alvorlighetsgrad at de trenger hjelp av spesialisthelsetjenesten. Disse klientene trenger hjelp raskt, noe som krever en arbeids- og ansvarsfordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mellom førstelinje og andrelinjeinstansene som er funksjonell i det daglige arbeid, og samarbeid. Dette vil vi komme tilbake til i kapitlene om samarbeidsrelasjoner og rutiner.

2.2 Psykisk helsevern for barn og unge

Ansaret for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er delt mellom forvaltningsnivåene (St.meld. nr. 25 1996–97). Kommunalt nivå har ansaret både for forebygging, diagnostisering, behandling og attføring for alle som bor eller imidlertid oppholder seg i kommunen, samt for drift og planlegging av alminnelige helse- og sosialtjenester. Fylkeskommunene har et tilsvarende ansvar for spesialisthelsetjenesten. Staten på sin side har det overordnede ansaret for tjenestenes juridiske og økonomiske rammebetingelser, og har dessuten også ansaret for ut-

danning av personell på universitets- og høgskolenivå, for trygdeytelser og for arbeidsmarkedstiltak (St.meld. nr. 25 1996–97:33).

I tillegg til de fylkeskommunale helsetjenestene som ytes innbyggerne i det enkelte fylke, er en del høyt spesialiserte helsetjenester organisert slik at de dekker en eller flere helseregioner¹ eller hele landet. Det er bare få helsetjenestetilbud innen psykisk helsevern som er så spesialisert at de er organisert på denne måten, men på samme måte som for somatiske spesialisttjenester er det uttrykt målsettinger om at også de psykiatriske helsetjenester i større grad bør planlegges helhetlig i hver helse-region.

St.meld. nr. 9 1974–75 slo fast et prinsipp om et regionalisert helsevesen, og de viktigste helsereformene på 1980- og 1990-tallet har hatt som mål å styrke og klargjøre ansvarsforholdene på kommunalt og fylkeskommunalt nivå (NOU:1997:18).

Barne og ungdomspsykiatrien er en relativt ny tjeneste. Som i helsetjenesten for øvrig, har det også for psykiatrien vært en målsetting å flytte tyngdepunktet av virksomheten ned i behandlingskjeden, til lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Per i dag er det veldig få kommuner som tilbyr psykologhjelp som en del av primærhelsetjenesten, men det finnes deltjenester i kommunene hvor det er ansatt psykologer, og det finnes deltjenester hvor andre faggrupper vil kunne bistå med «psykologisk» veiledning og avklaring, som for eksempel pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste og det kommunale barnevernet. Disse tilbudene varierer imidlertid veldig fra kommune til kommune, og er heller ikke en del av kommunehelsetjenesten.

De fleste av de generelle helse- og sosialtjenestene i kommunene er viktige også for barn og unge med psykiske lidelser. Disse tjenestene representerer både inngangsport og avtaker apparat for spesialisert psykiatrisk behandling, fordi de fleste barn og unge med psykiske problemer har kontakt med kommunale helse- og sosialtjenester både før, under og etter behandling. Mange av dem vil få sitt behandlingstilbud helt eller delvis fra kommunene mesteparten av den tiden de trenger offentlig hjelp.

Lov om helsetjenester i kommunene (1984) legger det formelle grunnlaget for det kommunale ansvaret for primærhelsetjenesten, og kommunenes ansvar innen helsefremmende og forebyggende virksomhet ble utdypet i St.meld. nr. 41 1987–88. Det er en grunnleggende tanke at hver enhet i helsetjenesten skal ha klart definerte funksjoner i et definert geografisk område. Prinsippene om et regionalisert og helhetlig helsetjenestetilbud forutsetter samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og tjenestetilbud, og gjør det viktig med et samordnet tilbud for grupper med sammen-

¹ Landet er inndelt i følgende fem helseregioner: I: Oslo, Hedmark og Oppland; II: Akershus, Østfold, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder; III: Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane; IV: Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag; V: Nordland, Troms og Finnmark.

satte behov. Ansvaret for den enkelte pasient ligger altså i kommunehelsetjenesten, men ikke desto mindre er det uklart hvilke tjenester som har det faktiske ansvaret for de enkelte pasientgrupper.

Barnevern, PP-tjeneste og BUPA arbeider innenfor ulike administrative rammer, og er underlagt forskjellige lovverk. Lov om Barneverntjenester regulerer barnevernet og skoleloven setter målsettinger og rammer for PP-tjenesten. I tillegg kommer Kommunehelseloven og Lov om psykisk helsevern, som regulerer henholdsvis kommunalt ansatte legers og helsesøstres virksomhet, samt omsorgen, behandlingen og pliktene overfor psykiatriske pasienter (Andenæs og Olsen 1994).

Lov om psykisk helsevern av 1961

Fylkeskommunenes plikt til å drive psykisk helsevern er hjemlet i Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961. Loven ga fylkeskommunene ansvar for å yte psykisk helsevern til barn og unge på linje med voksne. Fylkeskommunene skal drive institusjoner for sine egne innbyggere, andre kan i henhold til «sektoriseringsprinsippet» avvises (Rasmussen 1994). Psykiatriloven gir adgang både til frivillig (§ 4) og tvungen innleggelse (§ 3, 5 og 6). Per 1996 var om lag 70 prosent av alle innlagte pasienter i voksenpsykiatrien tvangsinnlagte, noe som sier mye om psykiatriske behandlingstjenesters tilgjengelighet.

Kriteriet for tvangsinnleggelse etter § 5 i loven er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, pluss at ett av følgende tre tilleggskriterier må være oppfylt: innleggelse må være nødvendig for å hindre at utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles, innleggelse må være nødvendig for å hindre at pasienten lider overlast, eller den sjuke må være til vesentlig fare for seg selv eller andre (Rasmussen 1994).

Dette siste kriteriet gir det psykiske helsevernet en annen oppgave enn andre sosial- og helsetjenester, som for eksempel barnevernets tvangstiltak som har barnets beste som begrunnelse, nemlig at farlighet (for andre enn pasienten selv) som skyldes sinnslidelse skal tas hånd om av helsevesenet og ikke av politiet.

Lov om psykisk helsevern omfatter psykiatrisk forvern, undersøkelse og behandling eller pleie i psykiatrisk sjukehus, psykiatrisk klinikk eller poliklinikk, psykiatrisk institusjoner for barn og ungdom, psykiatrisk daginstitusjon og etterverns-hjem. Det heter i lovens § 2 at enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, oppføring og drift av institusjoner som beskrevet over (i § 1), slik at befolkningen innen området kan få det nødvendige psykiske helsevern.

«Asylsuvereniteten» er et uttrykk man bruker hovedsakelig som betegnelse på institusjoners myndighet til å avvise pasienter, selv om lovens vilkår for inntak er oppfylt (Rasmussen 1994:410). Begrepet omfatter dels overlegens suverenitet vis-a-vis overordnet forvaltningsmyndighet, normalt fylkeskommunen. Dels omfatter prinsippet overlegens suverenitet vis-a-vis pasienten eller de som begjærer pasienten

innlagt. Dette innebærer blant annet at asylsuvereniteten kan komme i konflikt med barnevernets vedtak og vurdering av et barns behov for psykiatrisk innleggelse og behandling.

Barne- og ungdomspsykiatrien er en ganske ny tjeneste i Norge, og ble gradvis utbygd fra 1960-årene og utover (St.meld. nr. 25, 1996–97). Det startet med en barnepsykiatrisk avdeling på Rikshospitalet og Nic Waals Institutt på 1950-tallet. Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) ble åpnet i 1963, og sammen med Nic Waals har denne institusjonen utgjort et tyngdepunkt i norsk barne- og ungdomspsykiatri. Ikke minst fordi det her foregår mye etter- og videreutdanning, samt spesialisering av leger, psykologer, sosionomer og pedagoger.

I psykiatrien er det ventelister for behandling, også i barne- og ungdomspsykiatrien. Departementet gir forskrifter om at fylkeskommunene skal føre ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av Lov om psykisk helsevern, og at fylkeskommunene skal sørge for å skaffe registrerte pasienter innenfor visse prioriterte pasientgrupper helsehjelp i annen fylkeskommune, i statens sjukehus eller i Oslo kommune dersom bostedsfylkeskommunene ikke kan yte helsehjelp innen en frist som fastsettes av departementet.

For barne- og ungdomspsykiatrien signaliserte Nasjonal helseplan en opptrapping av tjenestene, dels for å styrke veiledningskapasiteten overfor primærhelsetjenesten, dels for å fordoble behandlingskapasiteten på spesialistnivå. Når det gjelder målsettingene for psykiatritjenestene, heter det videre at det bør etableres poliklinikker i alle lokalsjukehusområder, og differensierte døgntilbud i alle fylker. I meldingen pekes det også på den skjeve geografiske fordelingen av fagpersonalet. Det foreslås derfor etablert regionale ressurs- og kompetansesentre for behandling, forskning og utdanning av personalet (Hatling (red.) 1997).

I St.meld. nr. 25 1996–97 er det angitt at det psykiatriske tjenestetilbudet burde kunne gi tilbud til to prosent av barnebefolkningen. Meldingen ga følgende anbefalinger om hvilke tjenestetilbud som burde finnes i alle fylkeskommuner:

- En poliklinikk i hvert lokalsjukehusområde med en minstenorm på 4 fagstillinger per 30 000 innbyggere
- Behandlingsbarnehage eller øremerkede plasser i vanlige barnehager med muligheter for observasjon, vurdering og utprøving av tiltak
- Barnepsykiatrisk behandlingshjem for barn mellom 7 og 12 år
- Behandlingshjem for psykotisk/autistiske barn og unge
- Ungdomspsykiatrisk behandlingshjem for ungdom mellom 13 og 18 år
- Akuttavdeling for ungdom
- Familiebehandlingsenhet

Det heter videre i meldingen at mennesker med psykiske lidelser har større behov for koordinerte og sammenhengende tjenester enn de fleste andre pasientgrupper, og at dette stiller store krav til fylkeskommuner og kommuner i retning av å presisere ansvarsdelingen mellom første og andrelinjetjenestene, og samordne tjenestene bedre. Dessuten krever en slik omstilling at spesialisthelsetjenesten legger større vekt på utadrettet virksomhet i forhold til kommunene enn hva den tradisjonelt har prioritert. Det pekes ellers på at omstillingen i den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten bør følges opp med et bedre tilbud til denne gruppen pasienter/klienter i kommunene.

2.3 Fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester

Barne- og ungdomspsykiatrien består av døgn- eller dagplasser for barn, av døgn-tilbud for ungdom, akutt-plasser for ungdom og familieavdelinger. I 1995 var det 33 barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner på landsbasis med 289 plasser (Hatling (red.) 1997).

Barne- og ungdomspsykiatrien er først og fremst utbygd som en poliklinisk tjeneste. Disse er organisert forskjellig i fylkene. Tre fylker har en sentral barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som betjener hele fylket (Vestfold, Aust-Agder og Sør-Trøndelag). De øvrige fylkene er sektoriserte, med flere barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker med hvert sitt opptaksområde (St.meld. nr. 25, 1996–97). I de fleste tilfeller sammenfaller det barne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbudet med et lokalsjukehusområde, og i mange tilfeller er poliklinikken en del av lokalsjukehuset (op.cit.:68).

Organiseringen av institusjonstjenester er også forskjellig fra fylke til fylke. Blant andre Telemark har en barne- og ungdomspsykiatrisk klinikkavdeling ved sentralsjukehuset, andre har tilsvarende avdeling ved et psykiatrisk sjukehus, mens atter andre har bygget opp et eller flere behandlingshjem faglig tilknyttet en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Fire fylker har både avdeling ved sjukehus og behandlingshjem, mens ett fylke har verken avdeling eller behandlingshjem, men bare poliklinikk.

BUPA er en sjukehusavdeling og må derfor etter gjeldende regelverk ledes av en overlege. Denne stillingen er per dags dato ubesatt. Poliklinikker kan ledes av barnepsykiater eller klinisk psykolog, mens behandlingshjemmenes daglige ledelse vanligvis er en barnevernspedagog, faglig og administrativt underlagt poliklinikkens ledelse.

2.4 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunens ansvar for å yte vanlige helse- og sosialtjenester til befolkningen følger av Lov om sosiale tjenester, Barnevernloven og Kommunehelsetjenesteloven. I tillegg sier Grunnskoleloven noe om kommuners plikt til å gi barn og unge spesialpedagogiske tilbud dersom dette er nødvendig for at de skal kunne tilegne seg skolens kunnskaper.

Lov om barneverntjenester av 1993

Med Vergerådsloven i 1896 var Norge det første land i verden med egen barnevernlov. Denne ble erstattet av Barnevernloven av 1953, som fungerte fram til den nye Barnevernloven kom i 1993 (Falkum m.fl. 1996). En sentral målsetting med den gamle barnevernloven var å rette oppmerksomheten mot forebygging av omsorgsovertakelse og først og fremst hjelpe barna i hjemmet. Loven hadde et oversiktlig system av tiltak, som var forebyggende tiltak, omsorgsovertakelse og fratakelse av foreldreansvar (op.cit.:27).

Barns rettigheter har de siste tiårene fått økt oppmerksomhet, og i 1988 ble Barne- og familiedepartementet opprettet. Barnevernet kom i fokus, ikke minst på grunn av at tusenvis av ubehandlede meldinger om forskjellige former for omsorgssvikt og mishandling av barn viste seg å ligge rundt på de ulike sosialkontorene (Sandberg 1994). Barnevernet i tre kommuner ble anmeldt av Barneombudet, og på begynnelsen av 1990-tallet ble barnevernet tildelt betydelige midler (de såkalte Sandemann-midlene). Barn og barnevern ble et politisk hovedsatsingsområde, med et eget utviklingsprogram for barnevernet i perioden 1991-1993. Fra 1. januar 1993 trådte den nye Barnevernloven i kraft, og denne gir kommunene plikt til å gjennomgå meldinger og foreta undersøkelser innen visse frister slik at innkomne saker ikke skal bli liggende ubehandlet.

Omsorgen for barn er i vårt samfunn først og fremst foreldrenes ansvar, men når de svikter anses det som et samfunnsansvar å motvirke at barns levetilstand ligger under et visst minstemål (Sandberg 1994:281). Formålet med Lov om barneverntjenester er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår (Falkum m.fl. 1996:28).

Barnevernloven definerer oppgaver og ansvar både i fylkeskommunen og i kommunene. Tradisjonelt har barnevernet i første rekke vært et kommunalt forankret system, og det er først de senere årene at annenlinjen, det vil si fylkeskommunen, har bidratt med barneverntiltak (Waal 1993, gjengitt i Falkum m.fl. 1996:38). Med den nye Barnevernloven er det nedfelt en myndighets og arbeidsdeling mel-

lom fylkes- og kommunenivå, hvor kommunene i prinsippet skal ha de enklere oppgavene.

Med den nye loven er det skjedd ganske store endringer av barnevernets organisering (Sandberg 1994:288). Den største endringen er at tvangssaker ikke lenger skal avgjøres på kommunalt nivå, men av en fylkesnemnd. Kommunene fatter vedtak om frivillige tiltak. Fylkeskommunene har etter § 2-2 A ansvar for rekruttering og opplæring av fosterhjem, for etablering og drift av institusjoner og for å utarbeide en institusjonsplan. Fylkesmannen er klageinstans for det kommunale barnevernets vedtak, og har dessuten plikt til å føre tilsyn med kommunenes barnevern (Sandberg 1994). I tillegg er fylkesmannen sekretariat for fylkesnemnda.

Barnevernloven gjelder for barn under 18 år, og i motsetning til hva som er tilfelle i Fengselsloven og Lov om psykisk helsevern, skal tiltakene etter Barnevernloven ta utgangspunkt i og ha *barnets beste* som utgangspunkt, ikke for eksempel vern av andre som i Lov om psykisk helsevern.

Hva er det så barnevernet «gjør»? Hovedsakelig kan man si at barnevernet iverksetter fem til dels ulike typer av tiltak; 1) tiltak uten omsorgsovertakelse, 2) omsorgsovertakelse, 3) fratakelse av foreldreansvar og adopsjon, 4) særtiltak for barn med atferdsvansker, samt 5) intervensjoner i akutsituasjoner (Sandberg 1994).

Den nye barnevernloven innebærer en større differensiering av *tiltak uten omsorgsovertakelse*. Dette kan være hjelpetiltak etter § 4-4 i loven, eller det kan innføres særskilte hjemler for vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling i § 4-10, samt behandling og opplæring av funksjonshemmede eller andre spesielt hjelpetrengende barn i § 4-11. Disse endringene i lovverket har gitt barnevernet klarere lovhjemler for å gå inn med visse typer av tiltak også i familier hvor man ikke skal overta omsorg eller foreldreansvar for barn (Sandberg 1994). I praksis kan gjennomføringen av disse tiltakene innebære at barnet i en periode bor utenfor foreldrehjemmet, men myndigheten over barnet blir værende hos foreldrene så langt dette er forenlig med tiltaket.

Omsorgsovertakelse er i prinsippet midlertidig, og plasseringen bør i henhold til loven ha tilbakeføring til hjemmet som mål. En forutsetning for dette er at barnevernet sørger for gode besøksordninger og hjelper foreldrene til å følge opp som foreldre og bedre sin omsorgsevne. Loven angir tre plasseringsmåter for barn under omsorg: fosterhjem, institusjoner under barnevernloven, samt spesielle opplærings- eller behandlingsinstitusjoner etter andre lover, som Lov om psykisk helsevern, dersom barnet har psykiske vanskeligheter. I slike tilfeller er det aktuelt å plassere barnet i særskilte skoletiltak, bolig for psykisk utviklingshemmede eller i psykiatriske institusjoner (Sandberg 1994).

Nytt i den nye Barneloven er at barnevernet er forpliktet til å lage en plan for omsorgssituasjonen for barn som er tatt under omsorg (jf. § 4-15).

Vedtak om *fratakelse av foreldreansvar og adopsjon* kan bli fattet av fylkesnemnda når omsorgen for et barn er overtatt (jf. § 4-20). Det er foreldrenes omsorgsevne og barnets behov som utgjør hovedvilkårene både for fratakelse av foreldreansvar og adopsjon.

Den nye barnevernloven gir *barn med atferdsvansker* et sett av spesialregler, og atferdsvansker er ikke lenger et eget kriterium for omsorgsovertakelse. Begrunnelsene for dette er hensynet til barnets rettssikkerhet samt at det er forskjell både i kriteriene for inngrep og i hvilke tiltak som barn (og familie) har behov for (Sandberg 1994). Tiltakene skal gjelde omsorg og behandling av hensyn til barnet selv, og plassering i behandlings- eller opplæringsinstitusjon kan skje med samtykke eller ved tvang. Noen av disse klientene trenger psykiatrisk behandling, andre opplæring i å forholde seg til og samarbeide med andre.

Selv om barnet eller ungdommen legges inn i sosial- eller psykiatriske institusjoner vil vedtak etter Barnevernloven være tilstrekkelig for innleggelse. Asylsuvereniteten gjelder imidlertid overfor disse pasientene på linje med andre, og innebærer at overlegen ved den psykiatriske institusjonen kan nekte å akseptere innleggelsen, blant annet hvis de mener at klienten ikke passer hos dem. Dette kan i enkelte tilfeller føre til konflikter mellom barnevern og psykiatri.

I *akuttsituasjoner* hvor det er nødvendig for barnevernet å gripe inn raskere enn i henhold til vanlig saksgang, gir loven anledning til å fatte hastevedtak. For slike tilfeller har loven bestemmelser om midlertidige vedtak knyttet til lovens ulike tiltak.

Samarbeid med andre instanser

Den nye Barnevernloven innførte en meldeplikt for alle yrkesgrupper, også de som er regulert i egne profesjonslover. Denne innebærer at leger, psykologer sosionomer, ansatte i skole og barnehage alle har plikt til å melde fra til barnevernet dersom det er grunn til å tro at barnet lider under omsorgssvikt eller blir mishandlet. Meldeplikten inntreffer også når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Det har vært diskutert hvorvidt det er tjenlig å innføre en meldeplikt for helsepersonell til barnevernet. I tillegg til meldeplikten har barnevernet også utstrakt rett til opplysninger fra andre. Det gjenstår å se hvordan dette fungerer, men de andre instansene opplever dette som problematisk og vil kvie seg for å gi slike opplysninger dersom de føler seg usikre på eller har grunn til å tvile på barnevernets evne til å håndtere disse opplysningene på en riktig måte. I tillegg frykter noen at foreldre vil unnlate å henvende seg til skolehelse, lege eller PP-tjeneste av frykt for at dette automatisk fører til at barnevernet kobles inn i saken. Vi vil i kapittel 5 se nærmere på hva våre informanter hadde av erfaringer og synspunkter i så henseende.

Grunnskoleloven

Grunnskoleloven av 1969 sier at alle barn har rett til å få opplæring i samsvar med de evner og forutsetninger de har (§ 7, 1. ledd). Denne forplikter kommunen forpliktet til å gi barn i skolepliktig alder et tilbud om spesialundervisning, dersom sakkyndighetsvurderinger sier at de trenger slik hjelp (§ 8, 1. ledd) Loven sier videre at slike tilbud kan gis i den vanlige skolen, i egne skoler eller spesialklasser eller i medisinske og sosiale institusjoner. Det heter videre at kommunene også skal sørge for at barn under skolepliktig alder får passende spesialpedagogisk hjelp når det etter sakkyndig tilråding er nødvendig. Dette tilbudet kan enten knyttes til skoler, dag-institusjoner, medisinske og sosiale institusjoner eller organiseres som egne tiltak. Det sies spesifikt i loven at denne hjelpen kan gis av den pedagogisk-psykologiske tjenesten eller av annen sakkyndig instans og bør også favne familierådgivning (§ 8, 6. ledd)

Ansatte i skolen har opplysningsplikt både overfor sosialtjeneste og barneverntjeneste. Taushetsplikten legger ingen hindringer for at skoleansatte tar kontakt med barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller barnet har vist vedvarende atferdsvansker.

Lov om helsetjenesten i kommunene (19. november 1982)

I Kommunehelsetjenesteloven heter det at kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen, og at enhver har rett til nødvendig krisehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Loven krever at kommunen skal a) fremme helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte blant annet gjennom tiltak organisert som helsetjenester i skoler, og gi b) diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte, c) medisinsk habilitering og rehabilitering, og d) pleie og omsorg. Innenfor disse retningslinjer blir det opp til hver enkelt kommune å tilpasse seg behov i eget distrikt.

Det heter videre i § 6-6a og 6-6b at helsepersonell om nødvendig skal samarbeide med sosialtjenesten, og være spesielt oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Loven sier at helsepersonell i slike tilfeller på eget initiativ uten hinder av taushetsplikten skal gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt (jfr. Lov om barneverntjenester §4-10, 4-11 og 4-12), eller når barnet har vist vedvarende alvorlig atferdsvansker (jf samme lovs §4-24). Kommunenes ansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser vurderes av departementet å følge tilstrekkelig klart av kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og barnevernloven (St.meld. nr. 25, 1996–97:37). I følge disse lovene er det kommunene som har det generelle ansvaret for innbyg-

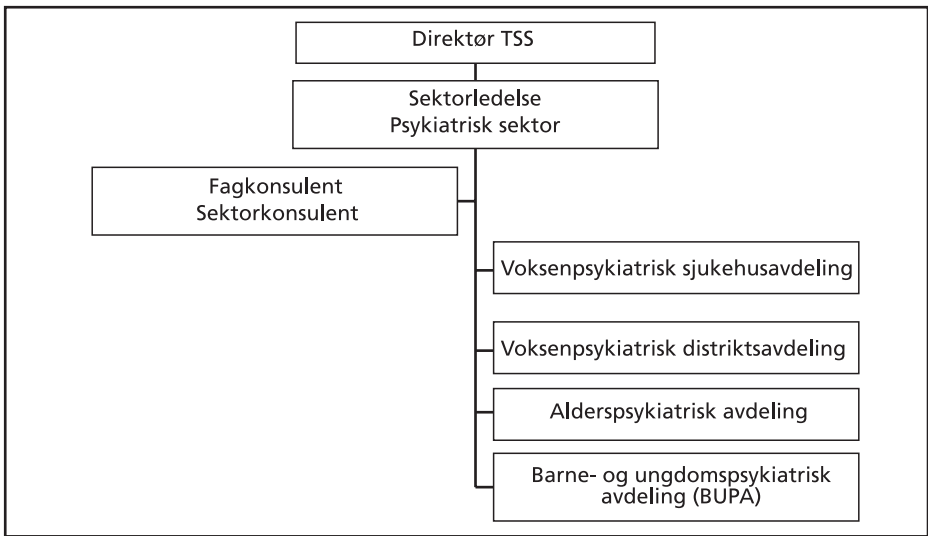
gernes psykiske lidelser på linje med andre helseproblemer. I meldingen heter det videre at departementet vurderer kommunenes problemer med å gi et tilfredsstillende helsetilbud til mennesker med psykiske lidelser til hovedsakelig å skyldes: mangelfulle ressurser, mangelfulle kunnskaper om behovene, samt mangelfulle kunnskaper om hvilke tilbud som bør finnes i kommunene for å imøtekomme disse behovene. Vi vil utover i rapporten presentere våre informanter syn på og oppfatninger om en del av disse spørsmålene.

2.5 BUPAs plass i psykiatrien i Telemark

Telemarks psykiatritilbud for barn og unge er sektorisert ved at de tre poliklinikkene (BUP) i fylket har ansvaret for hvert sitt geografiske område. De er alle knyttet opp til et lokalsjukehusområde. På Notodden er det opprettet en poliklinikk tilknyttet Notodden sjukehus. I Kragerø er poliklinikken knyttet til Kragerø kombinerte helseinstitusjon.

Den eldste poliklinikken i Telemark er i Skien, og er en del av BUPA. BUPA ble i 1992 samorganisert med tre voksenpsykiatriske avdelinger i en Psykiatrisk sektor, med felles sektorledelse. Som vi kommer tilbake til i flere av rapportens kapitler, har denne organisasjonsstrukturen ført til store interne stridigheter ved sjukehuset, og ikke minst mellom fagavdelingene i psykiatrisk sektor, og mellom BUPA og sektorledelsen. Per 1. februar 1998 er det imidlertid ansatt ny assisterende di-

Figur 2.1 Organisasjonskart Psykiatrisk sektor, Telemark sentralsjukehus fram til 1. februar 1998



rektør ved sentralsjukehuset, noe som betyr at sektororganiseringen formelt er utviklet. Assisterende direktør er etter som vi er blitt fortalt, tiltenkt et spesielt ansvar for de psykiatriske fagavdelingene ved sjukehuset.

Sektororganiseringen utgjør imidlertid en del av den historiske bakgrunn for de organisasjons- og driftsforhold som har utviklet seg, og som er en realitet den dag i dag ved BUPA. Det er derfor viktig å ha kjennskap til denne organiseringen for å forstå noen av de problemene ansatte ved BUPA mener de har stått overfor, og også for å forstå de problemene samarbeidspartene har i forhold til å orientere seg og forstå hvordan organisasjonen fungerer. Når det gjelder synspunkter på sektororganiseringen, og på dagens situasjon, viser vi til kapittel 3 og 6.

Tjenestetilbudet

«Regjeringens mål er å sikre befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Bedre organisering av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, og klarere og bedre rettigheter for pasienter er pekt på som utfordringer for helsetjenesten». (St.meld. nr. 25 1996–97)

Som nevnt tidligere i dette kapitlet, er det fortsatt store variasjoner mellom fylkeskommunene når det gjelder utgifter til og omfanget av psykisk helsevern generelt, og barne- og ungdomspsykiatriske tjenester spesielt, selv om forskjellene har vært avtagende de siste årene (Hatling (red.) 1997).

Når det gjelder netto driftsutgifter til egne institusjoner ligger Telemark desidert lavest i landet, selvfølgelig fordi fylket så godt som mangler døgnbehandlingstilbud både for barn og unge. Det samlede tilskuddet fra fylkeskommunene til barne og ungdomspsykiatrien, er for Telemarks vedkommende lavest i landet når vi ser på fylkeskommunens utgifter i kroner per innbygger mellom 0 og 17 år (Hatling (red.) 1997). Statlige og fylkeskommunale tilskudd totalt viser at Telemark har et

Tabell 2.1 Driftsdata for barne og ungdomspsykiatriske institusjoner og poliklinikker. Etter institusjonstype. 1995

	Døgn- plasser	Oppholds- døgn	Oppholds- dager	Utskrivninger (døgn)	Pasienter (døgn)	Konsul- tasjoner
Klinikker	135	33458	8842	871	54	69060
Poliklinikker	.	.	.	.	.	110945
Behandlingshjem	154	43041	15021	115	124	675
Daginstitusjoner	.	0	2927	.	.	.
Sum	289	76499	26790	986	178	180680

prosentavvik på 48 prosent i forhold til landsgjennomsnittet per innbygger 0–17 år. Kapasitetsutnyttelsen ved fylkets barne og ungdomspsykiatriske klinikker (BUPA, BUP Notodden og BUP Kragerø) ser i følge statistikk for 1995 svært positiv ut. ,

Etter en endring av Sjukehusloven i 1983, fikk fylkeskommunen ikke bare ansvaret for institusjonshelsetjenester, men også spesialisthelsetjenester utenfor institusjon. Tanken var at fylkeskommunene ut fra totalvurdering av behovet for helsetilbud til barn og unge med psykiske lidelser, og som en integrert del av fylkets psykiatriplaner, skulle inngå driftsavtaler med psykologer, psykiatere og kliniske psykologer. Dette har imidlertid skjedd i svært liten grad (St.meld. nr. 25, 1996–97). Telemark hadde en psykolog og en psykiater på heltid med fylkeskommunal driftsavtale om privatpraksis per 1. mai 1996. Til sammen hadde fylket henholdsvis åtte psykologer og fire psykiatere uten slik driftsavtale. Sosial- og helsedepartementet anbefaler sterkt fylkeskommunene å inngå slike avtaler, for på den måten å utnytte de fagfolkene som allerede er ansatte i spesialisthelsetjenesten ved å tilby dem driftsavtaler om privatpraksis ved siden av sin offentlige stilling.

2.6 Sammendrag

Vi vet svært lite om behovet for barne- og ungdomspsykiatriske tjenester i befolkningen, og det er store variasjoner fra fylke til fylke og fra kommune til kommune i bruk av slike tjenester. Teoretisk sett kan dette forklares med trekk ved befolkningen, trekk ved forvaltningen eller trekk ved samhandlingen mellom befolkning og forvaltning. St.meld. nr. 25 1996–97 anslår utbredelsen av psykiske lidelser hos barn og unge til 20 prosent av befolkningen i aldersgruppen 0–18 år. Når det gjelder barn og unge med så store lidelser at de trenger behandling av spesialisthelsetjenesten, er dette anslått til rundt fem prosent av barnebefolkningen. Dagens behandlingstilbud ligger på om lag 2 prosent av denne populasjonen.

Som vist er psykiatritilbudet i Telemark dårlig sammenlignet med landet for øvrig. Barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark disponerer totalt tre poliklinikker samt en familieklinikk med plass til to familier. I tillegg kan ungdommer med psykiske lidelser legges inn ved Klokkehuset, som har en samarbeidsavtale med BUPA. Fylket disponerer ingen barne- og ungdomspsykiatrisk behandlingsinstitusjon med døgntilbud verken for barn eller unge. Voksenpsykiatrisk avdeling fungerer delvis som akuttilbud for ungdommer. Med dette ligger Telemark dårlig an med hensyn til bredden i behandlingstilbud, mens de ligger bedre an i dag enn i 1995 når vi ser på behandlingskapasitet.

Verken fylkesadministrasjonen i Telemark, barne- og ungdomspsykiatrien eller kommunale instanser har gjennomført noen brukerundersøkelse eller fastsatt

noen måltall for egen virksomhet. Når det mangler klare oppfatninger av behov, blir det også vanskelig å fastsette målsettinger for virksomhet og tiltak. Disse uklarhetene legger arenaen åpen for vilkårlighet og tilfeldigheter både i styringen og dimensjoneringen av tiltakene, og i valg av tiltak overfor den enkelte bruker.

Vi har heller ikke gjennomført noen brukerundersøkelse i dette prosjektet, annet enn at vi har fått ulike faglige og administrative samarbeidsinstansers oppfatninger av BUPAs tilgjengelighet og behandlingskompetanse. Disse instansene etterspør på vegne av sine klienter ulike tjenester ved BUPA. Dersom gapet mellom det de etterspør og det tilbud som til enhver tid gis er stort, noe ventelistene i deler av BUPA-systemet kan være en indikasjon på, vil kvaliteten på behandlingstilbudet for den enkelte pasient reduseres. Liten tilgjengelighet, det vil si fravær av kvantitet i tilbudet, vil dermed kunne føre til redusert kvalitet på den behandlingen som ytes (Falkum mfl. 1996). Dette vil denne studien til en viss grad kunne måle.

Noe av hensikten med dette kapitlet har vært å vise kompleksiteten, mangfoldet og uklarheter i og mellom de tjenestetilbud og tjenestenivå som har behandlingsansvar for barn og unge med psykiske lidelser. Som vi har vist er det juridiske rammeverk og prinsipper som styrer barne- og ungdomspsykiatrien på den ene siden og deres samarbeidspartnere på den andre, svært forskjellige. Barnevernet er rettighetsstyrt, mens kommunehelsetjenesten og psykiatrien styres av en plikt som er pålagt henholdsvis kommune og fylkeskommune. Ikke minst mellom barnevern og barne og ungdomspsykiatri har tidligere studier vist at dette leder til uklarheter og ulike fortolkninger av for eksempel behandlingsbegrepets innhold. Vi vil i kapittel 6 og 7 se nærmere på i hvilken grad dette også er fokuserte problemstillinger og erfaringer blant våre informanter i kommunale og fylkeskommunale tjenester i Telemark.

Ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og utføring er tillagt den kommunale helse- og sosialtjenesten. Dette gjelder uansett lidelse. Selv om det fortsatt vil være fylkene som har ansvaret for å tilrettelegge den behandlingen som skal gis på spesialistnivå, er det et klart behov for å styrke den kompetanse som i dag er på kommunenivå.

3 Organisasjon og avdelingsledelse

I dette kapitlet vil vi se på deler av BUPAs organisasjonsstruktur. Vi ser på den interne organiseringen av tjenestetilbudet, på sentrale trekk ved ledelsen av avdelingen, samt på trekk ved den organisasjonsstrukturen som BUPA inngår i ved Telemark sentralsjukehus (TSS).

3.1 BUPAs mål og organisering

BUPA arbeider etter Lov om psykisk helsevern, og har ansvaret for barn og unge i alderen 0–18 år. Det overordnede målet for avdelingen er å fremme psykisk helse blant barn og ungdom i Telemark fylke.

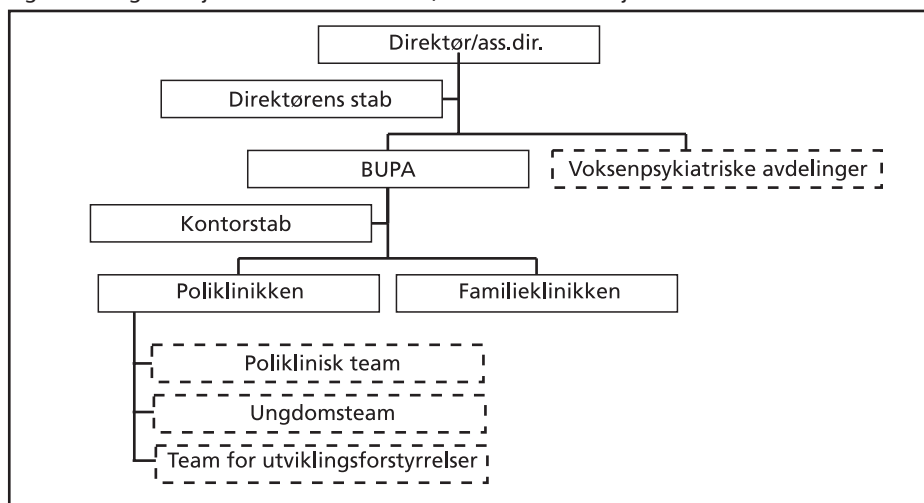
I forskriftene til lov om psykisk helsevern heter det:

«Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er helseinstitusjoner som skal foreta undersøkelser, gi råd og behandling overfor barn og ungdom og deres familier, der det foreligger psykiske lidelser eller problemer. Rådgivningen kan også omfatte personer i pasientens sosiale miljø. Poliklinikken skal - i samarbeid med andre instanser i det området den betjener - ta del i det forebyggende arbeid i tilknytning til psykiatriske problemstillinger for barn og unge og deres familier.» (Sosialdepartementet 1991)

BUPA ved Telemark sentralsjukehus skal etter loven gi både behandling og rådgivning, og ta del i det forebyggende helsearbeidet i fylket. Avdelingen har et særlig ansvar for å ivareta barn med psykiske problemer. Avdelingen understreker at den ønsker å gi et tilbud til et bredt spekter av problemer, og at avdelingen vil prioritere alvorlige lidelser (Telemark sentralsjukehus 1997).

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er den formelle organisatoriske enheten ved sjukehuset. Avdelingen er inndelt i en poliklinikk og en familieklinikk. Innenfor poliklinikken er arbeidet organisert i tre team. Disse representerer en mindre formalisert organisering.

Figur 3.1 Organisasjonskart etter 01.02.98, Telemark sentralsjukehus



Poliklinikken

Poliklinikken gir et poliklinisk tilbud på dagtid til sine pasienter. Den har ansvar for pasienter innenfor Telemark sentralsjukehus' lokalsjukehusområde, kommunene Skien, Porsgrunn, Siljan, Nome, Fyresdal og Nissedal. Poliklinikken har også et fylkesansvar for barn og unge med autisme. I tillegg har den ansvar for pasienter knyttet til Barneavdelingen ved Telemark sentralsjukehus og for barnevernssklienter innlagt ved Klokkehuset ungdomsinstitusjon. Det er 21 fagstillinger knyttet til poliklinikken.

Tilbudet ved poliklinikken gis etter avtale. Saker som haster blir prioritert. Dersom avdelingen ikke kan tilby adekvat behandling vil den forsøke å viderehen- vise slike saker. Avdelingen har ikke noe akuttmottak ut over vanlig kontortid. Barne- og ungdomspsykiatriske akuttsaker som dukker opp utenom vanlig kontortid eller i helgene må håndteres av andre institusjoner, vanligvis voksenpsykiatrisk avdeling.

Inndeling i team

Arbeidet i poliklinikken er organisert i tre team, poliklinisk team, ungdomsteam og team for utviklingsforstyrrelser (TUF). Disse er avgrenset dels etter problema- tikk, dels etter arbeidsmetode/oppgaver, og dels etter pasientgruppens alder.

Poliklinisk team gir et behandlingstilbud til et bredt spekter av barne- og ungdomspsykiatriske problemer. Tilbudet er rettet mot barn og unge opp til 18 år. Vanlige arbeidsmåter i poliklinisk team er individualterapi, gjerne i sammenheng med foreldresamtale. Behandling av familieproblemer eller behandling rettet mot hele familien blir vanligvis henvist til avdelingens familieklinikk. Poliklinisk team

har avtale med barneavdelingen ved Telemark sentralsjukehus om å la to medarbeidere bruke 40 prosent av sin stilling ved sjukehusets barneavdeling. Der skal de arbeide med barn og unge som har psykiske problem knyttet til somatisk sykdom.

Ungdomsteamet gir et poliklinisk behandlingstilbud og tilbud om familierterapi til unge i tenårene. Avdelingen har også et ansvar for å yte faglig bistand til Klokkehuset ungdomssenter (barnevernets institusjon for ungdom). Dette er regulert gjennom en samarbeidsavtale, hvor 2,4 stillinger ved BUPA har dette som særlig arbeidsområde. Ungdomsteamet deltar i den daglige driften av Klokkehuset gjennom å bistå med utvikling av individuelle behandlingsopplegg, og gi individuell behandling til klienter som har behov for det. Ungdomsteamet skal også tilby rådgivning til miljøpersonalet ved Klokkehuset.

Team for utviklingsforstyrrelser retter sin virksomhet mot pasienter med utviklingsforstyrrelser og deres familier. Teamet har et særskilt ansvar for å gi et tilbud til barn og unge med oppmerksomhetsforstyrrelser og hyperaktivitet (AD/HD). I tillegg har teamet et fylkesansvar for diagnostikk og utvikling av tjenester for barn og unge med autisme. Tre ansatte har dette ansvaret definert som arbeidsoppgave.

Familieklubben

Familieklubben gir først og fremst tilbud om familiebehandling. Klubben har plasser hvor to familier kan innlegges. Tilbudet om familieinnleggelse dekker hele fylket. Familieklubben har en egen leder og til sammen 7 fagstillinger. Den er bemannet på dagtid. En avtale med Aust-Agder åpner for at familieklubben kan ta imot pasienter derfra. I tillegg gir klubben et poliklinisk behandlingstilbud til familier innenfor lokalsjukehusområdet.

Geografisk lokalisering

BUPA er i dag lokalisert to forskjellige steder i Skien. To av teamene ved poliklinikken, poliklinisk team og ungdomsteamet, er lokalisert ved Hans Cappelens Minde (HCM) i nærheten av sjukehuset og voksenpsykiatrisk avdeling. Også Klokkehuset ungdomssenter, som ungdomsteamet samarbeider med, ligger i umiddelbar nærhet. Ved Hans Cappelens Minde er lokalene pusset opp og satt i temmelig god stand. Rommene er imidlertid svært dårlig lydisolert, og egner seg av den grunn ikke til terapi eller lekeobservasjon og behandling av barn. Det finnes ikke noe undersøkelsesrom ved avdelingen hvor det kan foretas barnepsykiatriske undersøkelser. Det er i dag ingen prekær plassmangel, men huset har ikke plass for utvidelser.

Familieklubben og team for utviklingsforstyrrelser er lokalisert på Stigertun på Gulset i Skien, rundt seks kilometer fra sjukehuset. Stigertun består av fire separate bygninger som rommer ekspedisjon og kontorer for ansatte ved familieklubben og team for utviklingsforstyrrelser. I tillegg har anlegget to familieleiligheter.

heter, behandlingsrom og plass til et skoletilbud for innlagte barn. Deler av bygningsmassen brukes som skole blant annet for ungdommer som er innlagt ved Klokkehuset ungdomssenter. Lokalene er pusset opp, og tilgangen til kontorer og behandlingsrom er tilfredsstillende.

3.2 Ledelse og administrasjon

En barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk skal i følge lov og forskrifter ledes av en barnepsykiater eller spesialist i klinisk psykologi. En poliklinikk skal ha følgende fagstillinger:

- Lege som er spesialist i barnepsykiatri
- Spesialist i klinisk psykologi
- ✓ Sosionom med klinisk videreutdanning
- Klinisk pedagog

Godkjenning av poliklinikken forutsetter at det er tilsatt godkjent faglig leder og at «en vesentlig del» av de foreskrevne fagstillinger er besatt. (Sosialdepartementet 1991)

BUPA er en avdeling ved Telemark sentralsjukehus, og består av en poliklinikk og en familieklinikk med et døgntilbud.

BUPA var tidligere ledet av en avdelingsoverlege som var spesialist i barnepsykiatri. Etter at denne legen sluttet våren 1994, har det ikke vært mulig å få en overlege til stillingen som avdelingsleder. Avdelingen har etter dette hatt konstituerte ledere. Først var avdelingen ledet av sjefspsykologen fram til sommeren 1997 da vedkommende fikk innvilget ett års permisjon. Under denne permisjonstiden har avdelingen vært ledet av en annen psykologspesialist tilknyttet avdelingen.

I tillegg til avdelingens formelle ledelse, har det vært ledelsesfunksjoner knyttet til den interne organiseringen av avdelingen. Familieklinikken har hatt en egen leder, underlagt avdelingsleder, men med delegerte oppgaver og ansvar for den daglige driften. Også de tre teamene i poliklinikken har hatt en leder hver. Denne teamledelsen har fungert innad i avdelingen, men har ikke hatt noen formell posisjon i sjukehussystemet. Lederstillingene har ikke vært utlyst eksternt, og det har i perioder heller ikke vært gitt noen lønnskompensasjon for dette ledelsesarbeidet.¹ Avde-

¹ Enkelte stillinger har vært utlyst med mulighet for teamlederstilling.

lingsledelsen ved BUPA har forsøkt å få til en omorganisering, slik at teamledelsen ble mer formalisert. Personalavdelingen ved sjukehuset har motsatt seg dette.

Ledelsen ved BUPA har kontorstøtte bestående av sekretær og fullmektiger som til sammen dekker tre og en halv stilling. To stillinger er knyttet til virksomheten ved Hans Cappelens Minde og halvannen stilling er knyttet til virksomheten ved Stigertun. Kontorpersonalet har ikke vært underordnet ledelsen ved BUPA, men ledelsen ved psykiatrisk sektor, og vært administrativt plassert under sektorkonsulenten.

3.3 Trekk ved organisasjonsstrukturen som BUPA inngår i

Organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten ved Telemark sentralsjukehus, og sjukehusets organisering av de personaladministrative tjenestene, har skapt en organisasjonsstruktur rundt BUPA med tre administrative linjer. Vi kan kalle dette en faglig og administrativ ledelse, en kontoradministrativ ledelse, og en personalledelse.

BUPAs faglige personale er underlagt sektorledelsen i administrative spørsmål. Denne administrative linjen har stor betydning i økonomiske saker og kan ha betydning i spørsmål om faglige prioriteringer, for eksempel i ansettelsessaker der sektorledelsen formelt innstiller etter råd fra avdelingsledelsen.

Kontorpersonalet ved avdelingen har imidlertid under sektororganiseringen ikke vært underlagt avdelingsledelsen, men derimot sektorledelsen og sektorledelsens stab. Dette kan vi kalle en kontoradministrativ ledelse. Organiseringen gjør at ledelsen ved BUPA ikke har direkte ansvar for eller instruksjonsmyndighet overfor kontorpersonalet som virker ved avdelingen.²

Personalledelsen ved Telemark sentralsjukehus er organisert i en administrasjonsavdeling der personalseksjonen har ansvar for spørsmål knyttet til ansettelse og lønsplassering. Formelt er det sjukehusdirektøren som ansetter personale, men denne myndigheten er delegert til administrasjonssjef eller personalleder. Det er også administrasjonssjef eller personalleder som bestemmer lønsplassering ved nyansettelser og har ansvar for lønnsforhandlinger ved sjukehuset.

Det er viktig å holde disse tre administrative linjene atskilt når problemer eller konflikter knyttet til BUPA og BUPAs ledelse skal analyseres.

² Fra og med 01. november 97 er denne ordningen opphørt, og kontorpersonalet er nå underlagt avdelingsleder ved BUPA.

Lederstillingen ved BUPA

Stillingen som leder ved BUPA er en avdelingsoverlegestilling for barnepsykiater. Etter at denne stillingen ble ledig våren 1994, har det ikke vært mulig for Telemark sentralsjukehus å få stillingen besatt med en lege. Avdelingen har en overlege i barnepsykiatri ansatt. Hun ble spurt om hun ville overta stillingen som leder for avdelingen, men takket nei med den begrunnelse at hun ønsket å jobbe klinisk. Fordi det var vanskelig å få tak i en barnepsykiater ble sjefpsykologen ved avdelingen konstituert i stillingen som leder ved BUPA.

Vi skal peke på to grunner til at det kan ha vært vanskelig å få besatt lederstillingen. For det første er det for tiden vanskelig å få fagfolk med riktig kompetanse til en rekke stillinger innen helsesektoren. Dette gjelder ikke bare psykiatriske helseinstitusjoner, men også mange somatiske avdelinger. Mangelen på fagfolk gjør seg gjeldende ikke bare i utkantstrøk, men rammer også institusjoner i sentrale strøk.³ Dette gjør at sjukehus ofte må konkurrere med hverandre om søkere eller forsøke å skaffe fagkompetanse i markedet for privatpraktiserende.

Hvilke tiltak Telemark sentralsjukehus har satt i verk for å få besatt lederstillingen ved BUPA med en barnepsykiater er ikke undersøkt. Det er på det rene at i et marked med knapphet på fagfolk, vil sjukehusets personalpolitikk ta sikte på å beholde ansatte, og arbeidsgivers evne til å løse administrative problemer, være av stor betydning. De ansatte ved BUPA opplever at sjukehuset ikke fører noen politikk for å beholde sitt personale. De hevder at ressursene utelukkende går til å sikre nytt personale, og at personale som allerede er ansatt neglisjeres. Dette gjelder særlig i lønnspolitisk henseende. Dette har gjort at det er påtagelige lønnskiller mellom nyansatte og tidligere ansatte. Det blir hevdet at nyansatte uten praksis har fått flere lønnstrinn mer enn tidligere ansatte med lengre praksis.⁴ Det påpekes at den manglende oppfølgingen av personalet kan være noe av grunnen til at mange har sluttet ved avdelingen etter noen tid.

Det er også grunn til å spørre om fylkeskommunen har sett den fylkeskommunale lønnspolitikken i sammenheng. Mange av de ansatte fagpersonene ved BUPA mener at samme yrkesgruppe lønnes langt bedre for eksempel innenfor det fylkeskommunale barnevernet. Dette kan ha vært med på å tappe barne- og ungdomspsykiatrien for fagpersoner. I en situasjon med mangel på fagfolk kan en satsing på én tjenestesektor fort føre til uønskede virkninger for en annen. Dersom fylkeskommunen ikke vil ta et overordnet ansvar i lønnspolitikken, bør den vurderer

³ I *Samdata psykiatri* er det oppført 24 poliklinikker på landsbasis som ikke har psykiater i 1995. To av disse ligger i Oslo. En rekke poliklinikker er oppført med mindre enn en hel stilling. BUPA ved Telemark sentralsjukehus er oppført med 0,2 psykiatere. Del 2 tabell t2.6.

⁴ En informant opplyste at en ansatt psykolog med erfaring hadde lønnstrinn 40, mens en nyutdannet psykolog uten spesiell erfaring ble ansatt i lønnstrinn 42.

om de enkelte fylkeskommunale institusjonene har like betingelser for å konkurrere om arbeidskraften. I et system med sentralisert lønnsdannelse vil forhandlingene om lønns- og stillingsstrukturer mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene også ha stor betydning.

Sjukehusets personalledelse hevder at mulighetene tidligere for å gå inn med preventive tiltak på lønns- og avtalesiden har vært svært begrenset. Personalseksjonen har først fått forhandle «når søkeren har søkt seg bort og fått tilbud om stilling». Da har det i realiteten ofte vært for sent. Det har vært sjukehusets eier, fylkeskommunen, som først og fremst har lagt rammer for når sjukehuset kan intervenere via lønns- og avtaleverket overfor den enkelte ansatte. Personalledelsen mener imidlertid at dette er i ferd med å endres. Fylkeskommunen har endret syn, og personalseksjonens frihet er i dag langt større enn tidligere.

En annen årsak til at det har vært vanskelig å besette lederstillingen ved avdelingen kan være at Telemark sentralsjukehus eller Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved sjukehuset har hatt et rykte som har gjort det lite tiltrekkende å søke stillinger her. Enkelte av informantene i undersøkelsen mener at sjukehuset og avdelingen i ulike sammenhenger har slitt med dårlig rykte. Slike rykter bunner sjelden i ett enkelt forhold, men er gjerne knyttet til flere problemer ved organisasjonen de gjelder. Det kan dreie seg om dårlige lønns- og arbeidsbetingelser, dårlig ledelse eller et konfliktfylt og lite hyggelig arbeidsmiljø. Flere av informantene i denne undersøkelsen mener at mange av de problemene som kan ha gitt grobunn til et dårlig rykte, i dag ikke lenger er et problem, og at sjukehuset eller avdelingen lider ufortjent. Enkelte informanter understreket også at det i det politiske spillet om ressurser ofte har blitt trukket fram saker som har vært med å skape et dårlig eller lite helhetlig bilde av sjukehusets eller avdelingens situasjon, og at dette kan ha vært med på å forsterke det negative bildet allmennheten eventuelt måtte ha. Både sjukehuset og BUPA burde derfor profilere seg på en positiv måte, mente noen.

I påvente av at lederstillingen skulle besettes med en ny avdelingsoverlege ble fungerende sjefpsykolog konstituert som leder ved BUPA. Under dennes permisjonstid er en annen psykologspesialist ved avdelingen midlertidig ansatt som avdelingsleder. Vi skal berøre to problemer som kan knyttes til konstitueringen av psykologspesialist i lederstilling ved en sjukehusavdeling. Det ene er spørsmål om avlønning, det andre er knyttet til den faglige ledelsen av avdelingen.

Ved lønnsrevisjonen i 1996 ble avtaleverket for psykologer endret. Konstituert avdelingsleder ved BUPA, som var sjefpsykolog, fikk da beskjed om at tariffavtalen ikke lenger hjemlet særskilte tillegg for psykolog som var leder for

barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk eller poliklinikk.⁵ Dette var urimelig mente den konstituerte lederen. Sjukehuset fant det imidlertid vanskelig å gi sjefpsykologen kompensasjon uten hjemmel i avtaleverket. Etter forhandlinger kom likevel personalseksjonen og sjefpsykologen til enighet om en lønnskompensasjon som partene kunne godta. Da ny avdelingsleder skulle ansettes midlertidig i 1997, ble ikke sjukehuset og psykologen enige om lønns- og arbeidsbetingelsene. Psykologspesialisten valgte derfor å si opp sin stilling med virkning fra 01. januar 1998.

Både den tidligere og den nåværende psykologspesialisten som ble konstituert som avdelingsleder, opplevde forhandlingene med personalseksjonen om lønnsbetingelser som uønskede og ubehagelige. Mens en overlege automatisk ville gis lønnskompensasjon for å ta en lederstilling, opplevde psykologene at de måtte slåss med arbeidsgiver for å få en kompensasjon de fant akseptabel. Dette ga psykologene en følelse av ikke å bli verdsatt og ivaretatt av sjukehuset som var arbeidsgiver når de sa seg villig til å påta seg et lederverv i en vanskelig situasjon for sjukehuset.

Personalledelsen har ansvar for en begrenset del av personalpolitikken ved sjukehuset. Dermed er også oversikten over og informasjonen om de enkelte stillinger begrenset. Dette kan i noen sammenhenger gjøre det vanskelig å føre en enhetlig personalpolitikk som ivaretar alle hensyn. Generelt kan vi si at oppdelingen i en faglig og administrativ ledelse og en personalledelse, lett kan gi en lite helhetlig ledelse overfor den enkelte ansatte. I et system med et sentralisert lønns- og avtalesystem vil problemene med en slik todelt ledelse ikke være så store. Det har vært et vanlig system innenfor statlig og kommunal forvaltning eller virksomhet. Men lønns- og avtalesystemene er nå i ferd med å endres i offentlig sektor. Mer lokal og individuell lønnsdanning er blitt vanlig. (Nebben 1996) Særlig gjelder dette ved nyansettelser og for spesielle yrkesgrupper eller stillingskategorier. En slik utvikling stiller langt større krav til at den faglige og administrative ledelsen involveres i personalpolitikken. I privat virksomhet har delegering av deler av lønns- og personalansvaret til linjeledere fulgt utviklingen av lokal og individuell lønnsdanning. Det er imidlertid få større virksomheter som klarer seg uten en personalfunksjon som ivaretar en helhetsvurdering og oppfølging av lønnsforholdene i hele virksomheten.

Også spørsmålet om faglig ledelse av avdelingen ble aktualisert ved ansettelse av psykolog i stillingen som avdelingsleder. Problemet er juridisk intrikat, og

⁵ Lønnsforskjellene kan konkretiseres med tall fra fellesoverenskomsten for kommunal sektor 1994–1996. Overenskomsten gir overlege fra fire til seks lønnstrinn i kompensasjon når overlegen har stilling som avdelingsoverlege. Det ga i henhold til avtalen en lønsplassering i lønnstrinn 47–63. Sjefpsykolog skulle i henhold til avtalen lønnes i lønnstrinn 43–51. Noen avdelingslederstilling for psykolog er ikke angitt i overenskomsten, men i en særbestemmelse var det slått fast at det skulle gis tillegg på fire lønnstrinn til psykolog som var tillagt den faglige og administrative ledelsen av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk/klinikk. Det var denne bestemmelsen som i 1996 gikk ut av avtaleverket.

involverer profesjonsinteresser. Vi skal bare gå inn på enkelte sentrale problemstillinger her.

BUPA ved Telemark sentralsjukehus er organisert som en sjukehusavdeling. Det gjør at sjukehusets bestemmelser om avdelingsledelse er gjort gjeldende. Telemark sentralsjukehus praktiserer en delt avdelingsledelse, der en overlege og en oversykepleier ivaretar lederansvar og lederfunksjon. På den annen side faller BUPA også inn under lov om psykisk helsevern og forskrifter som gjelder institusjoner innen det psykiske helsevern og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Forskrift om ansvarsforhold m.v i institusjoner innen det psykiske helsevern fastsetter at institusjonens overlege skal være faglig leder. Overlegen har behandlingsansvaret og er «overordnet alt personale med behandlingsfunksjoner». (Sosialdepartementet 1978) Et unntak fra denne regelen finner vi i forskriften for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Den slår fast at en slik poliklinikk skal ledes av en barnepsykiater eller en spesialist i klinisk psykologi. (Sosialdepartementet 1991)

Det er altså tre bestemmelser som synes å være relevante for organisering av avdelingsledelsen: sjukehusets og sjukehuseiers politikk for ledelse av medisinske sjukehusavdelinger, forskrifter om psykiatriske helseinstitusjoner og forskrifter for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker.

Det ser ut som sjukehuset har ivaretatt sin politikk med hensyn til delt ledelse, ved å la ledelsen av psykiatrisk sektor være delt mellom en overlege og en oversykepleier.⁶ Det er videre hevdet at BUPA som barnepsykiatrisk avdeling må ledes av en overlege. Begrunnelsen for dette er at avdelingen har sengeposter, det vil si overnattingstilbud til familier som legges inn for behandling ved familieklinikken. Dette overnattingstilbudet er ikke en del av poliklinikken i lovens forstand, slik at forskriftene for institusjoner innenfor psykisk helsevern her kommer til anvendelse og ikke forskriftene for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Det synes ikke i dag å være stor strid ved sjukehuset om avdelingsleder ved BUPA skal være overlege eller psykologspesialist. Avdelingslederstillingen er en stilling for overlege. Enkelte har imidlertid påpekt at det ville være lettere å få besatt stillingen fast dersom sjukehuset også kunne rekruttere blant psykologspesialister.

Da en psykologspesialist skulle konstitueres i stillingen som avdelingsleder etter at overlegen var sluttet, oppsto det noen uklarheter knyttet til forståelsen av begrepet faglig leder. Den konstituerte psykologen fikk beskjed om at hun ville ha et administrativt lederansvar, men ikke ansvar for den faglige ledelsen. Det ansvaret ville ligge hos avdelingens andre overlege selv om vedkommende ikke var ansatt i lederstilling.

⁶ Voksenpsykiatrisk avdeling har stillinger for sykepleiere. En slik delt ledelse synes derfor ikke urimelig. BUPA har imidlertid ikke slike stillinger.

Vi kan ikke gå inn på hvordan denne konflikten ble løst, eller i hvilken grad den fortsatt eksisterer. Det er imidlertid registrert noe ulik oppfatning av situasjonen hos forskjellige aktører. Dette gir anledning til å påpeke hvor uklart begrepet faglig ledelse er, og hvor upresist det brukes i helsesektoren. Det vil alltid være en glidende overgang mellom *administrativ* ledelse, som er knyttet til arbeidsgiveransvaret og rammer for driften gitt gjennom lover og eierskap, og *faglig* ledelse, som er knyttet til den enkelte yrkesutøvers virksomhet og faglige autonomi, og organiseringen av arbeidet i samsvar med denne autonomien.⁷ Det er derfor viktig at arbeidsgiver, i dette tilfellet Telemark sentralsjukehus, forsøker å være så klar som mulig overfor ledere og ansatte når det gjelder hvilket ansvar og hvilken kompetanse som er delegert.

Uklarhetene i spørsmål om faglig ledelse ved BUPA kan trolig delvis knyttes til sammensetningen av yrkesgrupper ved avdelingen. BUPA er en atypisk avdeling ved Telemark sentralsjukehus i så henseende, med få leger, ingen sykepleiere, men relativt mange psykologer, flere pedagoger, sosionomer og familiekonsulenter. Den hierarkiske organiseringen av sjukehuset, og den faglige dominansen leger og sykepleiere har hatt i ledelsen av sjukehusavdelingene ved Telemark sentralsjukehus, kan etter vår mening ha medført at både sjukehusets ledelse og sektorledelsen ikke klart har sett de særtrekk og behov BUPA har hatt klart, og at den konstituerte ledelsen ved avdelingen i noen sammenhenger har følt seg fremmed overfor sjukehusets ledelsesstruktur.

Sektororganiseringen

Samlingen av barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien i en psykiatrisk sektor ved Telemark sentralsjukehus har hatt flere viktige konsekvenser for BUPA.

De ansatte og ledelsen ved BUPA opplever at avdelingen er forskjellig fra voksenpsykiatrien i flere henseende. BUPA har ingen regulær sengeavdeling for psykiatriske pasienter, og avdelingen har en annen sammensetning av fagpersonalet enn vi finner i voksenpsykiatrien. Den tidligere ledelsen ved BUPA var derfor uenig i at barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien skulle samles i én psykiatrisk sektor. I tillegg til at dette er en strid om makt og innflytelse i organisasjonen, er det også knyttet en faglig profesjonsstrid til dette spørsmålet. Det er til dels store forskjeller i teoritradisjoner, syn på psykiske lidelser, betydningen av diagnostisering og på behandlingsmetoder i de to fagtradisjonene. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 4 og 5.

⁷ For en drøfting av forholdet mellom faglig og administrativ ledelse i helseinstitusjoner, se NOU 1997:2.

Sektororganiseringen medførte at avdelingsoverlegen ved BUPA ble underordnet en sektorledelse. Sektoroverlegen som ble ansatt hadde bakgrunn fra voksenpsykiatrien. Det hadde også sektoroversjokepleieren som ble ansatt. Ledelsen ved BUPA følte seg trolig både vingeklippet og underlagt en ledelse uten erfaring fra barne- og ungdomspsykiatrien. Sektororganiseringen gjorde veien fram til beslutningstakerne både ved sjukehuset, i fylkesadministrasjonen og de politiske fora lenger. Flere aktører har pekt på at det har vært vanskelig å få avdelingens synspunkter fram både til direktøren ved sjukehuset, og til den fylkeskommunale helseadministrasjonen.

Også ressursfordelingen innen det psykiatriske helsetilbudet ved sjukehuset, ble berørt av sektororganiseringen. Avdelingsledelsen mente at forskjellene mellom voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien gjorde det vanskelig å konkurrere om ressurser internt i sektoren. Voksenpsykiatrien har mer synlige behov, som en informant uttrykte det. Arbeidsmetodene er annerledes, og enkeltpersoner står gjerne i fokus. I barne- og ungdomspsykiatrien er arbeidet mer rettet mot familier og institusjoner i barnas hverdag. Dermed blir ikke ressursbehovene like synlige og akutte, som innenfor voksenpsykiatrien. Avdelingsledelsen ved BUPA følte i lang tid at avdelingen ikke fikk tilstrekkelige ressurser. Det var for eksempel ikke midler til å kjøpe inn nødvendig datautstyr. Dette gjorde ikke bare arbeidssituasjonen tungvint og utilfredstillende for de ansatte, men gjorde det vanskelig for avdelingen å imøtekomme lovpålagte krav om avlevering av data knyttet for eksempel til BUP-data systemet. Samtidig med den vanskelige ressurstilgangen hadde avdelingen ikke brukt opp budsjetterte lønnsmidler på grunn av ledige stillinger. Avdelingen opplevde dermed en situasjon med svært knappe ressurser til å ivareta avdelingens drift, samtidig som ubrukte lønnsmidler ble overført til voksenpsykiatrien. Gode arbeidsforhold og tilgang til nødvendig utstyr som datamaskiner og programvare ble av sektoren og sjukehuset ikke sett i sammenheng med avdelingens problemer med å rekruttere nytt personell.

Informantene peker på at personlige forhold og personkonflikter også har vært årsak til noen av problemene i psykiatrisk sektor. Etter at disse konfliktene ble løst har forholdet mellom BUPA og sektorledelsen fungert bedre. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 6.

Kontoradministrativ ledelse

Det har vært knyttet noe uklarhet til ledelsen av de kontoradministrative tjenestene ved BUPA. Formelt har tjenesten vært underlagt sektorledelsen og sektorkonsulenten. Hvorvidt det også har fungert en intern ledelse av tjenesten ved BUPA er uklart. Noen av de ansatte ga uttrykk for at de ikke hadde kjennskap til at det har

vært knyttet noen arbeidsinstruks til disse stillingene⁸, men det har i perioder vært praktisert en hierarkisk struktur der en av personalet har fungert som leder eller kontaktperson overfor sektorkonsulentene. Denne praksisen, og uklarheten om lederansvaret, har ført til en konflikt mellom kontorpersonalet. Konflikten er ikke blitt løst på noen tilfredsstillende måte. Dette kan ha flere årsaker.

Sektorledelsen, som har det formelle ansvaret, har enten ikke hatt tilstrekkelig kunnskap om konflikten, eller har valgt ikke å intervensjonere. Avdelingsledelsen som har vært kjent med konflikten, har ikke klart å løse den. En grunn til at avdelingsleder ikke tidligere har gått inn i konflikten har trolig vært at det formelle ansvaret har ligget hos sektorleder. Problemet kan dermed både bunne i dårlig kommunikasjon og organisering av lederansvaret for den kontoradministrative tjenesten ved avdelingen, i dårlig kommunikasjon mellom avdelingsleder og sektorledelse eller i manglende vilje eller evne på de to berørte ledernivåene til å løse konflikten.

3.4 Oppsummering

De ulike problemene knyttet til lederstillingen og sektororganiseringen viser at arbeidsgiver ikke har klart å skape en integrert ledelse innenfor det psykiatriske tilbudet ved sjukehuset. Ledelsen ved BUPA har ikke følt seg ivaretatt og støttet, og har dermed ikke fungert som representant for sjukehusets ledelse overfor avdelingen. I stedet har avdelingsledelsen fått en stilling som de ansattes talsmann overfor sektor- og sjukehusledelsen. Et slikt motsetningsforhold er ikke heldig dersom avdelingsledelsen skal kunne fungere som en overordnet kraft i avdelingen og skjøtte sitt ansvar for å utvikle strategier og langsiktig planlegging av drift ved avdelingen.

Vi har pekt på fire problematiske trekk ved den organisasjonsstrukturen BUPA har vært en del av.

- Tre ulike administrative linjer har gjort det vanskelig å føre en langsiktig personalpolitikk, og har ført til at ledelsen ved BUPA ikke har hatt instruksjonsmyndighet overfor kontorpersonalet ved avdelingen.
- Vanskelighetene med å få besatt lederstillingen ved BUPA skyldes dels en generell mangel på fagfolk, men kan også ha noe av sin bakgrunn i at avdelingen og sjukehuset i perioder har hatt et dårlig rykte.

⁸ I en intern intervjuundersøkelse blant alle ansatte ved Telemark sentralsjukehus høsten 1993 svarte 58 prosent av de ansatte at det ikke finnes eller at de ikke vet om det finnes noen arbeidsbeskrivelse/-instruks for deres stilling. Sjukehusstyret: sak 97/94 Endringer i organisasjonsplanen.

- Det har vært problemer knyttet til konstitueringen av psykologspesialist i lederstillingen, som dels skyldes lønns- og avtalemessige forhold som personalavdelingen har hatt ansvar for, dels er skapt ved at BUPA er definert som en sengeavdeling og at dette aktualiserte problemer knyttet til spørsmål om den faglige ledelsen av avdelingen.
- Det har vært konflikter knyttet til organiseringen av psykiatrisk sektor som har gjort at ledelsen ved BUPA ikke har følt at avdelingens interesser har vært tilstrekkelig ivaretatt.

4 Pasienter og behandlingstilbud ved BUPA

I dette kapittelet skal vi se hvilke pasientgrupper som får et tilbud ved BUPA. Vi skal også se hvordan henvisning, inntak og fordeling av saker foregår ved avdelingen. Gjennom å se på hvilken kompetanse BUPA har, hvordan denne utnyttes, og hvilken funksjons- og arbeidsdeling som er etablert ved avdelingen, er målsettingen å gi et bilde av hva som skjer når en pasient blir henvist til BUPA, og hvordan avdelingen er organisert for best mulig å utnytte avdelingens kompetanse i behandlingen av pasientsakene.

4.1 Pasientgrupper ved BUPA

Gjennom BUP-datasystemet kan vi få oversikt over hvilke pasientgrupper som henvises til BUPA. Vi skal være oppmerksom på at det er henvisende instans som angir grunnlaget for behandling, og at henvisningsgrunn ikke nødvendigvis vil være det samme som en endelig diagnose. I tabell 4.1 ser vi hvor mange pasienter BUPA hadde til behandling i 1995 og 1996, samt henvisningsgrunn for pasienter som ble henvist i 1996, fordelt på de to klinikkene.

Vi ser av tabell 4.1 at BUPA i 1996 hadde 324 pasienter til behandling ved poliklinikken og 179 ved familieklinikken, totalt 503 pasienter. Av disse var henholdsvis 156 og 82 nye henvisninger. Vi kan også se at det er variasjoner i type problematikk som fordeles til de to klinikkene. Eksempelvis har ikke familieklinikken pasienter der henvisningsgrunn er autistiske eller psykotiske trekk. Også pasienter med hyperaktivitet som henvisningsgrunn behandles fortrinnsvis i poliklinikken. Disse skillene gjenspeiler forskjeller i behandlingstilbud ved de to klinikkene. Fordelingen av pasienter etter henvisningsgrunn avviker ikke vesentlig fra landsgjennomsnittet.

De tilgjengelige tallene for hoveddiagnoser gir ikke noe nøyaktig bilde av de pasientgruppene BUPA har. Det er grunn til å tro at tallmaterialet over diagnoser er mangelfullt når det gjelder barne- og ungdomspsykiatrien generelt. SINTEF har i Samdata Psykiatri (Hatling (red.) 1997) valgt ikke å ta med tall om diagnostisering når det gjelder barne- og ungdomspsykiatrien. Mens diagnostisering etter ICD-9

benyttes for voksenpsykiatri, brukes utelukkende henvisningsgrunn i tabellene som gjelder barne- og ungdomspsykiatrien.

I tabell 4.2 går det fram at en overveiende del av pasientgruppen ved BUPA ikke har fått noen diagnose. Ved poliklinikken er over 50 prosent av pasientene plassert enten under kategorien ingen psykiatrisk diagnose¹ eller spørsmålet om

Tabell 4.1 Pasienter etter henvisningsgrunn ved BUPA

	BUPA totalt		Poliklinikken		Familieklirikken	
	1995	1996	1996	Hvorav nye 1996	1996	Hvorav nye 1996
Autistiske trekk	27	28	28	2	-	-
Psykotiske trekk	8	5	5	1	-	-
Suicidalfare	20	22	15	12	7	3
Hemmet adferd	21	19	13	7	6	2
Angst/fobi	48	44	26	12	18	7
Tvangstrekk	10	16	11	7	5	2
Tristhet/depresjon	51	65	40	26	25	18
Skolefravær	12	15	3	1	12	5
Atferdsvansker	99	98	57	26	41	20
Hyperaktivitet	20	35	34	20	1	0
Asosial/kriminalitet	-	1	0	0	1	1
Lærevansker	8	7	6	4	1	0
Språk/talevansker	12	8	8	1	-	-
Syn/hørselsproblem	-	2	1	0	1	1
Spiseproblem	26	14	6	4	8	2
Andre somatiske symptomer	16	15	11	6	4	2
Annet	72	55	37	17	18	5
Ingen	32	21	12	5	9	1
Mangler*	27	33	11	5	22	13
Totalt	509	503	324	156	179	82

* Omfatter også en pasient for 1996 i en kategori uten tekst. Statistisk materiale, BUPA Telemark sentralsjukehus.

¹ Kategorien *ingen psykiatrisk diagnose* brukes der kriteriene for diagnose ikke er oppfylt eller der pasienten bare har akse II eller akse III diagnose (det vil si spesifikke utviklingsforstyrrelser eller målt intelligensnivå). Bruken av denne kategorien er svært skjevt fordelt på landsbasis. I enkelte fylker, som Telemark, brukes kategorien ofte, mens den for andre fylker nesten ikke er i bruk. Telemark blir dermed liggende på over det dobbelte av landsgjennomsnittet. (NFBUI 1997:55f).

diagnose står ubesvart. For familieklinikken gjelder det samme for over 65 prosent av pasientene. Den manglende diagnostiseringen kan ha flere årsaker.

For det første gjelder tallene hele pasientgruppen, også de som står på venteliste. Mange av disse var ennå ikke tatt inn til konsultasjon da statistikken ble utarbeidet. For deler av pasientgruppen er arbeidet med diagnostisering, utredning eller behandling bare er i en oppstartingsfase.

For det andre er det grunn til å tro at arbeid med diagnostisering er langt mindre vanlig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien enn det er i voksenpsykiatrien. Her kan tradisjon og utvikling av verktøy for diagnostisering spille inn. Diagnosesystemene DSM-1 fra 1952 og ICD-8 fra 1967 inneholdt få diagnostiske kategorier for psykiatiske lidelser hos barn og unge. (Zeiner og Stene Nøvik 1996). Dette kan ha utviklet en behandlingstradisjon innenfor barne- og ungdomspsykiatrien der formell diagnostisering ikke har noen framtreddende plass. Men også sammensetningen av yrkesgrupper i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker kan ha hatt betydning for holdningene til diagnostisering. At barne- og ungdomspsykiatrien har vært dominert av psykologer, og ikke leger, kan ha gjort interessen for å utvikle tilpassede diagnosesystemer mindre.

Tabell 4.2 Pasienter etter diagnose ved BUPA Telemark sentralsjukehus. Tall fra 1996*

	Poliklinikken		Familieklinikken	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ingen psykiatrisk diagnose	55	17,0	40	22,3
Barnepsykose	34	10,5	-	0,0
Nevrose	9	2,8	3	1,7
Anorexia	0	0,0	2	1,1
Uspes. spiseforstyrrelse	1	0,3	1	0,6
Andre syndromer	4	1,2	1	0,6
Tilpasningsreaksjoner	28	8,6	16	8,9
Atferdsforstyrrelser	14	4,3	4	2,2
Følelsesmessige forstyrrelser	27	8,3	7	3,9
Hyperaktivitet	20	6,2	1	0,6
Andre	44	13,6	23	12,8
Ubesvart	88	27,2	81	45,3
Totalt	324	100,0	179	100,0

* Kilde: Statistisk materiale, BUPA Telemark sentralsjukehus. Tallene gjelder nye henvisninger 1996 og pasienter overført fra året før.

Da tallmaterialet fra 1996 ble etablert på BUPA, var diagnosesystemet ICD-9 fra 1978 i bruk. Fra og med 1997 foregår diagnostisering i barne- og ungdomspsykiatrien etter ICD-10 fra 1992 (NFBUI, 1997:54). Undersøkelser har vist at det har vært liten enighet mellom klinikere om bruken av teoretiske begreper, mens enigheten har vært større når det gjelder bredt definerte fenomenologiske diagnoser. I videreutviklingen av diagnosesystemer har en derfor forsøkt å basere diagnostiseringen i større grad på symptom mønstre framfor teorier (Zeiner og Stene Nøvik 1996). Denne utviklingen kan spores i diagnosesystemet ICD-10 som i dag benyttes i BUP-datasammenheng. Den manglende formelle diagnostiseringen ved BUPA kan dermed ha sin årsak dels i en behandlingstradisjon som har vært dominerende innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, dels i mangelfulle eller dårlig tilpassede diagnostiske systemer. Vi kommer tilbake til eventuelle ulikheter mellom BUPA og andre behandlingsmiljøer i Telemark i synet på og bruken av diagnoser i kapittel 7.

En tredje grunn til at diagnostisering i liten grad forekommer tidlig i behandlingsprosessen ved BUPA og andre barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner, finner vi i de spesielle forholdene som gjelder barne- og ungdomspsykiatri. Barn er i utvikling, men utvikler seg ulikt og gjør det vanskeligere enn i voksenpsykiatrien å skille mellom normalitet og sykdom, slik den medisinske tradisjon forutsetter.

Til tross for faglig uenighet om formell diagnostisering er det imidlertid viktig å understreke at det også innen barne- og ungdomspsykiatrien er viktig å gjøre grundige diagnostiske utredninger før man igangsetter behandling, etablerer prognoser for utvikling eller igangsetter tiltak i familie eller nærmiljø. Dette gjelder særlig for institusjoner som tar i mot pasienter med svært forskjellige og ofte uklare symptomer.

4.2 Inntak: henvisning, vurdering, fordeling

Pasientene som tas inn ved BUPA blir henvist fra en rekke instanser. I tabell 4.3 ser vi pasienter fordelt etter henvisende instans. Den største pasientgruppen, litt over 20 prosent, blir henvist fra psykologisk-pedagogisk rådgivningstjeneste ved skolen. Også leger står for rundt 20 prosent av henvisningene. Ved siden av sosialkontorene er foreldre og foresatte en gruppe som står for mange henvisninger.

BUPA har valgt å ta i mot pasienter som henvises direkte fra foreldre eller foresatte. Begrunnelsen er at behandlingstilbudet skal være tilgjengelig også for pasienter eller familier som vegrer seg for å henvende seg til lege eller annen hjelpeinstans i førstelinjen. Vanligvis ber avdelingen pasienter uten henvisning fra lege om å kontakte sin lege for å få en henvisning, men ved noen tilfeller tas pasienter i

Tabell 4.3 Henvisningsgrunn for pasienter ved BUPA 1996

Henvisende instans	Poliklinikken	Familieklubben
Pasienten	1	-
Foreldre/foresatte	41	30
Skole/fritidsordning	2	4
Barnehage/førskole	1	-
PP-tjeneste	80	36
Spesialske/2. skole	3	1
Lege	71	29
Skolehelsetjenesten	9	6
Helsestasjon	4	3
Somatisk sykehus	24	4
Annen somatisk institusjon	5	-
Habiliteringstjenesten	1	-
Sosialkontor	20	20
Barnevern (kommunalt)	25	7
Barnevern (fylkeskommunalt)	9	-
Barnevernsinstitusjon	3	-
Flyktninge/innvandrertjenesten	0	5
BUP poliklinikk/-avdeling	3	11
Voksenpsykiatri	2	12
Psykolog/psykiater (privat)	2	2
Familievernkontor	1	3
Rusmiddelomsorg	1	2
Krisesenter	1	1
Politi/lensmann/rettsvesen	1	-
Andre*	12	2
Ubesvart	2	1
Totalt	324	179

* Tallet for familieklubben omfatter også en pasient hvor henvisende instans ikke var oppgitt.

Kilde: Statistisk materiale, BUPA Telemark sentralsjukehus. Tallene gjelder nye henvisninger 1996 og pasienter overført fra året før.

behandling uten henvisning fra lege. Avdelingen får ikke refusjon fra trygdekassen for disse pasientene.²

Alle pasienter som henvises til BUPA skal registreres på et BUP-skjema. Her registreres opplysninger om pasienten, foreldre/foresatte og andre familieforhold, og henvisende instans skal gi en begrunnelse for henvisningen og en presisering av det oppdrag som skal utføres. BUPA har sendt dette skjema til de ulike henvisende instansene, og bedt dem benytte skjema ved henvisninger. I mange tilfeller blir imidlertid skjemaet ikke brukt. Dette gjelder i særlig grad privatpraktiserende leger. Dette medfører at inntaksansvarlig ved BUPA får et merarbeid med å hente inn opplysninger om pasienter før henvisningen kan behandles på inntaksmøte. Avdelingen burde etter vår mening vurdere å sende mangelfulle henvisninger i retur.

Ansatte ved BUPA mener at henvisende instans enkelte ganger foretar en strategisk utfylling av BUP-skjemaet. I perioder med lange ventelister kan en henviser sikre en raskere saksgang for en pasient ved å benytte henvisningsgrunner som vanligvis gir rask saksbehandling. Ansatte ved BUPA mener at dette har skjedd ved at for eksempel «mulig suicidalfare» er ført opp på BUP-skjema uten indikasjoner.

BUPA har en vaktordning for håndtering av henvendelser for øyeblikkelig hjelp. Den er organisert som en turnus der alle fagpersoner ved avdelingen har ansvar for å ta i mot henvendelser. Det er ført opp en bakvakt som involveres dersom det er behov. Vakten kan ha behov for hjelp hvis det er svært mye å gjøre, hvis det er behov for å samtale med en annen person om en sak, eller dersom det er behov for å gi behandling øyeblikkelig. Enten inntaksvakten eller bakvakten skal være lege eller psykolog som kan ha behandlingsansvaret. Det er imidlertid ingen fast rutine at den som har bakvakt er forpliktet til å være til stede ved avdelingen. I praksis kan bakvakten være reist ut på tjenesteoppdrag andre steder i fylket, eller endog avspasere eller være i Oslo på undervisning. En slik mangelfull vaktordning synes urasjonell, og kan skape vanskelige situasjoner for den som sitter alene igjen med ansvaret. Det fører også til at lege eller psykolog i mange tilfeller ikke er tilgjengelig for vakten.

Henvisninger blir tatt i mot og registrert av kontorpersonalet. De vil påse at det foreligger tilstrekkelige opplysninger om en pasient til at saken kan behandles på inntaksmøte. Saken blir deretter behandlet på førstkommande inntaksmøte. Inntaksmøte holdes en gang i uken. Her deltar avdelingsleder og teamlederne deltar. På inntaksmøtet blir henvisningene vurdert og fordelt til de enkelte teamene. Famileklinikken fungerer i denne sammenheng som et team. Det er ikke utarbeidet

² I følge BUPA var det en forutsetning ved innføringen av refusjonsordningen at den ikke skulle endre praksis. Den ordningen som følges ved BUPA i dag er bare en videreføring av gammel praksis.

noen regler eller retningslinjer for hvordan saker skal fordeles.³ De ansatte opplyser at det ved fordelingen av saker legges vekt på følgende forhold:

- Henvisningsgrunn og oppdrag
- Ønske fra pasient/familie om spesiell behandling (for eksempel familierapi)
- Pasientens alder

Hvilken behandlingsform som er egnet i det enkelte tilfellet

- Kapasitet ved teamene

Flere av de ansatte opplever at det kan være tilfeldig hvilket team som får en sak til behandling. Over tid kan antallet innenfor de ulike grupperingene av henvisningsgrunn variere. Veksten i antall henvisninger på grunn av atferdsforstyrrelser og hyperaktivitet har ført til at team for utviklingsforstyrrelser har fått mange saker, og dermed lengre ventelister enn de andre teamene. Mangel på kapasitet ved enkelte av teamene har i perioder også ført til at saker har blitt behandlet av andre team.

Når nye saker er behandlet på inntaksmøtet og fordelt til de enkelte teamene, blir sakene tatt opp på teammøte. Teammøte avholdes en gang i uken. Her presenteres de nye sakene for teamet som vurderer hvem som skal ta saken. Heller ikke i denne fordelingsprosessen er det satt opp formelle retningslinjer for hvordan en sak skal fordeles. Opplysninger om hvilke forhold som vektlegges ved fordeling er derfor hentet fra intervjumaterialet:

- Henvisningsgrunn og oppdrag
- Type behandling som passer (for eksempel individualterapi eller familiebehandling)
- Den enkelte behandlers kompetanse og erfaring
- Antall behandlere som skal arbeide med saken
- Den enkelte behandlers kapasitet
- Samarbeidsforhold internt i teamet

Henvisningsgrunn og det oppdrag henvisende instans ber om, er utgangspunkt for vurdering av hvilken type behandling teamet velger å tilby. Selv om familiebehandling gjerne henvises til familieklinikken, vil også de andre teamene i mange saker

³ En teamleder mener at en rekke saker fordeles etter helt eksplisitte regler. Dette gjelder blant annet saker med AD/HD og autisme som går til team for utviklingsforstyrrelser, ungdomssaker med atferdsproblemer der samarbeid med barnevern er aktuelt, som går til ungdomsteamet, og saker der henviser har bedt om familierapi som går til familieklinikken.

arbeide med hele familien eller trekke inn barnehage, skole, PP-tjeneste eller andre instanser i behandlingen. Slike forhold er med å bestemme hvilken yrkesbakgrunn behandler i saken bør ha. Dersom det er en behandler i teamet med spesiell kompetanse innen et felt, for eksempel spiseforstyrrelser, er det vanlig at slike saker blir fordelt til denne behandleren.

I forskriftene for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er det slått fast at personalet ved poliklinikken skal arbeide i team. (Sosialdepartementet 1991:§ 3 Dette innebærer at det ofte er flere behandlere som har en sak. I mange tilfeller vil fordeling av arbeidsoppgaver være retningsgivende for et samarbeid mellom to eller flere behandlere i en sak. Eksempelvis kan en psykolog ta pasienten i individuellterapi, mens en sosionom tar foreldrene inn til samtale. I andre tilfeller vil det være andre faglig-metodiske avveininger som ligger til grunn for et samarbeid. I familierapi er det for eksempel vanlig at to eller flere terapeuter sammen har behandlingen og arbeider i terapirom med enveisspeil.

Enkelte ansatte påpeker at det over tid har utviklet seg et mønster for hvem som jobber sammen i en sak. Noen sier de jobber best sammen med visse personer, og begrunner dette med «personkjemi». Det er imidlertid ikke noen faste rutiner eller avtaler om hvem som skal jobbe sammen ved de enkelte teamene.

Arbeid i team der to eller flere terapeuter arbeider sammen kan ha fordeler og ulemper. Dette vil bli berørt nedenfor. I denne sammenhengen skal vi bare nevne at mangelen på fagpersonell ved BUPA de siste årene har hatt innvirkning på hvordan personalet har kunnet legge opp sitt arbeid. Teamene har i perioder måttet begrense samarbeidet og i stor utstrekning la én person arbeide med hver sak. Det kan være grunn til å tro at dette har påvirket det behandlingstilbud avdelingen kunne tilby, kanskje også med hensyn til kvalitet. Mange av de ansatte opplyser at det i perioder har vært svært krevende å stå alene med et stort antall saker. Nyutdannede har opplevd dette som et meget stort ansvar som de har følt som en stor arbeidsbelastning. Begrensede muligheter til å jobbe flere sammen om en sak, kan også ha påvirket utviklingen av miljø og samarbeidsforhold internt på avdelingen.

På teammøtet hvor saker blir fordelt, er det opp til den enkelte behandler å regulere hvor mange saker vedkommende vil ta på seg. Forskjeller i arbeidsmåte, arbeidsoppgaver og yrkesbakgrunn vil påvirke den kapasitet den enkelte har. Vanligvis vil en lege som har ansvar for medisinerings være involvert i langt flere saker enn en familierapeut som i en periode arbeider intensivt med noen få familier. Mangelen på overordnede retningslinjer for fordeling av pasienter og oppfølging av antall pasienter som fordeles på hver behandler kan imidlertid føre til ulik belastning på personalet. Enkelte ansatte har i intervju hevdet at det har vært vanskelig å skjerme seg, og at det har vært et individuelt anliggende hvor mange saker man skulle ta.

BUPA opererer med venteliste på to nivåer. Pasienter kan settes på en generell venteliste før saken er fordelt til et av teamene. Det sendes da ut et ventebrev til

pasienten med beskjed om at saken er mottatt, men at det på grunn av kapasitetsproblemer vil ta inntil seks måneder før pasienten vil bli innkalt. Pasienter som er oppført på denne generelle ventelisten blir vurdert ved hvert nytt inntaksmøte sammen med nye henvisninger.

Også etter at en sak er fordelt til et team kan det komme på tale å sette pasienten på en venteliste. Vanligvis er det da avgjort hvilke behandlere på teamet som skal ha saken. Dersom disse ikke har kapasitet til å innkalle til en samtale med en gang, blir det sendt ut et annet ventebrev, der pasienten får beskjed om at vedkommende skal få et behandlingstilbud, og vil bli innkalt. Innkalling skjer vanligvis i løpet av noen uker.

Vurdering av inntaksprosedyrene

Det er tre forhold som står sentralt i forbindelse med inntak av nye pasienter. Pasientene skal tilbys behandling på kortest mulig tid, beslutningstakerne må ha tilstrekkelig korrekt informasjon, og fordeling av pasienter må skje på en slik måte at pasienten får riktig behandling og møter riktig hjelpeperson.

BUPA har i hovedsak valgt å bygge inntaket sitt på det materialet som framkommer i en henvisning. Det kan være flere grunner til å gjøre dette. En begrunnelse som er gitt, er at denne prosedyren forenkler inntaket og forkorter saksbehandlingstiden. Prosedyren innebærer at man i realiteten overlater til henvisende instans å foreta det nødvendige utredningsarbeid som skal brukes til å vurdere hvilket tilbud BUPA skal gi. Dette gir en kort saksbehandlingstid ved BUPA. Dersom det ikke er nødvendig å sette en pasient på venteliste, vil saken normalt være vurdert, fordelt til et team og overlatt en eller flere behandlere i løpet av en til to uker.

BUPA har vært gjennom en periode med svært dårlig kapasitet ved enkelte av teamene. Ventelistene har blitt lange. Det har vært ført diskusjoner ved BUPA om inntaksprosedyren har vært tilfredsstillende. Av samtaler med personalet og ledelsen går det imidlertid fram at avdelingen hittil har valgt å samle ressursbruken om behandling, og minimere behovet for samtaler og utredning før en sak blir fordelt til det personalet som skal forestå behandlingen.

Det kan rettes flere innvendinger mot den måten inntaket ved avdelingen foregår på. For det første kan det reises tvil om lederteamet har tilstrekkelig og pålitelig informasjon før de fatter sin beslutning i inntaksmøtet. De ansatte peker selv på hvor mangelfull og upålitelig henvisningene ofte kan være. Mangelfull informasjon ved en henvisning fører til at inntaksansvarlig må bruke mye tid på å innhente ytterligere informasjon fra henvisende instans eller institusjoner barnet har kontakt med. Det kan være familie, PP-tjeneste, skole eller barnehage. Når pasienten er kalt inn til behandling eller utredning viser det seg ofte nødvendig å ha flere innledende samtaler for å få større klarhet i pasientens problem og familiens behov. I enkelte

tilfeller vil pasienten etter slike samtaler måtte viderehenvises til en annen behandler i et annet team ved avdelingen. I følge våre informanter er det ingen faste prosedyrer for slik viderehenvisning ved avdelingen, og organiseringen gjøres ofte på individuelt initiativ og bygger på personlige kontakter innad i avdelingen. I slike tilfeller vil inntaksprosedyren fungere dårlig og være med å svekke avdelingens produktivitet. Informanter fra avdelingsledelsen påpeker imidlertid at det finnes klare retningslinjer for overføring av saker både mellom teamene og for henvendelse om assistanse på tvers av teamene. Her virker det som om man har et informasjonsproblem.

Regjeringen vedtok sommeren 1997 nye forskrifter om ventelistegaranti. I henhold til disse forskriftene skal alle pasienter som henvises til offentlig sykehus vurderes innen 30 virkedager (Forskrift om ventelistegaranti 1997: § 7). Pasienten skal få opplysninger om videre utredning eller behandling og frammøtedato for slik behandling.⁴ I forskriftene heter det at slik vurdering primært skal skje «på grunnlag av henvisning, eventuelt ved at det innhentes supplerende opplysninger eller at pasienten innkalles til forundersøkelse» (ibid.). Forskriften om vurderingsgaranti som trer i kraft 1. januar 1998, vil ifølge BUPA gjøre det nødvendig for avdelingen å legge om inntaksprosedyrene. Avdelingen må vurdere hvorvidt det er nødvendig å etablere en kontakt med pasient og familie eller foresatt før saken fordeles til team og behandler. Kravet til at pasienten skal ha beskjed om utredning eller behandlingstilbud gjør at BUPA må avgjøre hvordan en vurderingsfase skal etableres og virke i forbindelse med inntaket.

Ved enkelte av teamene er det etablert faste rutiner for vurdering, inntak og behandling, eller tatt initiativ for å etablere slike rutiner.

Ungdomsteamet har deler av sin virksomhet lagt til arbeid med klienter innlagt ved Klokkehusets ungdomssenter som drives av barnevernet. Etter en tids drift er samarbeidsformen og praksis her blitt formalisert i et strukturert opplegg som også innebærer evaluering. Barnevernet har utviklet en praksis med langt strengere krav til formalisert arbeid og kvalitetssikring. Dette har hatt betydning for det samarbeidet som er etablert mellom Klokkehuset og BUPA. For hver pasient legges det opp møteplaner for tre måneder. Det fastsettes hvem som skal ha ansvar for hvilke oppgaver, når de skal gjøres og hvorfor. Det arbeides også strukturert med såkalt forvern og ettervern, der kommunene som klientene skal tilbake til blir ansvarliggjort og der de ulike partenes forventninger knyttet til behandlingsopplegget klargjøres og drøftes.

⁴ Dersom det ikke er mulig å fastsette en frammøtedato, skal pasienten ha beskjed om hvor lang til det er aktuelt å vente. Etter vurdering skal ventetiden ikke være mer enn 3 måneder før undersøkelse eller behandling påbegynnes. (Forskrift om ventelistegaranti, §§ 7 og 8.

Også ved team for utviklingsforstyrrelser har det vært tatt initiativ til å i større grad formalisere arbeidet med utredninger. Tiltakene både i ungdomsteamet og i team for utviklingsforstyrrelser har en bakgrunn i behovet for å ha tilstrekkelig og sikker informasjon før behandlingsopplegg settes i verk. Det synes imidlertid som tiltakene er lokale initiativ, og at de ikke er knyttet til mer overordnede prosesser i avdelingen styrt av avdelingsledelsen.

Det er viktig at inntaksprosedyrene er utformet slik at pasientene får tilbud om riktig behandling raskest mulig. Den eksisterende inntaksprosedyren ser ikke ut til å ivareta vurderingsaspektet ved inntak og fordeling av saker på en tilfredsstillende måte. Mangelfull og upålitelig informasjon gjør det vanskelig å vurdere behovet for utredning. I svært mange saker vil pasientens problem være sammensatt.⁵ Det er da nødvendig å se problemene i sammenheng, og legge opp et utrednings og behandlingsopplegg som sikrer at pasienten ikke gis feil behandling eller behandling som ikke har noen virkning. Det har pasientene krav på. Det vil også være god ressursutnyttelse å ivareta disse hensynene.

Behandling innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er i stor grad avhengig av at det etableres gode relasjoner mellom pasient og behandler. Ansatte ved avdelingen peker på at det vil være vanskelig å få etablert et tilfredsstillende system for vurderinger av henviste pasienter. En god behandlingsrelasjon vil ofte være avhengig av at kontakten mellom behandler og pasient etableres tidlig, og at pasienten slipper å sendes fra den ene behandler til den andre. Problemer knyttet til informasjonsoverføring blir også større i slike tilfeller.

Innenfor både medisin og psykologi vil ofte behandlingsfunksjoner få en høyere anseelse enn mer utredende- og vurderende funksjoner. Det er imidlertid gode grunner til å vektlegge betydningen av den kliniske pasientvurderingen.⁶ En god vurdering ved inntak av en ny pasient er avhengig av at personen som vurderer pasienten har bred klinisk erfaring med godt kjennskap til ulike lidelser og egnede behandlingsformer. Slik vurdering bør gjøres av behandlingspersonell med kompetanse til å stille de nødvendige spørsmålene. En nøyaktig og presis nedtegning av pasientens sykdomshistorie og annen relevant informasjon er en forutsetning for å kunne foreta riktige vurderinger. Slik inntaket ved BUPA fungerer i dag, er det ingen

⁵ «Enkelte undersøkelser viser at ca. 1/3 av de som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien har biologisk betingede utviklingsforstyrrelser og lærevansker. Utviklingsvurdering er derfor nødvendig for å tolke individuelle og samspillmessige avvikende/patologiske atferdsuttrykk.» (Gjærum og Heyerdahl 1996:19)

⁶ I en debattartikkel om kvalitetssikring i helseregion V i Nord-Norge, skriver Rønning at utredning og diagnostisering må ses som en del av den terapeutiske prosess. I forbindelse med et forskningsprosjekt ved BUP i helseregion V, er det satt en frist som garanterer klienter at utredning og diagnostisering skal være gjennomført innen femte eller sjette behandlingstime. (Rønning 1997:514).

rutine for å kartlegge forløpet til pasientens lidelse eller problem før saken fordeles til behandler.⁷ Det finnes heller ikke retningslinjer ved avdelingen for hvordan en anamnese (kartlegging av sjukdommens forhistorie) bør tas eller hvilke fagpersoner som skal foreta enslik. En vurdering av slike forhold bør inngå i avdelingens arbeid med å utforme inntaks- og vurderingsprosedyrer.

4.3 Faglig kompetanse og behandling

Den faglige kompetansen ved BUPA

BUPA har i dag besatt de fleste fagstillingene. Av 28 stillinger er 26 besatt. Stillingen som avdelingsoverlege står ubesatt, og en sosionomstilling er for tiden ledig. I tillegg

Tabell 4.4 Stillinger ved poliklinikken fordelt etter yrkesgruppe, høsten 1997

	Stillingshjemler	Besatt	Herav i permisjon
Avdelingsoverlege	1	0	
Barnepsykiater	1	1	
Lege (utdanningsstilling)	1	1	
Psykologspesialist	9	2	1
Psykolog	2	9	1
Spesialpedagog	4	4	
Sosialkonsulenter	3	2	0,5
Totalt	21	19	2,5

Tabell 4.5 Stillinger ved familieklinikken fordelt etter yrkesgruppe, høsten 1997

	Stillingshjemler	Besatt	Herav i permisjon
Psykologspesialist	2	2 *	
Familiekonsulent	3	3 **	1
Cand. ped.	1	1	
Sosialkonsulent	1	1	
Totalt	7	7	1

* Den ene psykologspesialisten er for tiden konstituert som avdelingsleder.

** En av stillingene deles av to personer som hver har halv stilling.

⁷ Den norske lægeforening ga i 1996 ut en enkel veileder i barne- og ungdomspsykiatri. Denne var ikke allment kjent for alle behandlerne ved avdelingen.

har avdelingen også noen ansatte som er ute i permisjon. Tabell 4.44 og 4.5 viser fagstillinger fordelt på henholdsvis poliklinikken og familieklinikken.⁸

Av de stillingsressurser avdelingen har, er 2,4 stillinger avsatt til arbeide med klienter ved Klokkehuset. I henhold til samarbeidsavtalen med barneavdelingen ved Telemark sentralsjukehus har en psykolog og en barnepsykiater 40 prosent hver av sin stilling knyttet til arbeid ved barneavdelingen. Avdelingen har følt et sterkt behov for flere leger, og har foreslått å opprette en ny overlegestilling. Sykehuset har formelt godkjent og støttet en slik prioritering.

Bortsett fra mangelen på leger ved BUPA mener de fleste ansatte at avdelingen nå har en bra stab når det gjelder antall besatte stillinger.⁹ Fordelingen på ansatte med og uten spesialistkompetanse er imidlertid dårlig. Mens poliklinikken i dag har tre ansatte med spesialistkompetanse, hvorav en er i permisjon, er tolv av stillingene opprettet med krav om slik kompetanse. Dette viser at BUPA har en betydelig mangel på spesialistkompetanse i forhold til det som er ønskelig.

Tabell 4.6 Besatte fagstillinger ved de ulike teamene

	Poliklinikken			Familieklinikken
	Poliklinisk team	TUF	Ungdomsteamet	
Barnepsykiater	1			2 *
Lege (utdanningsstilling)	1			
Psykologspesialist		1		
Psykolog	4	3	3	
Spesialpedagog	1	3		
Sosionomer	1		1	3
Familiekonsulenter				
Sosialkonsulenter				
Cand. ped.				1
Totalt	8	7	4	7

* Den ene psykologspesialisten er for tiden konstituert som avdelingsleder.

⁸ Begrepet «fagstilling» brukes her i en vid betydning, om ansatte som arbeider med pasient-saker. Fagstilling i lovens forstand er lege som er spesialist i barnepsykiatri, spesialist i klinisk psykologi, sosionom med klinisk videreutdanning og klinisk pedagog. Utdanningsstilling for lege, psykolog, sosionom og pedagog regnes også som fagstilling. Andre medarbeidere, for eksempel miljøterapeut, er ikke i fagstilling som utløser timerefusjon fra folketrygden. (Sosialdepartementet 1991: §§ 2 og 3)

⁹ Besatte fagstillinger i barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark fylke har utviklet seg slik fra 1992 til 1996 ifølge tall fra Statens helsetilsyn: 9 (1992), 13 (1993), 18,5 (1995), 22,8 (1996). Tall for 1994 ikke oppgitt. Tallene gjelder hele fylket. NFBUI 1997:35.

Inndelingen i team gjør at fordelingen av kompetanse på teamnivå varierer. Dette er langt på vei et uttrykk for den faglige funksjonsdelingen teamene representerer. Mangelen på leger ved avdelingen skaper imidlertid problemer ved sammensetningen av teamene. Av Tabell 4.6 ser vi at avdelingens to leger begge er plassert i poliklinisk team. Barnepsykiateren har sitt faste arbeidsfelt her, og har samtidig ansvar for deler av det arbeidet som utføres ved sykehusets somatiske barneavdeling. Den andre legestillingen er en utdanningsstilling. Denne stillingen ble plassert i poliklinisk team blant annet med den begrunnelse at det var viktig at utdanningskandidatens arbeid foregikk i nær tilknytning til barnepsykiateren som også var veileder.

Det kan være gode grunner for å la utdanningskandidater arbeide i tilknytning til veileder, for eksempel i samme team. Det er viktig at personale under utdanning gis tett oppfølging. Stillingen som lege ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk kan være utsatt, særlig ved underbemanning. Ved BUPA har flere assistentleger sluttet etter kort tid de siste årene. Problemet med mangel på leger blir imidlertid ekstra stort ved BUPA på grunn av den delte lokaliseringen. Mange pasienter med behov for medisinerer er under behandling eller utredning ved team for utviklingsforstyrrelser. Det kan for eksempel være barn med behov for medisinerer på grunn av hyperaktivitet. Flere av de ansatte ved team for utviklingsforstyrrelser mener det er et stort problem at det ikke er lege på teamet. De hevder det har vært vanskelig å få samarbeidet med legene til å bli «knirkefritt». Dels skyldes dette den geografiske avstanden mellom Hans Cappelens Minde, hvor legene har sin arbeidsplass, og Stigertun, hvor team for utviklingsforstyrrelser er lokalisert. Men mangelen på lege knyttet til team for utviklingsforstyrrelser skaper også problemer med formidling av pasientinformasjon. Ved medisinerer av pasienter knyttet til et annet team må legen i mange tilfeller basere mye av sin vurdering på de undersøkelsene som er gjort av psykologene. Selv om legen alltid skal konsultere pasienten, og også senere vil ha sporadisk kontakt med pasienten, vil den informasjonen legene ved BUPA får om pasienter ved team for utviklingsforstyrrelser være langt mer begrenset enn om legene hadde tatt del i arbeidet ved teamet.

Veiledning og videreutdanning

Et særtrekk ved sammensetningen av BUPAs fagpersonale ser vi når vi fordeler dem etter hvor lenge de har vært ansatt. Av avdelingens 26 ansatte er over halvparten ansatt de siste tre årene. Hele åtte personer er ansatt i 1996 eller senere. Denne sammensetningen av personalet gjør at avdelingen har stort behov for veiledere og videreutdanning.

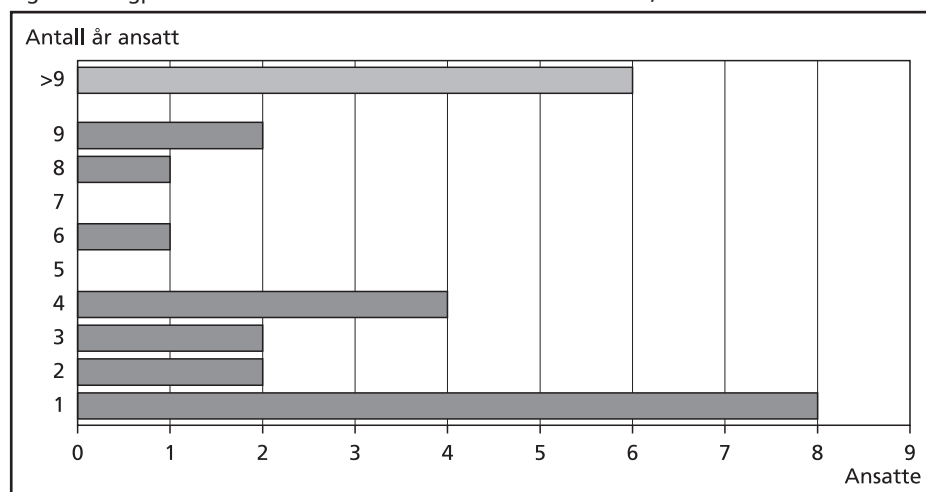
Nyutdannede psykologer har krav på veiledning i to år. I tillegg skal kandidater under videreutdanning gjennom et spesielt veiledningsprogram. Veiledningsbehovet ved BUPA legger et stort beslag på mye av arbeidstiden til ansatte med

spesialistutdanning og veiledningskompetanse. BUPA har i dag ikke kapasitet til å tilby veiledning fra ansatte psykologspesialister til alle som har krav på det. Avdelingen må derfor kjøpe veiledningstjenester fra andre institusjoner. Også dette legger beslag på mye av arbeidstiden til de ansatte. Mange må reise til Oslo flere ganger i måneden for å få dekket sitt veiledningsbehov. Dette kommer i tillegg til reiser i forbindelse med videreutdanningen. Ansatte opplever denne reisingen som byrdefull, og mener den tar tid som burde gått til pasientarbeid.

Veiledningsbehovet ved avdelingen, og behovet for videreutdanning, gjør at avdelingen i lengre tid framover vil måtte bruke mye av sine faglige ressurser på veiledning og opplæring av et nytt personale. Dette er en situasjon Telemark sentralsjukehus og ledelsen ved BUPA har valgt å gå inn i. For å sikre avdelingen tilstrekkelig fagpersonale, dette gjelder særlig leger og psykologer, har BUPA valgt å ansette nyutdannede kandidater, og gi dem videreutdanning. Alle ansatte som ble spurt om hvordan tilbudet til videreutdanning, kurs og kompetanseutvikling var ved avdelingen, mente at BUPA i dag har et meget godt tilbud til de ansatte. Alle var tilfreds med tilbudet, men enkelte mente at avdelingen og teamene kunne hatt en mer langsiktig strategi når det gjaldt bruk av midler til deltakelse på kurs og seminarer.

BUPAs satsing på å videreutdanne egne ansatte, må ses som en investering. Det koster noe den første tiden å videreutdanne personale ved at arbeidstid og midler blir bundet opp i kurs og veiledning. Over tid er investeringen ment å gi avkastning i form av en velutdannet personalgruppe ved avdelingen. Mye tyder på at dette har vært en riktig og nødvendig strategi for BUPA for å sikre avdelingen kompetanse.

Figur 4.1 Fagpersonale ved BUPA fordelt etter antall år ansatt*, høsten 1997



* De som er ansatt i 1996 eller 1997 er samlet i kategorien ett år. De som ble ansatt 1995 er samlet i kategorien to år, og så videre. De som er ansatt 1987 eller tidligere er samlet i kategorien > 9.

Det er imidlertid mye usikkerhet forbundet med en slik investering. De ansatte som får tilbud om videreutdanning ved avdelingene binder seg ikke til noen pliktjeneste eller liknende etter at videreutdanningen er sluttført. De kan slutte i stillingen når de vil. For BUPA og Telemark sentralsjukehus vil ledige fagstillinger i Oslo og andre storbyer være en konkurransefaktor. I tillegg er videreutdanningen for psykologer bygget opp slik at en utdanningskandidat må ha praksis fra ulike typer tjeneste og institusjoner. Dette gjør at kandidater under videreutdanning ofte skifter arbeidssted. Også dette er en faktor BUPA må ta hensyn til i konkurransen om fagpersonell.

På flere felt har BUPA og Telemark sentralsjukehus utformet et bra videreutdanningstilbud ved sykehuset. Flere av de ansatte utdanningskandidatene ved BUPA har hatt stillinger ved andre institusjoner innenfor sykehussystemet slik at variasjonen i utdanningspraksis har blitt ivaretatt uten at kandidaten har behøvd å slutte i stillingen eller flytte. Psykologer under videreutdanning har fått voksenpraksis ved voksenpsykiatrisk avdeling, og ungdomsteamet ved BUPA har kunnet tilby praksis med ungdom i institusjon. En slik organisering av videreutdanningen ivaretar både utdanningskandidatenes behov for ulike typer praksis, og det ivaretar avdelingens interesse i å kunne holde personalet knyttet til avdelingen over tid.

Til tross for dette tilbudet peker enkelte av de ansatte på at avdelingen kunne utviklet en slik organisering videre. Flere mener at avdelingen ikke er flink nok til å legge forholdene til rette for den enkelte. Videreutdanningen er ikke lagt opp planmessig fra avdelingens side, og ofte må den enkelte utdanningskandidat selv etablere kontakter, skaffe seg veileder og søke kontakt med andre institusjoner for å få en variert praksis. Utdanningskandidatene savner en ledelse som ivaretar deres interesser og hjelper dem til å forene arbeidet og videreutdanningen på best mulig måte. Her ligger trolig den største risikoen for BUPAs investering i videreutdanning for kandidater. Skal avdelingen klare å holde på de ansatte også etter at deres videreutdanning er avsluttet, må avdelingen sikre utviklingen av et godt fagmiljø og en følelse av tilhørighet hos de ansatte. Unge og nyutdannede arbeidstakere vil ofte være mer mobile enn eldre. Dette medfører hard konkurranse fra arbeidsmarkedet i Oslo for denne gruppen. Utvikling av et godt fagmiljø, der den enkelte ansatte kan utvikle seg og få faglige utfordringer, vil trolig være en viktig konkurransefaktor. Mange av de ansatte peker på fagmiljøets betydning. BUPA har en størrelse som gjør det mulig å etablere fagmiljøer for flere yrkesgrupper.

Følelsen av tilhørighet hos de ansatte skapes når den enkelte får ta del i meningsfulle relasjoner med et overordnet siktemål. Svært mange av de ansatte etterlyser en ledelse ved avdelingen som kan etablere en felles ramme for arbeidet i avdelingen. I dag opplever enkelte sin arbeidssituasjon som ensom. Dette er en uheldig situasjon som fort kan føre til at ansatte søker seg vekk fra avdelingen. Det er derfor viktig å bruke både samarbeidet innad i teamene, samarbeidet mellom

teamene og avdelingens overordnede mål som et redskap for å skape et fellesskap i avdelingen, der de ansatte føler de hører hjemme og blir ivaretatt.

Funksjonsdeling: Inndeling i team

Arbeidet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som registreres som tiltak består hovedsakelig av behandling, konsultasjoner og samarbeidsmøter. *Behandling* er definert som terapi med barnet, med en eller begge foreldrene, eller med hele familien samlet. Det kan også være gruppeterapi med en gruppe barn, ungdom eller foreldre. *Konsultasjon* vil si indirekte pasientarbeid gjennom formalisert rådgivning til samarbeidspartnere, for eksempel skoler, barnehager eller helse- og sosialtjenesten i kommunene. Med *samarbeidsmøter* menes møter av ulik karakter med samarbeidspartnere, når dette ikke er konsultasjon (St.meld. nr. 25 1996–97:70 og NFBUI 1997:60).¹⁰

Inndelingen av BUPA i team innebærer en funksjonsdeling. Hvert av de tre teamene og familieklinikken har sine særskilte funksjoner å ivareta ved avdelingen. Team for utviklingsforstyrrelser skal utrede atferds- og utviklingsforstyrrelser der biologiske forklaringer spiller en stor rolle, ungdomsteamet skal arbeide med klienter innlagt ved barnevernsinstitusjonen Klokkehuset og for øvrig yte poliklinisk bistand til ungdom. Familieklinikken, som i denne sammenhengen fungerer som et team, har sin spesifikke oppgave knyttet til familieterapeutisk arbeid. Her vil terapiform og arbeidsmåte i stor grad definere det tilbudet som gis. Poliklinisk team favner stort sett de sakene som ikke dekkes av de andre teamene. Pasientgruppen er barn og unge under 18 år.¹¹ Arbeidsmetodene varierer. Det vesentligste behandlingstilbudet synes likevel å være individualterapi og samtaler med familie. Leketerapi blir i noen grad benyttet, men avdelingen ønsker å styrke kompetansen på dette feltet og bygge ut et slikt behandlingstilbud.

De fleste ansatte synes inndelingen i team fungerer bra. De ansatte reiser heller ikke vesentlige innvendinger mot den inndelingen som er valgt. Den har kommet som resultat av diskusjoner og prosesser internt i avdelingen, og det opplever flere av de ansatte som bra. Det ser ut til at teamene samler ansatte med samme interessefelt, og harmoniserer arbeidsgruppene når det gjelder faglig kompetanse og teoretisk perspektiv. En informant mener at teamorganiseringen har vært med å løse

¹⁰ Begrepet «samarbeidsmøter» er ikke definert i noen av disse publikasjonene, og er trolig en nokså upresis samlekategori for ulike typer tiltak.

¹¹ Her gir informantene noe forskjellig framstilling. Enkelte gjør et poeng av at arbeidsdelingen mellom ungdomsteamet og poliklinisk team er knyttet til alder. Andre understreker at poliklinisk team også betjener gruppen opp til 18 år. Det er trolig fortrinnsvis ungdomsaker der samarbeid med barnevernet er aktuelt som fordeles til ungdomsteamet.

opp mange av de faglige konfliktene som preget avdelingen tidligere. Inndelingen i team ser dermed ut til å skape stabile arbeidsforhold ved avdelingen, og skaper samhold i de ulike teamene.

Av intervjuene som ble foretatt av ansatte ved avdelingen gikk det imidlertid fram at det også var mange uklarheter forbundet med inndelingen i team, arbeidet i de enkelte teamene, og samarbeidet mellom dem.

Det finnes som før nevnt ingen klare kriterier for hvordan pasientene skal fordeles til de ulike teamene. Det er heller ikke utformet noen overordnet plan for hvordan teamene skal ivareta sine funksjoner som del av avdelingens totale tilbud. Ansatte peker på at det kan foregå lange diskusjoner om hvordan en sak skal fordeles, både på inntaksmøtet og ved fordeling i teamene. En kan si at styringen på dette området foregår uformelt og situasjonspreget. Det betyr ikke at den er vilkårlig. Rutine og kompetanse hos personalet som foretar pasientfordeling kan erstatte formelle regler. Mangelen på regler og klart uttalte målsettinger for de enkelte teamene gjør det imidlertid vanskelig for nyansatte å sette seg inn i prosessene ved avdelingen. Det blir også vanskelig å vurdere det arbeidet som gjøres, og for eksempel foreslå endringer eller forbedringer.

Ansatte peker på at det er ulike tenkemåter som preger arbeidet i avdelingen. Enkelte mener at disse tenkemåtene styrer mye av det arbeidet som gjøres, men at dette ikke er satt i system og utnyttet på noen konstruktiv måte. Uttalelsene refererer trolig til variasjonen i teoretiske og praktiske tilnærminger i pasientarbeidet. Det er vanskelig å få et klart bilde av i hvilken grad faglig forankring eller ulike arbeidsmetoder preger avdelingen. Det ligger utenfor denne undersøkelsen å kartlegge dette. Visse trekk kommer likevel fram i intervju materialet.

Det ser ut til at faglig forankring og arbeidsmetoder er av betydning for teaminndelingen. Én faglig skillelinje går mellom poliklinikken og familieklinikken. Ved familieklinikken har systematisk familieterapi og vekt på relasjonsorienterte arbeidsmetoder vært viktige i arbeidet. Staben har hatt tilnærmet samme teoretiske tilnærming til pasientenes problemer. Dette har ført til at familieklinikken av mange ansatte oppleves som spesiell, og litt isolert i forhold til de andre teamene. Den har hatt høy status, både internt og utad, men har samtidig hatt problemer med å utvikle seg. I dag føler enkelte at det er tilløp til klikkdannelser i familieklinikken, og at strukturene, og forholdet mellom de ansatte i teamet, er i ferd med å stivne. Etter hvert som familieklinikken har tatt flere pasienter og familier i poliklinisk behandling, har også arbeidsmetodene blitt noe endret. Enkelte påpeker at skillet mellom familieklinikken og de andre teamene er mindre i dag enn det var tidligere.

Ved team for utviklingsforstyrrelser var det noen som mente at teaminndelingen kunne medføre at arbeidsoppgavene ble for ensformige. Ved dette teamet ligger hovedvekten av arbeidet i utredninger samt oppfølging av autister og andre

utviklingsforstyrrelser. Psykologene får dermed bare i liten grad mulighet til å arbeide for eksempel med individualterapi.

Det er grunner til å forme homogene team, og det er grunner til å la det være. Spesialisering gir muligheter for å bygge opp særskilt kompetanse, og det gir de ansatte mulighet til å fordype seg i avgrensede problemstillinger. For mange vil det være tilfredsstillende å kunne fordype seg faglig i arbeidet. På den annen side er både den enkelte og avdelingen som institusjon avhengig av at de ansatte behersker flere arbeidsmetoder og har kompetanse på flere felt. Variasjon og utvikling i en organisasjon kan skapes både ved at enkeltpersoner får anledning til å forflytte seg i organisasjonen og få nye oppgaver, og ved at organisasjonens strukturer endres. Det bør derfor være en vedvarende diskusjon ved en avdeling som BUPA hvorvidt de inndelingene man har er tjenlige, hvordan de eventuelt kan utvikles, og hvordan enkeltpersoner best kan få utvikle seg i sin jobb gjennom varierte oppgaver og posisjoner innenfor organisasjonen. Dette er en oppgave for ledelsen.

Selv om de fleste er fornøyd med teaminndelingen ved BUPA, er det mange som mener at samarbeidet mellom teamene er for dårlig. Vi skal peke på noen grunner til dette.

Et av de største hindre for et nært samarbeid mellom teamene er den geografiske avstanden mellom avdelingens to lokaler. Stigertun og Hans Cappelens Minde ligger rundt seks kilometer fra hverandre. Dette innebærer at svært mange av avdelingens ansatte ikke får anledning til å treffes i det daglige arbeidet, til lunsj eller i felles oppholdsrom. Særlig nyansatte ved avdelingen føler at det er mange de ikke kjennerved avdelingen. Den geografiske oppdelingen får mye av skylden for dette. Mange av de ansatte ved Stigertun føler at manglende informasjon, sen postgang og dårlig datafunksjonalitet, gjør problemene med avstanden større. De to teamene ved Stigertun er også lokalisert i to forskjellige bygg. Selv om venterom og ekspedisjonslokaler er felles, fører trolig lokaliseringen i separate bygg til at de som jobber i de to teamene ved Stigertun treffes sjeldnere enn de som jobber ved Hans Cappelens Minde.

Det manglende samarbeidet og kontakten mellom teamene skyldes imidlertid ikke bare geografisk avstand alene. På de ansatte virket det som om de to teamene ved Hans Cappelens Minde, poliklinisk team og ungdomsteamet, er relativt nært knyttet sammen. Personalet i de to teamene møttes i gangene og deler spiserom. Mange har også skiftet team og er derfor kjent med de som jobber i det andre teamet. Ved Stigertun er dette noe annerledes. Team for utviklingsforstyrrelser og ansatte på familieklinikken har vanligvis spisepauser hver for seg, selv om lokalene ikke ligger langt fra hverandre. Liten plass i spiserommet kan være en årsak. Reisevirksomhet og ulik timeplan hos de ansatte kan også være litt av forklaringen. Selv om flere ansatte uttaler at de ønsker større sosial kontakt med andre ved avdelingen, er det ikke tatt noe initiativ for å etablere for eksempel en felles lunsjordning.

I tillegg til forhold ved lokalene og den geografiske plasseringen, kan en dårlig integrering av teamene også skyldes faglige forskjeller. Flere understreker imidlertid at faglige skiller i dag ikke skaper store konflikter i organisasjonen, og at større sosial kontakt med andre ved avdelingen er svært ønskelig.

Enkelte pekte også på at teamene er for små. Sjansen for at arbeidet i teamene ble berørt av personlige forhold blir stor når det bare er mellom fire og åtte fagpersoner ved hvert team. Mange team fører også til at avdelingen får mange ledere. Noen mente dette kunne føre til overadministrering.

Teamenes møteplass er først og fremst ledermøtet, eller det som kalles «lederteam». Der møtes avdelingslederen og ledere for de fire teamene. Lederteamet drøfter spørsmål knyttet til avdelingens drift, budsjetter og planer og fordeling av pasienter til de ulike teamene. Det føres et kortfattet referat fra ledermøtet som angir hvilke saker lederteamet har behandlet. Dette skal sendes alle ansatte. Det er imidlertid mange ansatte som mener at den informasjonen som gis fra lederteamet er for dårlig. De hevdet det var vanskelig å forstå hvordan avdelingen som helhet blir drevet.

Enkelte møter ved BUPA er organisert som fellesmøter hvor meningen er at alle ansatte skal møte. Et avdelingsmøte blir gjerne avholdt to ganger høst og vår, og varer to til tre timer. Dette er møter som brukes til informasjon og til å drøfte administrative forhold som angår hele avdelingen.¹² I en periode forsøkte også BUPA å arrangere internundervisning hver måned for hele avdelingen. Møtene var lagt opp slik at hvert team fikk i oppgave å forberede et emne og gi undervisning. Tiltaket blir av flere betegnet som et fint tiltak, men de som har hatt ansvaret for undervisningen erfarte at tiltaket krevde svært mye forberedelse. Internundervisningen har derfor blitt holdt noe sjeldnere. Et fellesseminar for hele avdelingen ble avholdt høsten 1997. Avdelingen reiste bort i to dager. Flere ansatte trekker seminaret fram som et fint tiltak. Det var første gang på lenge at de ansatte ved avdelingen fikk være sammen over tid. Seminaret fungerte fint fordi det sosiale aspektet ved samværet var prioritert, mente noen.

Ved forskrifter har Sosialdepartementet bestemt hvilke yrkesgrupper, eller fagstillinger, som skal opprettes ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. For å bli godkjent skal poliklinikken ha besatt stillinger for fire ulike faggrupper: lege som er spesialist i barnepsykiatri, psykologspesialist, sosionom med klinisk videreutdanning, og klinisk pedagog. Det heter uttrykkelig i forskriftene at personalet skal arbeide i team. (Sosialdepartementet 1991:§ 3) Hva innebærer dette?

Det er åpenbart at Sosialdepartementet ikke sikter til den formelle eller uformelle administrative inndelingen ved en poliklinikk, når det i forskriftene bruker

¹² Ekstraordinære avdelingsmøter avholdes når særlige forhold krever det. Et eksempel på dette er avviklingen av sektororganiseringen som ble drøftet på et møte.

begrepet team. Det som vanligvis betegnes som team i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, også ved BUPA, er først og fremst en administrativ inndeling med sikte på å skille ut et arbeidsfelt, men også forme effektive arbeidsgrupper. De kan være sammensatt slik at de samler alle de fire yrkesgruppene, men behøver ikke være det. Ved BUPA er det bare poliklinisk team som har alle yrkesgruppene representert. Å arbeide i team, slik forskriftene pålegger personalet ved poliklinikkene, innebærer et konkret innholdsmessig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper, med sikte på å utnytte forskjellig kompetanse og utveksle erfaringer og vurderinger. Enkelte vil kanskje hevde at teamarbeid også innebærer flat organisasjonsstruktur, der ingen er overordnet andre i teamet.

Arbeidsdeling: Ulike yrkesgrupper

Det er ikke vanlig at institusjoner i helsesektoren er organisert med tanke på teamarbeid. Vanligvis er det profesjonstenkning som preger sykehus og andre helseinstitusjoner. I profesjonstenkningen står yrkesgruppenes autonomi sentralt. Arbeidsdelingen er preget av at profesjonene har ulike funksjoner og arbeidsområder. Egne lover for de ulike profesjonsgruppene regulerer ulike sider av disse yrkesgruppenes godkjenning og yrkesutøvelse. Lovverket er uklart og svært dårlig samordnet.¹³ Kvakksalverloven fra 1936 regulerer retten til «å ta syke i kur». (Lov av 19. juni 1936 nr. 9) Leger og psykologer har etter loven rett til å drive virksomhet som har et behandlingsformål, herunder undersøke og diagnostisere. (Sosial- og helsedepartementet 1997 kap. 2.1.3) For øvrig er det svært vanskelig å lese ut av lovverket hva som skiller yrkesutøvelsen til ulike grupper helsepersonell. Trolig kommer man lenger ved å undersøke praksis. Hva gjør de enkelte yrkesgruppene ved BUPA, og hvordan oppfatter de ansatte ved BUPA forholdet mellom yrkesgruppene?

De ansatte ved BUPA gir ulike beskrivelser av yrkesgruppenes oppgaver når de blir spurt hva som skiller dem. Her er noen uttalelser:

«I praksis gjør lege, pedagog og sosionom det samme.»

«I prinsippet kan alle ta alle saker uansett faglig bakgrunn.»

«I praksis setter vi diagnose. Vi gir en antydning som psykologen aksepterer.»

¹³ «Lovgivningen bærer preg av store ulikheter med hensyn til utforming og innhold. Mange av ulikhetene kan anses som utslag av tilfeldigheter og mangel på samordning. De fleste lover er også ufullstendige både med hensyn til hva som rent faktisk kan utledes av krav til yrkesutøvelse (etter tolking) og med hensyn til reguleringer som burde vært generalisert til flere grupper. Det er utvilsomt et behov for å harmonisere, samordne og gjøre regelverket mer fullstendig.» Høringsnotat *Lov om helsepersonell m.v.* fra Sosial- og helsedepartementet, juli 1997 kap. 2.3, Internett 25.11.97.

«Vanligvis sitter psykologene med flere saker og arbeidsoppgaver fordi de har større bredde i sin kompetanse.»

«Hører oftere nå at dette er en sak vi må ha en psykolog på. Dette hørte vi aldri før. Det var utenkelig.»

«Tidligere gikk det mer på kapasitet, nesten uavhengig av fagkompetanse. I dag er der lettere å vurdere hva slags kompetanse som skal brukes.»

Enkelte ting går igjen i flere uttalelser. Psykologene setter diagnose og har hovedansvar for tester. Det er oftest psykologene som arbeider med barnet, for eksempel i individualterapi. Sosionomene har gjerne ansvaret for å ha samtaler med foreldrene når et barn er inne til behandling. Legene har ansvaret for eventuell medisinerings. Pedagogene har ofte mye å gjøre med utdanningsrelaterte problemer. Flere nevnte også at bare leger og psykologer kunne ha behandlingsansvar.

Uttalelsene er ingen beskrivelse av forholdene ved BUPA. De er upresise uttrykk for enkeltpersoners oppfatning. Uttalelsene gir allikevel godt nok grunnlag til å utforme noen hypoteser om arbeidsdelingen ved avdelingen.

En hypotese er at arbeidsdelingen mellom yrkesgruppene ved BUPA er uklar og ikke nedfelt i regler. Det ser ut til at det har foregått en endring ved avdelingen over tid. Mens det tidligere, kanskje av kapasitetshensyn, bare i liten grad ble skilt mellom yrkesgruppene ved tildeling av saker eller oppgaver, skjer dette oftere i dag. Men bortsett fra enkelte oppgaver, er det ved avdelingene eller i teamene ingen klare kriterier for hvem som skal gjøre hva. Det praktiseres ingen arbeidsdeling mellom yrkesgruppene ved BUPA (bortsett fra at lege medisinerer).

Fraværet av regler for utnyttelse av yrkesgruppens kompetanse kan være uttrykk for at det er den totale kompetansen til hver enkelt person, og ikke yrkeskompetansen, som vurderes når oppgaver blir fordelt i et team. Det er imidlertid grunn til å tro at avdelingen ikke arbeider planmessig for å ta i bruk den kompetansen som finnes, utnytte den spesialkompetanse de ulike yrkesgruppene har og samspillet mellom disse. Et eksempel er at avdelingen ikke har noe undersøkelsesrom hvor avdelingens leger kan foreta en barnepsykiatrisk undersøkelse, eller på annen måte utnytte sin medisinske kompetanse for å få en bredest mulig kunnskap om pasientenes psykiske og somatiske tilstand. Det er nærliggende å spørre hva lovgivningens bestemmelser om sammensetning av yrkesgrupper og teamarbeid skal tjene til, hvis det ikke legges vekt på utnyttelsen av den kompetanse de enkelte yrkesgrupper har.

Det er tydelig at det også ved avdelingen er ulike meninger og varierende syn på forholdet mellom yrkesgruppene:

«Vi har ikke lenger profesjonskonflikter. Konfliktnivået er redusert.»

«Det er en ikke-diskusjon om fagspesifikk kunnskap.»

«Det er å banne i kirken å si at alle ikke er like gode på alt.»

«Skillene mellom faggruppene ligger hele tiden og ulmer. Vi må få fagskillene fram hvis de betyr noe.»

«Kan være slitsomt med en likhetskultur i mange tilfeller. Jeg føler at jeg ikke kan tre fram.»

«Det er ok å jobbe sammen med andre faggrupper. [Men] jeg er opptatt av min identitet [...], og hva jeg kan bidra med.»

Mellom faggruppene ved BUPA ligger det konflikter. Hvilken betydning disse konfliktene har, er ikke lett å si. Om de er større eller mindre ved BUPA enn andre steder innen barne- og ungdomspsykiatrien er heller ikke lett å si. Men at forholdet mellom faggruppene er et tabu, er BUPA neppe alene om innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Over tid er det utviklet et arbeidsmønster innenfor deler av barne- og ungdomspsykiatrien der arbeidsdelingen mellom yrkesgruppene er visket ut. Forholdet mellom yrkesgruppene, og konfliktene, er blitt tabubelagt. Samtidig er ledelses- og styringssystemene innen barne- og ungdomspsykiatrien lite utviklet. Det er naturlig å se disse forholdene i sammenheng.

Administrativt har BUPA det de ansatte kaller en flat struktur. Direkte styring foregår sjelden, og beslutninger tas ofte etter diskusjoner. Dette gjør den administrative ledelsen utydelig. Men også den faglige ledelsen er utydelig for de ansatte. Hvilken betydning det har at en avdelingsleder eller en teamleder har et «faglig ansvar» er ikke klargjort. Det var heller ikke mange som i intervju ble spurt hva som menes med «behandlingsansvar» som hadde reflektert over dette. Det skal understrekes at begrepene «faglig ansvar» og «behandlingsansvar» er problematiske og uavklarte i store deler av helsevesenet. For den enkelte lege og psykolog har begrepene først og fremst betydning i relasjon til den enkelte pasient. Men i en institusjon som BUPA, der personalet er pålagt å arbeide i team, er det også relevant å drøfte hvilken betydning disse begrepene har for institusjonens virksomhet.

Et meningsfullt samarbeid i team må innebære at den enkelte får utnyttet sin personlige og yrkesmessige kompetanse på en slik måte at andre i teamet får nytte av og del i denne kompetansen. Det ser ikke ut til at dette skjer i tilstrekkelig grad ved BUPA. Vi skal peke på tre forhold som kan ha betydning: dårlig utnyttelse av kompetanseforskjeller, manglende struktur på informasjonsformidlingen og mangel på ledelse.

Teammodellen som er valgt for organisering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker har flere fordeler. En av disse er mulighetene til å utnytte kompetansen til ulike yrkesgrupper. I barn og unges hverdag er barnehage, skole og

helsevesen viktige institusjoner. For mange er også kommunale omsorgstjenester, barnehjem og fosterhjem det. Pedagoger, sosionomer, psykologer og leger har med forskjellig utdanning og yrkesbakgrunn, kompetanse på en rekke av de problemer barn og unge møter i familien og samfunnet. Denne kompetansen bør utnyttes best mulig.

Kompetanseforskjeller er brukt, blant annet innenfor helsevesenet, til å skape profesjongrenser og faglige enemerker. I mange tilfeller er dette uheldig. Et reelt teamsamarbeid bygges ikke opp gjennom å formulere regler for hva hver enkelt yrkesgruppe skal ha lov til å gjøre. Det sentrale spørsmålet til hver enkelt ansatt må være: hva kan du best, hva kan du bidra med. En forutsetning for å kunne stille et slikt spørsmål er at man tør å snakke om kompetanseforskjeller.

Er forskjellene mellom yrkesgruppene belagt med tabu, kan det lett føre til at enkelte utvikler en likegyldighet overfor sin egen kompetanse. Ved BUPA peker enkelte på hvordan det kan utvikle seg status knyttet til visse oppgaver, for eksempel å arbeide terapeutisk. Dette kan føre til at mange ønsker å utføre disse oppgavene selv om de ikke har den riktige kompetansen. Grunnen kan være frykt for å bli sett ned på av kolleger, eller det kan være et reelt press fra kolleger og ledelse som ønsker at alle skal arbeid på samme måten. Resultatet kan være at noen ansatte føler de ikke mestrer arbeidsoppgavene. De kan blir gående uten å få positiv tilbakemelding på den jobben de gjør, og føle økende behov for veiledning.

Et problem som lett oppstår når ulike yrkesgrupper skal samarbeide er formidling av informasjon. Yrkesgruppene snakker forskjellig språk. Det som er god latin for en gruppe, er gresk for en annen. I teamarbeid må man derfor ha et strukturert opplegg for informasjonsformidling.

Ved BUPA er det i hovedsak teammøtene som fungerer som kanal for informasjonsformidling.¹⁴ På teammøtene er det avsatt tid til å diskutere saker, vanligvis halvannen time i uken. Det er vanlig at den som har saken legger den fram, og formulerer de problemene vedkommende ønsker å få drøftet i fagfellesskapet. For mange er dette den eneste muligheten til å få diskutert en sak med kolleger. Det er derfor et svært viktig forum, noe som ble understreket av våre informanter. De peker imidlertid også på enkelte svakheter. For det første er det opp til den enkelte å be om å få legge fram en sak. Det kreves ikke av de ansatte at de legger fram saker, og gjøres ikke systematisk slik at alle får lagt fram saker. Enkelte føler det er vanskelig å be om å få legge fram saker. Andre mener de ikke får den hjelpen de trenger til en slik framlegging.

Det ser ut til å være svært viktig for BUPA å få disse teammøtene til å fungere godt. Knappe ressurser taler for fortsatt å bruke tilbudet målrettet, slik at det

¹⁴ Familielinklinikken har i tillegg noe fellestid som er satt av til arbeid med familier som er innlagt. Ungdomsteamet har behandlingsmøter knyttet til klientene ved Klokkehuset.

først og fremst er de som har behov for det, som får legge fram saker til diskusjon. Ledelsen kan kanskje bli flinkere til å følge opp den enkelte og lete opp saker som egner seg for drøfting på teammøtet. Slik kan teammøtet fungere som akuttveiledning, der hele teamets kompetanse blir trukket inn.

Teamene ved BUPA er små. Funksjonsdelingen mellom dem gjør at lik kompetanse er samlet i enkelte team. Det kan være en ide for avdelingen å vurdere å sette sammen slike veiledningsteam på tvers av de funksjonsspesifikke teamene. Det kan sikre at veiledningsteamene blir sammensatt spesielt med tanke på bredde i kompetanse.

En informasjonskanal ved siden av teammøtene er pasientjournalene. Å skrive journal er en måte å dokumentere arbeid med pasienter på. Men det er først og fremst en informasjon til andre fagpersoner om forhold som er av betydning for pasienten. Det gjør det viktig at det som nedtegnes er forståelig og har betydning for andre fagpersoner.

Ved BUPA er det ingen egne regler for journalskriving, og det finnes ingen skriftlig rettleiding i journalskriving ved avdelingen. Rundskriv om forskrifter for føring av pasientjournal sendes til hvert team. Det gis ingen opplæring for nyutdannede eller nyansatte i hvordan journalen skal skrives. Når ulike yrkesgrupper skal dokumentere virksomheten er det av stor betydning at dette gjøres på en måte som gjør at andre fagpersoner, også med annen yrkesbakgrunn, kan ha nytte av den informasjonen som nedtegnes i journal. Ved helseinstitusjoner kan det gis utfyllende regler for hvordan journalen skal føres og hva den skal inneholde. En ansatt ved BUPA mente at det ofte var tilfeldig hva som ble skrevet i journalene, og mente det som sto der ikke alltid var informativt.

Både den dårlige utnyttelsen av kompetanseforskjeller og mangelen av struktur når det gjelder informasjonsformidlingen i pasientsaker, kan knyttes til fraværet av ledelse ved avdelingen. Teamarbeid krever åpenhet og gjensidighet mellom teamdeltakerne. Det er imidlertid ikke nødvendig å ha en flat eller demokratisk ledelsesstruktur. Tvert i mot. Et team som mangler ledelse vil lett oppleve at ansvaret for fellesskapet pulveriseres. Et eksempel på dette kan vi se når spørsmålet om yrkesgruppenes kompetanse blir tabu. Ingen tar lenger ansvar for å påpeke kompetanseskillene, og å si dette kan jeg, dette kan du. Resultatet er en atomisering av teamet og arbeidsmiljøet. Den enkelte tar ansvar for seg og sitt arbeid, og velger å begrense kontakten og samarbeidet med andre i teamet. Hjelpen fra fagfeller blir begrenset til å få råd om hvordan konkrete forhold skal løses. Løsningen på de virkelig vanskelige sakene som enkeltpersoner står maktesløse overfor, kan i oppsplittede arbeidsmiljøer uten ledelse bli å spille saken over til andre. I verste fall er et svarteperspill i gang.

4.4 Oppsummering

BUPA betjener et vidt spekter av pasientgrupper. Fordelingen av pasienter etter henvisningsgrunn avviker imidlertid ikke vesentlig fra landsgjennomsnittet. Vi kan registrere en tilbakeholdenhet med diagnostisering som også er vanlig for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker generelt. Pasientene ved BUPA fordeles til team og behandler etter henvisningsgrunn. Vi har påpekt at vurderingen av pasientens behandlingsbehov i større grad bør formaliseres, og at kriteriene for valg av behandlingsmåte og behandler bør gjøres klarere.

Kompetansen ved BUPA er bredt sammensatt. Den er imidlertid preget av at svært mange ansatte er nyutdannet og under videreutdanning. Telemark sentralsjukehus og BUPA har sørget for at de ansatte har et meget godt videreutdanningstilbud. Sykehuset og avdelingen har imidlertid et stort ansvar for å følge opp de nyansatte, og sørge for at arbeidsforholdene blir lagt til rette på en slik måte at de ansatte blir værende ved avdelingen også etter at videreutdanningen er avsluttet.

De ansatte mener inndelingen av avdelingen i team er hensiktsmessig. Teaminndelingen skaper en fornuftig funksjonsdeling og gode arbeidsenheter ved avdelingen. Samarbeidet mellom teamene er imidlertid for dårlig. Noe av årsaken til dette er at avdelingen er lokalisert to steder. BUPA bør jobbe videre med organiseringen av avdelingen slik at bedre integrasjon sikrer at avdelingens kompetanse blir best mulig utnyttet. Dette er særlig viktig der sammensetningen av teamene gjør at kompetansen er skjevt fordelt.

Samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene ved BUPA er preget av uklare kompetanseskiller og tilbakeholdenhet i organisasjonen med å drøfte og klargjøre den enkelte arbeidstakers kompetansefortrinn. De ansatte opplever at det ofte har vært tilfeldigheter som har avgjort hvilken behandler pasienten har fått. Avdelingen bør sørge for større klarhet i hvilken kompetanse den enkelte behandler har, hvordan vedkommende ønsker å jobbe, og at det i saker hvor det er mulig og ønskelig, blir etablert et reelt teamsamarbeid mellom behandlere med ulik kompetanse.

5 Ledelse og drift av BUPA

I dette kapittelet skal vi se på hvordan den interne ledelsen ved avdelingen er organisert, hvordan informasjons- og kommunikasjonslinjer fungerer, og hvordan organiseringen og utnyttelsen av ressurser virker fremmende eller hemmende for driften av avdelingen. Vi skal også se litt på i hvilken grad kvalitetssikring og kontroll av driften blir ivaretatt ved BUPA.

5.1 Organisering av intern ledelse

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker skal etter forskriftene ha en enhetlig ledelse. Det har også BUPA. Avdelingsleder har det administrative og faglige ansvaret ved avdelingen, og tar formelt beslutninger på vegne av avdelingen.

Det finnes ingen klare definisjoner eller avgrensninger av begrepene administrativ og faglig ledelse. Vi kan allikevel peke på noen sentrale oppgaver en avdelingsledelse ved et sykehus har. Det administrative ansvaret innebærer ansvar for budsjett og personale. Avdelingsleder er dermed pålagt et arbeidsgiveransvar, og står til ansvar overfor sykehusdirektøren i slike spørsmål. Avdelingsleder har også et ansvar for det interne samarbeidet mellom ansatte, og at de ulike faggruppene fungerer pasientrettet. Det faglige ansvaret innebærer at avdelingsleder må ta nødvendige faglige hensyn i driften av avdelingen, og sørge for at fagenes autonomi ikke krenkes.

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1996 et utvalg som skulle utrede intern organisering og ledelse i sykehus. Dette utvalget trekker fram sju funksjoner det mener en avdelingsleder skal fylle:

- «- Ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg for den definerte pasientpopulasjon.
- Identifisere og iverksette tiltak som sikrer nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.
- Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig (forsvarlig) virksomhet.

- Ivareta personalansvaret.
- Tilrettelegge utdanningen på en tilfredsstillende måte.
- Sørge for at forskning og utvikling skjer med den kraft som gjør at sykehuset holder en god faglig standard
- Ha ansvaret for økonomistyringen ved avdelingen.» (NOU 1997:2:102)

Ved BUPA har man etter at avdelingen ble inndelt i team, valgt å skape en uformell ledelsesmodell som avviker fra modellen med enhetlig ledelse som formelt gjelder. Hvert team har en teamleder som sammen med avdelingsleder utgjør et lederteam. Alle saker av betydning for avdelingen drøftes på ledermøtet der lederne er samlet. Ofte har også sektorledelsen deltatt på deler av ledermøtene. På ledermøtet foregår gjennomgang og opplesing av posten til avdelingen og drøfting av prinsipielle saker og andre forhold som har betydning for driften. I forlengelsen av ledermøtet holdes et inntaksmøte der pasientsaker blir fordelt til teamene. Også her deltar teamlederne og avdelingsleder. Svært mye av informasjonen fra avdelingsleder til de ansatte går dermed fra ledermøtet via teamlederne.

Avdelingen har formelt også en stilling for sjefspsykolog og en ledende sosionom. Disse har ikke blitt gitt noen omfattende oppgaver, men skal ha et ansvar i forhold til veiledning. Det har de siste årene ikke blitt avholdt profesjonsmøter ved avdelingen.

Med etableringen av et lederteam mener avdelingen at det er etablert et forum der de ansatte i større grad trekkes med i beslutningsprosesser knyttet til driften av avdelingen. I følge ansatte har denne ledelsesmodellen sammen med teaminndelingen, dempet faglige spenninger i avdelingen, og virket samlende.

Verken teamlederne eller lederteamet har noen formell myndighet. Lederteamet kan ikke fatte beslutninger med gyldighet for andre. Det er avdelingsleder som formelt tar avgjørelser. Det har imidlertid vært et ønske fra avdelingsledelsen og teamledere at teamledernes funksjon i større grad formaliseres. Det gjelder dels spørsmålet om å knytte kompensasjon til det arbeidet som utføres av teamleder og det ansvar vedkommende påtar seg. Flere ved avdelingen mener det har vært konflikter med personalavdelingen om lønnsbetingelser for teamlederne. Men spørsmålet om å formalisere teamledernes funksjon dreier seg også om delegasjon av myndighet fra avdelingsleder. Fra avdelingsleders side er det påpekt at det blir svært lite tid til å utforme en langsiktig avdelingsledelse fordi mye av tiden går med til enkle administrative oppgaver, for eksempel godkjenning av reiseregninger, kursdeltakelse og liknende personaladministrative saker som kunne vært utført av en teamleder.

Det er et velkjent fenomen at ledere i offentlig virksomhet synes å drukne i administrative oppgaver. Her legger forvaltningspraksis og lovverk rammer for

hvordan en leder organiserer sitt arbeid. Mangelen på systematisk lederopplæring og oppfølging fra høyere ledernivåer, gjør imidlertid at det spillerom som finnes for ledelse innenfor store deler av offentlig virksomhet ikke utnyttes. Enkelte ansatte ved BUPA har påpekt at de synes avdelingen er overadministrert med mange ledere. Det brukes mye tid på administrasjon og møter. Et ledermøte hver uke legger beslag på tiden til fire fagpersoner i tillegg til avdelingsleder. I mange tilfeller vil det være tilstrekkelig med en effektiv sekretærtjeneste for å ivareta administrative oppgaver. Ut over dette er det selvfølgelig viktig for en avdelingsleder å forankre avdelingens politikk og målsetting blant de ansatte. Dette arbeidet bør imidlertid konsentreres om viktige prinsipielle spørsmål, ikke gjennomgang av posten.

Teamledernes rolle i organisasjonen bør utredes nøye før man igangsetter en eventuell omorganisering av ledelsen ved BUPA. Det er et meget stort behov i avdelingen for faglig veiledning, oppfølging av de ansatte og tilrettelegging av teamarbeidet. De faglige ressursene som finnes ved avdelingen bør settes inn for å løse disse oppgavene. Hvilke oppgaver som skal legges til en teamledelse, og om disse skal ha linjelederansvar, må vurderes nøye. Det vil neppe styrke organisasjonen om disse lederne må bruke større deler av sin tid på rent administrativt arbeid. Det er også viktig at avdelingsleder etablerer en direkte kontakt med de ansatte. Flere ansatte uttrykte at de savnet en relasjon til avdelingsledelsen. Personalgruppen ved BUPA er ikke større enn at det bør vurderes om ikke avdelingsleder skal avholde medarbeidersamtaler med samtlige ansatte hvert år. Avdelingsleder vil i alle tilfelle ha et ansvar for å ivareta helheten ved avdelingens drift, og påse at de ulike teamene arbeider på en samordnet måte.

Målformulering og strategi

Det foreligger ingen plan- eller styringsdokumenter fra BUPA. Det er ikke laget noen virksomhetsplan, og årsmeldingen fra avdelingen for 1996 er kort og skjematisk, uten større betydning for avdelingens planlegging.¹

Det synes å være et generelt trekk at avdelingen mangler plandokumenter. Ansatte etterlyser slike dokumenter, og særlig nyansatte etterlyser kunnskap om målsetting for virksomheten de er ansatt i, bestemmelser om prioriteringer i arbeidet, og avdelingens strategi for å utvikle virksomheten. Dersom det finnes drøftinger, beslutninger eller dokumenter som berører slike forhold er dette ikke, eller bare i liten grad, kjent blant de ansatte. Ansatte mener avdelingen mangler målsettinger og prioriteringer.

¹ Årsrapporten for 1996 ble på grunn av sykdom utarbeidet av en vikar. Dette er oppgitt som en av grunnene til at den ble begrenset.

Det kan være flere forhold som forklarer dette. Det kan være at arbeidet med å formulere målsettinger for driften og utvikle strategier er lavt prioritert og lite formalisert ved Telemark sentralsjukehus. Konflikten mellom ledelsen ved psykiatrisk sektor og BUPA kan også ha gjort at dette arbeidet i en periode har blitt nedprioritert. BUPAs situasjon med konstituert ledelse kan ha gjort det vanskelig for den konstituerte lederen å planlegge langsiktig og innarbeide rutiner for mer formalisert styring. Mangel på personale, stadige utskiftninger og nyansettelser kan også ha gjort at mye av ledelsenes arbeid har gått med til å ta unna arbeidet fra dag til dag, og at dette har gjort det vanskelig å bruke tid til mer langsiktig planlegging og dokumentering av slikt planarbeid. Det er også grunn til å stille spørsmål ved om avdelingen har hatt de nødvendige ressursene på kontorsiden.

Mange av de ansatte ved BUPA har et selvstendig behandlingsansvar. Det krever faglig autonomi. Tenkningen om profesjoner innebærer at yrkesutøvelsen skal være basert på selvstendige beslutninger, og at den enkelte yrkesutøver har et selvstendig ansvar for å utforme sitt arbeid i pakt med den kunnskapen som til enhver tid finnes på fagfeltet. Denne autonomien er viktig for yrkesutøvelsen også når denne foregår innenfor en institusjon. I institusjoner skal imidlertid arbeidet de ansatte utfører koordineres, og det er institusjonens ansvar å påse at arbeidet som utføres er faglig forsvarlig. For å være mer enn et kontorfellesskap må en institusjon derfor ha noen rammer for driften som er felles, noen mål, og noen faglige retningslinjer som de ansatte kan arbeide innenfor.

Hvilken form et langsiktig planleggingsarbeid ved BUPA bør ha må avgjøres i samarbeid med sykehuset. Det er i alle tilfeller viktig at arbeidet med mål for avdelingen blir konkret. Det må knyttes til den enkeltes arbeidssituasjon på en slik måte at det føles relevant for de ansatte, og blir en del av arbeidet ved avdelingen. Mange ansatte har etterlyst en plan for hvordan de kan utvikle seg i sin stilling ved avdelingen. Med de rekrutteringsproblemene avdelingen har hatt, vil dette være et meget viktig arbeidsfelt for avdelingen. Det er derfor naturlig at utviklingsprogrammer og programmer for oppfølging av den enkelte ansatte blir del av en langsiktig planlegging ved avdelingen. Telemark sentralsjukehus må sørge for at avdelingens økonomiske rammer gjør det mulig å drive det faglige utviklingsarbeidet som er nødvendig ved BUPA.

5.2 Informasjon

Til tross for ledelsesmodellen der teamlederne deltar i den daglige ledelsen av avdelingen, etterlyser de ansatte bedre informasjon om forhold som vedrører deres arbeidssituasjon. Det er naturlig å knytte dette problemet til to forhold. Det ene er

konkrete problemer med informasjonsoverføring ved BUPA, det andre er mangel på plan og styrende elementer som kan ordne informasjonen for de ansatte.

Informasjonskanaler

Teamlederne har en sentral funksjon når det gjelder å formidle informasjon fra ledelsen til de ansatte og fra teamene til ledelsen. Dette gjøres gjennom de ukentlige ledermøtene og teammøtene. Med unntak av fordelingen av pasientsaker, er det ikke satt opp faste kriterier for hva slags informasjon teamlederne skal formidle. Flere ansatte peker på at de synes det blir tilfeldig hva slags informasjon de får. «Vi får stikkord, men hvor er beslutningene?» spør en ansatt. Informasjonen betegnes som utydelig.

Post og informasjonsskriv er også en viktig informasjonskanal. Ansatte både i kontorstaben og i enkelte team peker på det de mener er dårlig posthåndtering internt i avdelingen. Postjournalen blir ikke ført regelmessig, og rutinene for distribuering av post mellom de to lokalitetene ved Hans Cappelens Minde og Stiger-tun oppleves av enkelte som svært dårlige. Det er også svikt i informasjonsrutinene internt i kontorstaben. En ansatt uttaler at hun aldri føler hun får gitt den servicen hun vil til de ansatte, fordi hun ikke får god nok informasjon om det som skjer. I tillegg er det et problem at den interne postgangen er sen. Det gjør det vanskelig å drive en avdeling som er lokalisert to steder.

Flere ansatte ved avdelingen påpeker også at postgangen ved Telemark sentralsjukehus er upålitelig og sen. Det er blitt rutine for mange ansatte å gå utenom postsystemet ved Telemark sentralsjukehus når brev med fortrolige opplysninger skal sendes, eller når brevet må fram innen en uke. De ansatte postlegger da brevet selv og har ved enkelte anledninger selv betalt porto. Dette er nødvendig, mener de ansatte, dersom man skal være sikker på at brevet kommer frem i tide og ikke forsvinner i postgangen. Dersom inntrykket de ansatte har av posttjenesten ved Telemark sentralsjukehus er riktig, tilfredsstiller ikke denne tjenesten de krav BUPA må kunne stille.

Datautbyggingen ved avdelingen ble påbegynt i 1995. I dag er de fleste ansatte fornøyd med det maskinelle utstyret som er tatt i bruk ved avdelingen. Det gis tilbud om opplæring, og enkelte har begynt å ta i bruk elektronisk post. BUPA har også nedsatt et eget IT-utvalg, som skal utforme et informasjonssystem for avdelingen basert på bruk av data. Tanken er at alle relevante dokumenter skal gjøres tilgjengelige på det interne datanettet. Dette vil øke tilgjengeligheten, men krever at de ansatte ved avdelingen øker sin kompetanse.

BUP-data er et sentralt verktøy i driften av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Her registreres pasientopplysninger, opplysninger om saksgangen, diagnoser og tiltak. Ved BUPA er det først og fremst kontoransatte som benytter

systemet og foretar registreringene. Det har vært gitt opplæring til de ansatte fagpersonene i bruk av BUP-data, men ikke alle har deltatt. Flere ansatte behersker systemet og ønsker å bruke det. En effektiv bruk av BUP-data ville trolig lette tilgangen på informasjon, og spare tid ved at opplysninger kunne legges inn direkte. Nye versjoner av dataprogrammet håndterer også interne ventelister.

Det har vært et meget stort problem for de ansatte ved Stigertun at overføringen av data via nettverket går sent. Kontorpersonalet kan ikke foreta nødvendige datakjøringer, men må be avdelingen ved Hans Cappelens Minde om å foreta dem. Resultatene må deretter sendes til Stigertun med post eller telefaks. Ansatte fagpersoner sier de ikke kan bruke systemet fordi det tar alt for lang tid å hente inn opplysninger. Liten kompetanse på bruk av BUP-data, eller problemer med overføring av data til lokalene på Stigertun, er uheldig hvis det innebærer at behandlere ikke tar i bruk, eller ikke får tak i opplysninger om en pasientsak på nødvendig tidspunkt.

I de fleste organisasjoner er uformelle møteplasser svært viktige for utveksling av informasjon. Kantinen eller lunsjrommet kan fungere som informasjonssentral. Ved BUPA er det først og fremst den delte lokaliseringen som gjør at det ikke eksisterer en felles møteplass for alle ansatte. Avdelingen bærer preg av at den er delt geografisk. Dette er alvorlig, særlig fordi et faglig samarbeid mellom de ulike teamene er helt nødvendig. Mangelen på felles møteplasser svekker det nødvendige samarbeidet internt ved avdelingen, og gjør det vanskelig for de ansatte å utvikle et nettverk for informasjons- og kunnskapsoverføring på arbeidsplassen.

Mangel på felles forståelsesramme

Ved siden av sviktende informasjonsflyt er trolig mangelen på en felles forståelse av avdelingens mål og arbeid en av årsakene til at mange ansatte føler de er dårlig informert om forhold som har betydning for arbeidet og for avdelingen.

Ansaret for å løse arbeidsoppgavene ved BUPA er i stor grad overlatt til den enkelte. En av de ansatte beskriver slik hvordan det var å begynne i jobben:

«Jeg fikk bare tildelt et kontor. Ingen hadde ansvaret for meg. Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre.»

BUPA mangler både uttalte mål for virksomheten ved avdelingen og klare retningslinjer for hva den enkelte skal gjøre. Det finnes heller ingen fast rollefordeling i teamene, eller retningslinjer for hvordan den enkelte skal ta del i teamarbeidet. Med visse variasjoner mellom teamene, er organiseringen av den enkeltes arbeid i stor grad individualisert. Det gjelder i mange tilfeller også der flere ansatte jobber med samme sak. Samarbeid både internt ved avdelingen og eksternt i forhold til andre institusjoner foregår etter uformelle mønstre formidlet gjennom tradisjon og praksis.

Mangelen på et mer formalisert rammeverk for driften av avdelingen har konsekvenser. For de ansatte blir det vanskelig å se de større strukturene i det arbeidet som gjøres. Det blir vanskelig å planlegge, og det blir vanskelig å drøfte endringer av de eksisterende forhold. Dette fører trolig til at de ansatte følger tradisjonelle handlingsmønstre i arbeidet og tar beslutninger basert på den konkrete situasjonen uten tanke for mer langsiktige virkninger. Dette gjenspeiler seg for eksempel i BUPAs samarbeid med andre institusjoner. Ansatte føler at dette samarbeidet ofte blir ustrukturert og tungvint fordi generelle problemer aldri blir ryddet av veien og løst. Når ansatte ikke ser de overordnede strukturene i virksomheten og ikke kan forholde seg til et rammeverk, blir den informasjonen de får preget av å være løsrevne brokker som ikke kan nyttes på noen meningsfull måte. Dette gir den enkelte en følelse av ikke å få tilstrekkelig informasjon. Under slike forhold fratas også de ansatte muligheten til å skape en meningsfull arbeidssituasjon.

5.3 Ressursutnyttelse

Den viktigste ressursen ved BUPA er den faglige kompetansen som er samlet ved avdelingen. Kompetansen utgjør kjernen i de tjenester avdelingen yter. De andre ressursene som avdelingen rår over bør derfor disponeres slik at kompetansen blir best mulig utnyttet og utviklet.

Lederskap – faglig og personlig oppfølging

Det er ikke bare rekrutteringssituasjonen ved BUPA, og behovet for å disponere kompetansen på en fornuftig måte, som gjør lederskap til en viktig faktor i spørsmål om ressursutnyttelse. Ved enhver arbeidsplass har de ansatte krav på å bli ivaretatt på en god måte.

Svært mange av de ansatte ved avdelingen sier at de vurderer sin stilling. Mange peker på at arbeidsforholdene ved avdelingen må forbedres hvis de skal velge å bli i stillingen i lengre tid. Dette er uten tvil den største utfordringen for avdelingen og for avdelingsledelsen. Det vil være galt bare å skyve ansvaret over på sykehusets prioriteringer og personalavdelingens politikk.

Det kan være mange grunner til at personalet ved en avdeling ikke er tilfreds med en arbeidssituasjon. En avdelingsledelse bør kartlegge hvilke forhold dette kan være, og vurdere hva som kan gjøres i hvert enkelt tilfelle for å forbedre arbeidssituasjonen til de ansatte.

Denne intervjuundersøkelsen har vist at de ansatte føler et stort behov for faglig og personlig oppfølging. Avdelingen har måttet ansette svært mange ikke-

spesialister i spesialiststillinger. Dette gjør at behovet for oppfølging blant de ansatte trolig er større enn hva det normalt ville være. Ansatte etterlyser mer faglig veiledning. Det gjelder ikke bare de som får dette som del av videreutdanning. Den siste tiden har det vært rikelig med midler til videreutdanning, kurs og seminarer. Mange av de nyansatte deltar i utdanningsprogrammer. Dette er de ansatte glad for. Allikevel ser det ut til at mange føler et behov for bedre faglig oppfølging. Dette skyldes trolig to forhold.

For det første foregår mye av den faglige utviklingen og læringen til de ansatte direkte gjennom arbeidet. Det ser ikke ut til at avdelingen i tilstrekkelig grad har klart å organisere arbeidet slik at læringen blir tydelig, overføres mellom slik at de kan dra nytte av hverandres kompetanse. Her vil forholdene variere noe mellom teamene.

For det andre er trolig behovet for faglig støtte også vevet sammen med et behov for mer personlig oppfølging i jobben. En avdelingsledelse bør forsøke å gi de ansatte en følelse av tilhørighet og trygghet i jobben. Ved BUPA er det flere som uttaler at de sjelden ser avdelingslederen, og at de ikke føler de har et forhold til ledelsen. «Ledelsen ser deg ikke. [Vi får] ikke nok bekreftelse», hevdet en ansatt. Teamene og teamlederne har til en viss grad ivaretatt en slik oppfølging av de ansatte. Men arbeidet i teamet er i stor grad lagt opp til at hver enkelt på eget initiativ skal legge frem pasientsaker som er vanskelige. Å søke hjelp i vanskelige saker må selvfølgelig være den enkeltes ansvar. Men det er ledelsens oppgave å skape et arbeidsmiljø der de ansatte føler seg trygge og ivaretatt, og gi de ansatte støtte og nødvendig oppfølging når de ber om det.

Skal Telemark sentralsjukehus og ledelsen ved BUPA lykkes i å holde på de ansatte og dra nytte av den kompetansen de har og utvikler gjennom videreutdanningen, er det helt nødvendig at avdelingen klarer å skape et faglig miljø der de ansatte får riktige og utfordrende oppgaver. Når ansatte får nye oppgaver er det viktig at disse blir løst under veiledning og oppfølging. Dette kan være med å gi begreper som «behandlingsansvar» og «faglig ledelse» et innhold for de ansatte. Det er grunn til å tro at barne- og ungdomspsykiatrien gjennom å åpne for et reelt samarbeid, har større muligheter til å realisere en god faglig ledelse enn mange andre typer helseinstitusjoner.

Tid

Vi har i denne undersøkelsen ikke gjort noen systematisk tidsundersøkelser ved BUPA. Tre forhold er imidlertid berørt i enkelte av intervjuene med de ansatte. Det gjelder møter og tidsbruk, det gjelder arbeidsbelastningen til den enkelte i form av hvor mange saker vedkommende til enhver tid har, og det gjelder spørsmål om koordinering av samarbeidet internt ved avdelingen. Vi kan ikke trekke noen

slutninger om tidsbruken på bakgrunn av materialet, men vi kan presentere noen synspunkter.

Det var ingen entydige synspunkter på møteaktivitetene ved avdelingen. Enkelte mente det var mange møter, og forsøkte å begrense deltakelsen for egen del. Mange understreket imidlertid nytten av de møtene som var. Når flere personer og faggrupper er involvert i en sak er det nødvendig å bruke noe tid på møter. Dette vil ofte være produktivt, mente flere ansatte. Det ble imidlertid understreket at møtene ofte hadde en uformell karakter. Det ble sjelden satt opp skriftlig dagsorden og sendt innkalling til møter. Det ble heller ikke tatt formelle referater. Denne uformelle møtekulturen samsvarer med det inntrykk informantene har gitt av en uformell og utydelig ledelse av avdelingen. I en arbeidssituasjon med mange og hyppige små møter kan det være grunn til å vurdere om det er nødvendig med svært formaliserte rutiner. Det er imidlertid viktig at møtedeltakerne vet hva som skal drøftes på møtene og at møtetiden brukes på en målbevisst måte. Skal disse kravene ivaretas krever det som oftest at visse formelle prosedyrer følges.

De ansatte ved avdelingen hadde forskjellige erfaringer når det gjaldt arbeidsbelastningen. For en tid siden ble spørsmålet om hvor mange konsultasjoner hver behandler burde ha i gjennomsnitt per uke, drøftet ved avdelingen. Man mente at de fleste sakene ved avdelingen krever mye tid til indirekte arbeid, og det ble anslått at rundt ti konsultasjoner var et rimelig nivå på det direkte pasientarbeidet. En registrering ved avdelingen viste at mange av de ansatte i gjennomsnitt lå omtrent på dette nivået.

Hvor mange saker hver behandler har ansvaret for samtidig, og hvor mange konsultasjoner hver behandler har i gjennomsnitt, vil variere. En rekke forhold påvirker dette. Det er avgjørende hva slags arbeidsoppgaver behandlerne har i en sak og hvilken form behandlingen har. Korte behandlinger kan ofte kreve mer tid til planlegging og oppfølging enn behandlinger som går over lengre tid. Ved utredninger kreves det ofte tid til å skrive rapporter. Også kompleksiteten i saker vil påvirke hvor mange konsultasjoner en behandler kan ha. Saker der mange parter er involvert vil kreve mer tid til koordinering, planlegging og drøfting. Dersom et slikt forarbeide gjøres grundig vil det kanskje begrense behovet for direkte konsultasjoner. Også den enkelte behandlers kompetanse og veiledningsbehov, og mer personlige forhold, vil påvirke den enkeltes kapasitet.

Det er viktig at BUPA tar spørsmålet om produktivitet alvorlig. Selv om det er vanskelig å finne gode mål for produktiviteten i en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling som BUPA, er det viktig at en drøfter slike mål, og arbeider i fellesskap for å gjøre driften mest mulig effektiv. Samtidig bør ledelsen gjennom oppfølging og samtaler hjelpe den enkelte med å tilrettelegge arbeidet på en fornuftig måte. Det er utilfredstillende og demoraliserende å arbeide i en organisasjon som ikke er effektiv, og det kan være ødeleggende på et arbeidsmiljø dersom mange føler at andre i organisasjonen ikke tar sin del av ansvaret for å skape et effektivt arbeidsmiljø.

Det var få av de ansatte som mente det var særlige problemer knyttet til koordinering av samarbeidet ved avdelingen. De ansatte fører lister over sin aktivitet i ekspedisjonen, slik at alle kan skaffe seg oversikt over hvor hver enkelt befinner seg, og når vedkommende er ledig. Det ser ut til at det er kontorpersonalets fortjeneste at disse listene fungerer. Flere av de ansatte har også begynt å ta i bruk elektronisk post når de skal sende beskjeder til andre ansatte. Dersom alle de ansatte lærer seg å ta dette verktøyet i bruk, kan det bli et effektivt redskap for kommunikasjon internt.

Kontortjenesten

Det ser ikke ut til at de kontoradministrative tjenestene ved BUPA er organisert og ledet på en tilfredsstillende måte. Konflikter internt i tjenesten indikerer en sviktende ledelse. Vi har sett ovenfor at post- og informasjonsformidlingen ikke har fungert. Arkivrutinene er også meget dårlige. Det ansatte kontorpersonalet opplever selv dette som svært utilfredsstillende.

BUPA har 3,5 kontorstillinger. Kontorpersonalet har ansvar for sentralbord, betjening av ekspedisjon med mottakelse av pasienter, innføring av journalnotater i journalene, brevskrivning og rapportering av ulik karakter. Det er kontorpersonalet som utfører all registreringen i BUP-data. Både de kontoransatte og fagpersonalet understreket at kontorressursene ved avdelingen er knappe. Særlig for ledelsen er tilgangen på adekvat kontorhjelp for liten.

De ansatte ved BUPA er generelt meget fornøyd med den servicen kontorpersonalet yter. Gjennom ansvaret for BUP-data fyller også kontorpersonalet en viktig oppgave i oppfølging av pasientsakene. Det er kontorpersonalet som kontakter behandlere som har hatt en sak liggende lenge, og minner vedkommende på at saken eventuelt kan avsluttes. Flere ansatte understreker hvor viktig det er at kontorpersonalet følger opp sakene deres. Det spørres om ikke kontorpersonalet her utfører en oppgave som kanskje burde ha vært utført av avdelings- eller teamledelsen.

Flere ansatte peker også på hvordan kontorpersonalet ivaretar en sosial funksjon, eller en omsorgsfunksjon ved avdelingen. Ekspedisjonen er en møteplass der de ansatte møtes i en litt annen sammenheng enn den faglige.

Skal kontorpersonalet klare å ivareta et bredt spekter av oppgaver, og yte god service til fagpersonalet, er det viktig at kontortjenestene integreres i avdelingen. En oppløsning av sektororganiseringen og den særegne kontoradministrative linjen, kan gjøre dette lettere. Det er viktig at kontorpersonalet får være med på møter og seminarer som er relevante, slik at de blir kjent med virksomheten og de ansatte på en best mulig måte.

Delt lokalisering

En av de største hindringene for en effektiv utnyttelse av ressurser ved BUPA er trolig den delte lokaliseringen. Alle de ansatte mente delingen hadde negative konsekvenser for driften og samarbeidet internt.

Problemene kan ses fra to synsvinkler. For det første skaper den delte lokaliseringen problemer for samarbeidet internt ved BUPA. Det blir tungvint å ta kontakt med kolleger, samtaler må avtales og gjøres mer formelle fordi de ofte kan innebære reising mellom de to lokalitetene, og det blir vanskelig for de ansatte å skape et felles arbeids- og fagmiljø. For nyansatte med behov for å bygge opp relasjoner og nettverk internt på avdelingen er dette et stort problem.

Problemet med den delte lokaliseringen kan imidlertid også ses fra en annen vinkel. Dersom en forutsetter at det er de ansattes faglige kompetanse som er den viktigste ressursen ved BUPA, og at det er knapphet på denne, vil det fra et ressurs synspunkt være svært kostbart å ha de ansatte kjørende opp og ned de seks kilometerne mellom Hans Cappelens Minde og Stigertun. Selv om BUPA har forsøkt å finne løsninger på den vanskelige situasjonen, bør Telemark sentralsjukehus og sykehusets eier i sine vurderinger av ressursbruk og tilgangen på fagpersoner, ta i betraktning hvilke konsekvenser den delte lokaliseringen har for BUPAs mulighet til å gi et godt behandlingstilbud.

5.4 Rutiner for internkontroll, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling

BUPA har ikke tatt i bruk noe eget formelt system for internkontroll og kvalitetssikring. En av de ansatte ved avdelingen uttrykker det slik:

«Det er lite overordnet kontroll [ved avdelingen]. Det er et lite og gjennom-siktig system, der det er viktig med åpenhet og motivasjon.»

At BUPA ikke har hatt noe eget system for å ivareta den interne kontrollen, betyr ikke at avdelingen er uten kontrollrutiner, eller at det ikke har foregått arbeid ved avdelingen for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Det er imidlertid grunn til å tro at dette arbeidet har vært lite utviklet.

Alle helseinstitusjoner er gjennom lov pålagt å etablere et internkontrollsystem for virksomheten. Det skal, som det heter i loven, «sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.» (Lov av 30. mars 1984 nr. 15:§ 3) Det er naturlig at det formelle arbeidet med internkontroll ved sykehuset ledes sentralt. I hvilken grad internkontrollen ved den enkelte sykehusavdelingen

bør være skriftlig dokumentert, og hvor omfattende den må være, vil variere i forhold til avdelingens størrelse og kompleksitet.

Kvalitetsutvikling ved en klinisk avdeling innebærer at avdelingen driver kontinuerlig evaluering av sin virksomhet. Helsetilsynet har definert kvalitetsutvikling slik:

«Kvalitetsutvikling er en ledelsesfilosofi som gjennom strategi og metode sikrer kontinuerlige forbedringer av alle de prosesser som skaper verdiøkning i en organisasjons virksomhet. Filosofien bygger på kontinuerlig og systematisk forbedring gjennom brukerfokus, prosessorientering og aktiv medvirkning fra alle ansatte.» (Statens helsetilsyn 1997)

Sykehusloven pålegger også helseinstitusjoner å opprette kvalitetsutvalg som ledd i internkontrollen. (Lov av 19. juni 1969 §18b) BUPA har deltatt i et slikt kvalitetsforbedringsutvalg som har vært opprettet ved psykiatrisk sektor. Utvalgets oppgave har blant annet vært å gjennomgå interne rutiner, arbeidsinstrukser, personalhåndbok, kurs, opplæring og liknende.

Kvalitetssikring innebærer et systematisk arbeid for å sikre og dokumentere at driften og tjenestene ved en avdeling ytes i henhold til spesifiserte krav. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien arbeides det enkelte steder med å utvikle systemer for kvalitetssikring. (Rønning 1996:634f) Skal slike systemer tas i bruk må de tilpasses institusjoner som er preget av profesjonsutøvelse, der den enkelte har et stort selvstendig ansvar, og institusjoner som i en viss grad er preget av faglige motsetninger. Det har vært reist tvil om ulike kvalitetssikringsprogrammer fører til bedre tjenester (Referert i Rønning 1996:637). Her skal vi imidlertid understreke et viktig aspekt ved det som kan kalles kvalitetssikring: Ved en helseinstitusjon som BUPA er det viktig å hindre at pasientbehandlingen bare blir et personlig anliggende for den enkelte behandler. I helseinstitusjoner skal behandlingen *også* være et institusjonelt anliggende. I institusjoner har både den enkelte behandler og institusjonen et ansvar for at behandlingen er tilfredsstillende.

I Stortingsmelding nr. 25 1996–97 peker Sosial- og helsedepartementet på at en av de viktigste forutsetningene for at psykiatriske helsetjenester skal være av god kvalitet, er at de ansatte har tilfredsstillende kunnskap og ferdigheter i forhold til de oppgaver de skal løse. (St.meld. nr. 25 1996–97:138) Vi har ovenfor forsøkt å analysere virksomheten ved BUPA ved å se på forholdet mellom kompetanse, organisering og de pasientgrupper BUPA har. Vi skal i dette avsnittet peke på noen av de rutinene som er i bruk ved avdelingen for å følge opp pasientarbeidet, og trekke frem forhold eller mangler som for øvrig er kommet fram gjennom intervjuene med de ansatte.

Både på avdelings- og teamnivå er det rutiner for å følge opp ventelistene over pasienter. Det virker som de ansatte mener disse rutinene fungerer tilfreds-

stillende når det gjelder å sikre at ventetiden ikke blir lengre enn nødvendig i forhold til avdelingens kapasitet. Slik inntaket ved BUPA fungerer i dag, kan det imidlertid være et problem å fastslå hvilket behandlingsbehov pasienten på venteliste har. Dette kan trolig bedres gjennom endringer av inntaksrutinene. Dette er drøftet ovenfor.

Alle saker ved avdelingen følges opp gjennom BUP-datasystemet. Her registreres de ulike aktivitetene knyttet til en sak. Ved hjelp av BUP-data er det mulig å plukke fram alle saker hvor det ikke har vært noen aktivitet i løpet av en definert periode. Ved BUPA er det vanlig praksis at kontorpersonalet følger opp pasientsaker uten aktivitet, og henvender seg til behandlere etter en viss tid med spørsmål om hvordan det går med en sak og om den eventuelt skal avsluttes. Flere ansatte ga uttrykk for at dette er meget nyttig. Det hjelper dem å holde kontroll med pasientsakene når saksmengden blir stor. Annen oppfølging av sakene ved BUPA er overlatt den enkelte behandler.

Det legges ned betydelige ressurser i å registrere saker og aktivitet i BUP-data systemet. Disse opplysningene vil det trolig være mulig å systematisere og bruke for å følge opp arbeidet ved avdelingen mer kontinuerlig. Både avdelingsledelsen og eventuelle teamledere vil med utgangspunkt i et slikt materiale kunne hjelpe den enkelte behandler eller behandlingsteam i å planlegge arbeidet med sakene, løfte fram problematiske saker, eller rydde opp i vanskelige interne eller eksterne samarbeidsforhold.

En viktig del av dokumentasjonen av virksomheten i helseinstitusjoner foregår gjennom journalføring. I helseinstitusjoner er det institusjonens «medisinskfaglig ansvarlige lege» som skal sørge for at det føres journal for hver pasient. Journalen skal føres fortløpende.

Det er ikke utarbeidet noen retningslinjer for hvordan journalen skal skrives ved BUPA. Det gis, ifølge informanter, ikke opplæring i å føre journal. Det er tydelig at det ikke er innarbeidet klare rutiner for journalskriving ved avdelingen. Ansatte uttaler blant annet:

«Holdningen her er at... [journalskriving] er noe man ikke får tid til.»

«Folk sier de har hauger med journaler de ikke har fått skrevet.»

Det er åpenbart et problem ved avdelingen at personalet ikke får ført journaler fortløpende slik loven krever. BUPA er ikke noe enestående tilfelle når det gjelder dårlige rutiner for journalføring.² Ledelsen ved BUPA har imidlertid ikke foretatt seg noe for å påse at journalene blir ført etter forskriftene. En av hensiktene med å føre journal er at nødvendig pasientinformasjon skal være tilgjengelig uavhengig av den

² Aftenposten skrev 24. november 1997 om at bare et fåtall kirurger journalførte at pasienter hadde fått informasjon før et kirurgisk inngrep. Informantene forteller at det også andre steder innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er dårlige rutiner for journalføring.

enkelte behandler. Dette har blant annet med sikkerhet og rettssikkerhet for pasienten å gjøre.

Mangelen på rutiner for kvalitetssikring føyer seg sammen med det generelle inntrykket av at BUPA ledes på en svært uformell måte. Dette gjør at ansatte opplever ledelsen som utydelig. Avdelingsledelsen har bare i liten grad tatt initiativ for å sikre at den enkelte behandler får nødvendig støtte i arbeidet gjennom systematisk oppfølging av pasientsakene, hjelp til tilrettelegging av arbeidssituasjonen eller opplæring og innføring i avdelingens rutiner som for eksempel journalføring.

5.5 Oppsummering

Ledelsen ved BUPA er preget av mangel på planlegging og lite utvikling av mål for virksomheten. Ledelsen er uformell og preget av lite styring. Driften av avdelingen må imidlertid ses i lys av de vanskelige forhold ledelsen har hatt de senere årene. Det har vært konflikter knyttet til sektororganiseringen og avdelingen har i flere år vært uten fast ansatt leder. Mangelen på fagfolk har skapt store problemer for avdelingen, og stor gjennomtrekk av enkelte yrkesgrupper har også gjort driften vanskelig.

Vi har i denne undersøkelsen trukket fram flere forhold som er av betydning for ledelsen og driften av BUPA.

- Ansatte savner større grad av faglig og personlig oppfølging fra ledelsens side. Mangel på slik oppfølging har gjort at det har vært lite kontroll med bruken av avdelingens faglige ressurser.
- Avdelingen har et godt videreutdanningstilbud, og har lagt opp en strategi for å sikre seg kompetanse gjennom å videreutdanne personalet.
- Ledelsen har maktet å dempe interne konflikter ved avdelingen gjennom å opprette et lederteam. Det er opprettet en funksjonell teaminndeling som de ansatte synes tilfreds med.
- Avdelingen er preget av dårlig formidling av intern informasjon. Dels skyldes dette at informasjonskanaler ikke fungerer tilfredsstillende, dels skyldes det at avdelingen mangler synlige overordnede rammer for driften som kan gi den eksisterende informasjonen mening.
- Den delte lokaliseringen hemmer effektiv drift og svekker mulighetene til en faglig integrasjon ved avdelingen.
- Det er lite formalisert kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling ved avdelingen, men arbeid med kvalitetsutvikling har foregått som del av arbeidet i psykiatrisk sektor.

6 BUPA og administrative myndigheter

Det er en utbredt prinsipiell enighet om at samarbeidet mellom ulike instanser i helse- og sosialvesenet generelt må bedres (St.meld. nr. 25, 1996–97). Dette gjelder ikke minst samarbeidet mellom instanser og tiltak utenfor institusjon. Idealet om en sammenhengende kjede i helse- og sosialvesenet, der enhver klient blir tatt hånd om på rett nivå forutsetter mye kontakt og en klar arbeidsdeling mellom ulike instanser (St.meld .nr. 25, 1996–97).

I dette kapittelet retter vi søkelyset mot de administrative og organisatoriske aktører som setter rammebetingelser for BUPAs virksomhet. Hvordan er ansvar og myndighet fordelt mellom ulike instanser? Hvilke erfaringer har disse aktørene med BUPA? Fungerer BUPA etter deres mening som en del av Telemarks behandlingstilbud for barn og unge med psykiske lidelser. Hva er det BUPA mangler, og hvordan kan samarbeid og arbeidsdeling bedres? I neste kapittel skal vi se på hva som karakteriserer de faglige samarbeidspartnere på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, og deres erfaringer med BUPA.

Samtaleintervjuer er gjennomført med representanter for fylkeshelsesjefen, fylkeslegen, sjukehusledelsen og sektorledelsen. Intervjuene har fokusert på beslutningsprosesser knyttet til fylkesadministrasjonen og dens saksforberedelser, holdninger til og kunnskaper om situasjonen på BUPA og i fylkets barne- og ungdomspsykiatri. Samtaler om konkrete utrednings- og beslutningsprosesser har gitt oss et visst innblikk i hvordan ansvar og myndighet er fordelt eller ikke fordelt mellom ulike instanser. I et senere analysekapittel vil formelt og uformelt ansvar, og situasjonen i Telemark bli diskutert på et mer teoretisk og prinsipielt grunnlag. Et sentralt spørsmål er om BUPA i dag fungerer som en integrert del av fylkets behandlingstilbud for barn og unge med psykiske lidelser? Et annet spørsmål er hvilke trekk ved BUPA som etter de eksterne samarbeidspartnernes mening hemmer eller fremmer avdelingens evne til å drive en effektiv virksomhet? Er BUPA et tilgjengelig og effektivt helsetilbud for sine klienter? Er BUPA effektive samarbeidspartnere og gode rådgivere for andre fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester for barn med psykiske problemer?

Vi har også spurt ansatte ved BUPA om deres opplevelse av samarbeidet med de aktuelle instansene, og hva som etter deres mening er forutsetninger for godt samarbeid. Vi har redigert informantintervjuene slik at BUPA og samarbeidsinstansene får hver sin stemme. Dette gjøres gjennom å presentere konkrete hendelsesforløp

slik de er fortalt oss av våre informanter. Først presenteres administrative myndigheters versjon og erfaringer. Deretter BUPAs. På denne måten håper vi å tydeliggjøre sentrale aspekter ved disse samarbeidsrelasjonene. Vi oppsummerer til slutt i kapitlet hovedtrekkene ved de ulike instansers oppfatninger av dagens samarbeid, av hva de burde ha samarbeidet om og hva de mener hemmer samarbeidet.

6.1 BUPA og fylkesadministrasjonen

Formelt sett har fylkeskommunen etter Sjukehusloven og Lov om psykisk helsevern ansvaret for institusjonshelsetjenesten, men det finnes ingen lovbestemmelser om fagadministrasjon for fylkeskommunens helse- og sosialtjenester. I Telemark ligger det politiske ansvaret i fylkestingets helse- og sosialutvalg.

De administrative og faglige organer, som fylkesrådmann og fylkeshelsesjef, har til oppgave å skaffe til veie tilstrekkelig grunnlagsmateriale for de politiske beslutninger som skal tas av fylkespolitikerne. De har dermed som klart definert oppgave å være saksforberedende og tilretteleggende instans for de politiske myndighetene. Dette gjelder konkret i form av budjetter og helseplaner for de ulike virksomhetsområder. Fylkeskommunene har plikt til å utarbeide slike planer og budsjetter. Administrasjonen befinner seg i et spenningsfelt mellom politiske aktører og faglige eksperter og rådgivere på hver sin kant og kanskje på ulike premisser.

Det jobbes per i dag med en revidering av psykiatriplanen for Telemark fylke. I dag er det planen fra 1992 som har status som dokument for psykiatrien, men er ikke i tråd med dagens virkelighet. Vi har valgt å bruke arbeidet med utredningen av en ungdomspsykiatrisk døgninstitusjon i Telemark som illustrasjon på samarbeidsrelasjoner, konflikter og kommunikasjon mellom barne- og ungdomspsykiatri (ved BUPA og TSS ledelse) og politiske myndigheter i fylket.

Klokkerhuset hadde en lang forhistorie da det ble etablert i 1993. I følge Klokkerhusrapporten var det oppsummert et behov for et psykiatrisk ungdomsinternat i fylket på midten av 1980-tallet (Falkum m.fl. 1995). Det var dokumentert at Telemark fylke manglet tiltak for ungdom med alvorlige psykiske lidelser, og man ønsket å gi disse ungdommene et alternativ til voksenpsykiatrien.

I 1987 ble det lagt fram et forslag om å opprette en psykiatrisk behandlingsavdeling for ungdom i alderen 12–18 år med alvorlige psykiske lidelser. Man foreslo at internatet skulle ha åtte heldøgns plasser, hvorav to skulle være forbeholdt krisesituasjoner og øyeblikkelig hjelp. Forslaget var utarbeidet av representanter fra de psykiatriske avdelingene ved sentralsjukehuset og fylkeslegen.

Ansatte ved BUPA mener at denne planens skjebne ikke kan forstås uten i sammenheng med de råd psykiatrisk faggruppe ga fylkeshelsesjefen.

Etter BUPAs mening var barne og ungdomspsykiatrien dårlig representert i faggruppene, noe som førte til at barne- og ungdomspsykiatrien generelt og BUPA spesielt, tapte kampen om ressursene.

Andre runde i diskusjonen av en ungdomspsykiatrisk institusjon var i følge informanter også mye fram og tilbake. Man erkjente fortsatt at man trengte behandlingsplasser for barn og unge, men man manglet finansieringen. Da Sandemann-midlene kom, tok man internatdelene fra TSS og brukte til opprettelsen av Klokkerhuset. Sandemann-midlene hadde imidlertid visse forutsetninger, de var beregnet til barnevernstiltak. Denne runden endte dermed med et kompromiss ved at Klokkerhus-prosjektet ble etablert som barnevernsinstitusjon med plasser også for ungdom med psykiatriske hjelpebehov. Klokkerhuset skulle være en institusjon som skulle fremme samarbeidet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i fylket.

Klokkerhuset ble evaluert i 1995, og fylkestinget vedtok å etablere institusjonen som en barnevernsinstitusjon med et formalisert samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien. Dette var ikke i tråd med TSS' anbefalinger. Evalueringen av Klokkerhuset pekte også på at institusjonen ikke fylte behovet for en psykiatrisk behandlinginstitusjon, men snarere var å anse som et supplement. Ikke minst må dette ses på bakgrunn av at Klokkerhusets målgruppe er en annen enn barne- og ungdomspsykiatriens, gjennom at Klokkerhusets målgruppe ble definert av barneverntilknytningen, som igjen fulgte av finansieringen og forutsetningen for denne. Premissene hadde endret seg underveis, resultatet er at det i stor grad er barnevernets barn som blir henvist og får behandling på Klokkerhuset.

Selv om barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet har mange felles klienter, så kan ikke Klokkerhuset sies å dekke behovet for psykiatriske behandlingsplasser for denne aldersgruppen. Fra å skulle være et eksempel på å slå to fluer i ett smekk, hadde premissene for behandlinginstitusjon endret seg underveis. Resultatet er at man i Telemark per februar 1998 har en døgninstitusjon for barnevernets barn, og til dels for «dobbeltklientene», men ikke for andre med døgnpsykiatrisk behandlingsbehov, selv om Klokkerhuset også til tider har omsorg for og behandler barn med klart psykiske lidelser.

Tredje runde i arbeidet med en barne- og ungdomspsykiatrisk døgninstitusjon foregår nå, etter at sjukehusdirektøren på ny satte i gang utredning om en behandlinginstitusjon i barne- og ungdomspsykiatrien (Hestetun-utvalget). Denne ble overlevert direktøren ved sjukehuset i februar 1997, og ankom fylkeshelsesjefens kontor i juni samme år. Sentrale aktører i de ulike planleggingsprosessene hevder at fylkeshelsesjefens kontor fant denne så ambisiøs og urealistisk, at den av fylkeshelsesjefens stab ble lagt til side, uten at den er blitt fremmet politisk. St.meld. nr. 25 lover midler til de som har planene for utbygging klar. De samme informanter

hevder at fylkespolitikerne har stukket hodet i sanden lenge nok. De har gitt barne- og ungdomspsykiatriske problemstillinger lav prioritet, noe som gjenspeiles ved at Telemark har landets lavest dimensjonerte barne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud. Nå tilsniker de samme fylkespolitikerne, etter noens mening, seg ære ved å hevde at de øker midlene til psykiatrien, mens realiteten er at pengene kommer som øremerkede midler direkte over statsbudsjettet. Oppfatninger vi møtte var at fylket selv dermed ikke øker sine midler til psykiatrien ved TSS. På denne bakgrunn mener noen av våre informanter at fylkeshelsesjefen i denne saken har forført politikerne, og forskuttert statlige midler.

Etter mange år med stemoderlig behandling av barne- og ungdomspsykiatrien, er det noen av våre informanter som stiller seg spørsmålet om hvilken kompetanse helsesjefens kontor har i denne saken? Viser historien om barne- og ungdomspsykiatrisk behandlingsinstitusjon i Telemark at helsesjefens organisering og bruk av egne personellressurser ikke er hensiktsmessig, dersom man *også* vil tjene psykiatriens interesser på en hensiktsmessig måte? Hva har vært gjort fra fylkeshelsesjefens side for å sikre at barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse er representert i hans rådgivende organer? Hvilken kommunikasjonslinjer er det mellom fylkeshelsesjefen og psykiatrisk sektor? Dette var spørsmål noen av våre informanter stilte i forhold til den saksbehandlingen som har vært gjennomført, og delvis på bakgrunn av en undring over at ingen utenfor sjukehusorganisasjonen går inn og tar ansvar når dårlig intern kommunikasjon ved sjukehuset over tid har spesielt negative konsekvenser for det barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsmiljøet ved sjukehuset.

Sett fra fylkeshelsesjefens kontor ser historien og dens begrunnelser noe annerledes ut. Her har de i alle år sett en barne- og ungdomspsykiatri som ikke riktig har greid å profilere seg i egen organisasjon, og som ikke har evnet å synliggjøre sin betydning. De opplever at BUPA har lukket seg til og ikke evnet å bygge de nødvendige allianser i egen organisasjon og i forhold til omverden. Dette har skapt et inntrykk av tafatthet, og har nok i neste omgang smittet over på bedømmelsen av og tiltroen til avdelingens faglige kompetanse.

Etter hvert har faggruppa i psykiatri blitt mer representativt sammensatt, både geografisk og faglig. Dessuten har TSS i dag en sektoroversjukepleier som ser BUPAs situasjon og behov på en helt annen måte enn hva det har vært tradisjoner for. Nå er innstillingen fra Hestetun-utvalget ett innspill i arbeidet med den reviderte psykiatriplanen.

BUPA har hatt problemer med å rekruttere fagpersonell, ikke minst gjelder dette de medisinske fagstillingene. Ved fylkeshelsesjefens kontor mener de at dette har vært en av årsakene til at BUPA «har blitt borte i organisasjonen der borte». De har ikke vært i stand til å vise sin styrke og sine faglige begrunnelser godt nok, og ikke greid å profilere seg og sitt fagområde i egen organisasjon og dermed heller ikke

overfor fylkeskommunens administrative og politiske ledelse. Etter fylkesadministrasjonens mening har BUPA heller ikke vært flinke nok til å bygge egne faglige nettverk i førstelinjen. De hevder at BUPA ikke har tatt initiativet til dialog med de ulike førstelinjeinstansene slik de burde. Ved fylkeshelsesjefens kontor har man derfor til tider tvilt på den faglige kompetansen ved avdelingen, og stilt seg undrende til avdelingens tilsynelatende manglende evne til eller ønsker om å etablere slike faglige nettverk. For fylkeshelsesjefens stab har det sett ut som om BUPA har levd sitt eget liv, uten å vite så mye om eller å bry seg med å finne ut av hvilke muligheter og gevinster som ligger i godt samarbeid med førstelinjen, noe som til en viss grad har ført til faglig isolasjon og mangel på funksjonell arbeidsdeling.

Et eksempel som trekkes fram som illustrasjon på BUPAs passivitet og tilbaketrekking, er deres unnfallenhet i forhold til å instruere og kreve at allmennlegene bruker BUPAs eget henvisningsskjema når de henviser pasienter til dem. I stedet for å gå inn i en dialog med legene om hvordan de vil at skjemaene skal brukes, og samtidig eventuelt gi en faglig begrunnelse for hvorfor dette er viktig og nødvendig, tar de i mot de ufullstendige henvisningene, bruker tid på å innhente nødvendige opplysninger, samtidig som de er oppgitte over legene.

Ansatte på BUPA hevder på sin side at grunnen til at de ikke maser på legene om dette, er at dette allikevel ikke fører til adferdsendring blant legene. Synspunktene blant BUPA-ansatte går i retning av at legene er slurvete, kanskje også arrogante, og at de lar være å gi de opplysninger henvisningsskjemaet ber om fordi de ikke prioriterer å ta seg tid. Noen ved BUPA sier de har mistanke om at noen leger boikotter skjemaet, fordi de ikke aksepterer BUPAs begrunnelser for å be om de aktuelle opplysningene.

6.2 Forholdet til ledelsen ved sentralsjukehuset

Også sjukehusets ledelse og sektorledelsen har bestemte funksjoner og forpliktelser overfor BUPA som fagavdeling ved sjukehuset. Ikke minst gjelder dette i forhold til rekruttering av kvalifisert personell, personal- og lønnspolitikk, utarbeidelse av forsvarlige budsjett og planarbeid ellers. Vi vil i det følgende først se på relasjoner mellom sjukehusledelse og BUPA, og i kapittel 6.3. trekk ved forholdet mellom BUPA og ledelsen av psykiatrisk sektor.

Som vist har organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten ved Telemark sentralsjukehus og sjukehusets organisering av de personaladministrative tjenestene skapt tre administrative linjer rundt BUPA. Vi kalte dette henholdsvis en faglig og administrativ ledelse, en kontoradministrativ ledelse samt en personalledelse. Vi

vil i det følgende se på noen prinsipielle trekk ved BUPAs relasjoner til de ulike enhetene ved sjukehusets ledelse.

Administrasjonsavdelingen

Omtrent samtidig med innføringen av sektororganiseringen, ble direktørens administrative stab omorganisert. Det ble opprettet en administrasjonsavdeling med henholdsvis en budsjett- og planseksjon, en lønnsseksjon, en regnskapsseksjon og en innkjøpsseksjon. Disse seksjonene er (var) et serviceorgan for direktøren i hans forhold til fagavdelingene, samtidig som de skulle være rådgivere og serviceorgan for den enkelte økonomiansvarlige i de ulike fagavdelingene.

I ansettelsessaker er arbeidsdelingen i følge personalledelsen slik at BUPA formulerer en annonsetekst som de sender til personalseksjonen. Personalseksjonen på sin side har fått delegert annonseansvar fra fylket. Personalseksjonens oppgave er å kontrollere at utlysningsteksten er formelt riktig. Personalseksjonen skriver ut annonseteksten og sender denne til aktuelle aviser med mer. Søkere sender sine søknader til personalavdelingen, som lager søkerliste. Etter søknadsfristens utløp oversendes denne til BUPA, som selv foretar intervjuene, og lager innstilling. Innstillingen sendes så til personalavdelingen som igjen har til oppgave å kontrollere at alt er formelt korrekt i henhold til avtaler med mer. Personalavdelingen sender så på vegne av direktøren, et tilbud om stillingen til kandidat nummer en. Formalitetene rundt en tilsetting ligger hos direktøren, men er delegert til personalseksjonen.

Dette er den formelle linjen. Med sektoriseringen ble imidlertid tjenestevei sentrert gjennom sektorledelsen, som igjen hadde direkte linje til direktøren. Før hadde den enkelte fagavdeling en slik direktelinje. Direktøren har med sektoriseringsmodellen delegert det økonomiske og administrative ansvaret til sin administrasjonsavdeling, som igjen har delegert deler av dette ansvaret til seksjonsleddet. Det faglige ansvaret er imidlertid delegert helt ned til fagavdelingsnivå, og plassert hos avdelingsoverlegene. En slik leder, med det fulle og hele faglige ansvar, har ikke BUPA hatt siden 1994.

Personalledelsen ved Telemark sentralsjukehus har altså siden årsskiftet 1994/1995 vært organisert i en administrasjonsavdeling der personalseksjonen har ansvar for spørsmål knyttet til ansettelser og lønnsplassing for sjukehusets ansatte. Formelt er det sjukehusdirektøren som ansetter, men denne myndigheten er delegert til administrasjonssjef eller personalleder. Det er også administrasjonssjef eller personalleder som bestemmer lønnsplassing av nyansatte, og er ansvarlig ved lønnsforhandlinger ved sjukehuset.

BUPAs opplevelse av samarbeid med administrativ ledelse

Fordi BUPA etter gjeldende regelverk er en sjukehusavdeling må den ledes av en overlege. BUPA var tidligere ledet av en avdelingsoverlege som var spesialist i barnepsykiatri. Etter å ha hatt sterke konflikter med sektorledelse og sektoroverlege, gikk overlegen fra stillingen våren 1994. Etter dette har ikke sjukehuset greid å rekruttere ny faglig leder ved BUPA. Dette har ført til at BUPA i 3,5 år i praksis har hatt konstituerte ledere. Disse har i større eller mindre grad hatt konflikter med personalavdelingen på grunn av uenigheter om lønnplassering og myndighetstildeling for de konstituerte avdelingsledere. I perioden har avdelingen vært ledet av en sjefspsykolog. Fra sommeren 1997 gikk denne ut i utdanningspermisjon. Avløser var en spesialpsykolog, som nå har sagt opp sin stilling. Per januar 1998 er det ansatt en spesialpsykolog i denne stillingen fram til 1. august. Dersom permittert leder vender tilbake, vil nåværende leder gå over i fast stilling som klinisk psykolog ved avdelingen.

Fordi BUPA består av familieklinikken med døgntilbudsplasser krever retningslinjene en medisinskfaglig ledelse av avdelingen. Sjukehusets ledelse, med personalavdelingen i spissen, har etter BUPAs mening ridd sine prinsipper på en måte som ikke har tjent avdelingen. Det er et allment trekk i norsk psykiatri at det er mangel på psykiatere og barnepsykiatere. Det er heller ikke lett å rekruttere andre medisinerere til barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Ved å kreve at BUPA skal konkurrere om et knapt gode på dette markedet, med det lite flatterende ryktet avdelingen og sjukehuset har hatt, har BUPA tapt. Avdelingen har dermed måttet greie seg med konstituerte ledere i hele perioden etter at avdelingsoverlegen sluttet i 1994, psykologer som etter BUPAs oppfatning burde ha blitt tildelt det overordnede medisinskfaglige ansvaret. Etter ansatte ved BUPAs oppfatning har disse avdelingslederne heller ikke blitt tilbudt lederlønninger tilsvarende andre avdelingsledere ved sjukehuset.

Nå har imidlertid direktøren, etter sektorledelsens oppfatning grepet tak i dette ved at han har satt i gang en gjennomgang av hele personalforvaltningen ved sjukehuset, og har per januar 1998 ansatt ny assisterende direktør. Dermed er man i ferd med å omorganisere så vel administrasjonsavdeling som sektorledelse.

6.3 Sektorledelsen og BUPA

Da sektoriseringen ble innført på TSS i 1992, ble BUPA en av fire psykiatriske avdelinger, med hver sin avdelingsledelse, og felles sektorledelse. De tre andre fagavdelingene valgte i følge sjukehusets ledelse en todelt avdelingsledelse, slik de fleste fagavdelinger ved norske sjukehus har. En todelt ledelse består av en

avdelingsoverlege og en avdelingsoversjukepleier. Fortsatt i henhold til sjukehusets ledelse, valgte BUPA en enhetlig ledelse. En saksopplysning i den forbindelse kan være at BUPA faktisk ikke har sjukepleiere ansatt overhodet, dette delvis grunnet i det behandlingstilbudet avdelingen består av. Heller ikke ved poliklinikkene på Notodden og i Kragerø er det ansatt sjukepleiere.

Som vi var inne på i kapittelet foran, er BUPA underlagt sektorledelsen i administrative spørsmål. I praksis innebærer dette at alle administrative forhold må inntas i sektoravdelingen på sin vei oppover i sjukehusorganisasjonen. Som vi var inne på i kapittel tre har denne linjen potensielt stor betydning både i økonomiske saker og i forhold til faglige prioriteringer ved for eksempel ansettelser. Nå er denne organisasjonsstrukturen i utviklingsfasen, men så langt har det vært sektorledelsen som formelt har innstilt etter råd fra avdelingsledelsen ved BUPA, og deretter direktøren som ansetter.

Representanter for sektorledelsen sier at dette organisasjonsleddet i praksis nok har fungert som en flaskehals i systemet, i forhold til å målbære BUPAs interesser. Dette fordi man i hele perioden før sektororganiseringen ble innført og til sektoroverlegen gikk fra sin stilling 1.april 1997, hadde sterke personlige motsetninger mellom sektorledelse og BUPAs avdelingsledelse. Det var mange konkrete eksempler på manglende samarbeid og kommunikasjon i disse årene, noe som BUPAs ansatte og ledelse oppfattet som en ekskludering og tilsidesettelse av deres faglige interesser. Ting stoppet opp i sektorleddet, og BUPA ble skadelidende.

Mellom voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien har det lenge vært et storebror-lillebror-forhold, i den forstand at voksenpsykiatrien med sin klart medisinske tilknytning og lange tradisjoner ved somatiske behandlingsinstitusjoner, har dominert over lillebror BUPA og kanskje skapt et behov i barne- og ungdomspsykiatrien for å definere seg som noe annet, noe annerledes. Dette er ikke spesielt for Telemark, men er en generell beskrivelse av forholdet mellom barne- og voksenpsykiatri, og vil i større eller mindre grad være en dekkende beskrivelse av forholdet mellom konkrete fagmiljøer, som for eksempel i de aktuelle avdelinger i Telemark (Waal 1993).

Da sjukehuset innførte en sektormodell, ble sektoroverlegen rekruttert fra en posisjon som overlege i voksenpsykiatrien. Uttalelser fra noen av våre informanter tyder på at mye av forklaringen på at BUPA var så pass skeptiske til selve sektoriseringsmodellen, og til det å bli en av fire psykiatriske avdelinger underlagt en sektoroverlege, ligger her. De trodde ikke denne strukturen ville være til deres beste, de trodde ikke at strukturen ville sikre deres interesser som en av fire fagavdelinger, så lenge den ble ledet av en medisiner fra voksenpsykiatrien, og så lenge barne- og ungdomspsykiatri er noe helt annet enn voksenpsykiatri.

På mange måter fikk de rett. Spørsmålet noen har stilt seg er hvorvidt dette også hadde et element av selvoppfylgende profeti i seg, og at BUPA med sin skepsis

så å si helte barnet ut med badevannet, og ikke var i stand til å se de eventuelle positive mulighetene som lå i denne organisasjonsmodellen. De samme informantene understreker imidlertid realitetene i den forfordelingen som skjedde, og den slette behandlingen BUPA etter deres mening gjennom flere år har fått av sektorledelsen ved sjukehuset.

BUPAs erfaringer med sektorledelsen

Per januar 1998 er sektororganiseringen som sagt under avvikling. Vi vier dette spørsmålet såpass mye plass fordi dette var hverdagen på det tidspunkt vi gjorde våre informantintervjuer. I tillegg har denne organiseringen etter noens mening hatt avgjørende innflytelse på de konstallasjoner og faglige konflikter som har utspilt seg mellom BUPA og sjukehuset, og mellom BUPA og egen sektorledelse. Derfor hører den med, og får såpass mye plass i denne framstillingen.

De ansatte ved BUPA var motstandere av sektoriseringen hele tiden, og mente at dette ville forverre deres muligheter til å ha innflytelse over bruk av tilgjengelige ressurser. Denne holdningen må nok ses på bakgrunn av de interessekonflikter som hadde utspilt seg mellom sjukehusdirektør og BUPA og mellom personalledelse og BUPA. Dette hadde gjort BUPA skeptiske til hvorvidt deres fagområde ble forstått, og til linjeledelsens evne til å se BUPAs behov.

6.4 Statlig tilsyn med psykiatrien i Telemark

Fylkeslegen er statens tilsynsmyndighet for helsetjenester, og dermed også for barne- og ungdomspsykiatrien. Dette innebærer blant annet at fylkeslegens kontor er gitt myndighet til å godkjenne psykiatriske institusjoner på lokalsjukehusnivå, samt psykiatriske poliklinikker på fylkesnivå.

BUPA er en helsetjeneste, og dermed en del av psykiatrien, som er et medisinsk spesialområde. Dette plasserer BUPA under sektor psykiatri, noe fylkeslegen understreket som viktig bakgrunn for hans kontors vurderinger og prioriteringer i forhold til spørsmål rundt avdelingsoverlegestilling ved BUPA.

Fylkeslegen var også klar i forhold til at ikke all skyld kan legges på BUPA alene når det gjelder hvorvidt de har greid å profilere seg som fagmiljø. Både helse- etaten i fylket og sjukehuset ledelse må etter fylkeslegens mening ta sin del av ansvaret for dette. Ønsker fylkeskommunen bare å se potensialet for mer rasjonell drift, eller er den opptatt av å forbedre behandlingstilbudet for denne gruppen pasienter, samt gjøre barne- og ungdomspsykiatrien til en triveligere arbeidsplass enn hva den har vært de siste 10–20 årene i Telemark?

Etter fylkeslegens mening kan BUPA også til en viss grad sies å ha vært utsatt for en rekke ulykkelige omstendigheter. Først ble de nedprioritert av sin egen ledelse. Deretter har fagmiljøet i lange perioder vært preget av sterke personkonflikter, og ledelsesproblemer. Så ble BUPA sektorisert inn i et fellesskap der de allerede i utgangspunktet følte seg underlegne, og hvor de ikke ønsket å være. Deretter kom fylkesbarnevernet og stjal showet fordi de hadde en leder som hadde de riktige kontaktene, og satt sentralt plassert og å kunne markere barnevernet i fylkesadministrasjonen, og som var på rett sted på riktig tidspunkt, nemlig da staten fant ut at nå måtte barnevernet rustes opp og tilføres midler til produksjons- og kompetansehevende tiltak. En periode kunne det virke som om barnevernet nærmest var klar til å ta over alt sammen, sett utenfra struttet barnevernet av selvtillit, mens barne- og ungdomspsykiatrien på sin side hadde mer enn nok med å prøve å forsvare seg og legitimere egen berettigelse.

6.5 Oppsummering

I kapittel seks har vi sett på kommunikasjons- og samarbeidsrelasjonene mellom BUPA og eksterne administrative og organisatoriske aktører, og på hvordan disse innvirker på avdelingens virksomhet. Vi har søkt å kartlegge erfaringer og fakta gjennom samtaleintervjuer med representanter for de viktigste samarbeidspartnere, samt ved gjennomgang av en del sentrale plandokumenter. Her gis en kort oppsummering av de synspunkter som ble formidlet. spesielt er aspekter rundt fordeling av ansvar og myndighet sentralt, og hva som fungerer eller ikke fungerer i samarbeidet mellom instansene.

- I følge våre informantintervjuer med eksterne samarbeidspartnere og ansatte ved BUPA, har fylkespolitikkerne stukket hodet i sanden i mange år, og ikke tatt noe aktivt ansvar for å allokere midler til og bygge ut fylkets tilbud til barn og unge med psykiske problemer og lidelser.
- I informantintervjuer ble det uttrykt synspunkter om at fylkesadministrasjonen har grad vært preget av manglende evne og vilje til å prioritere barne- og ungdomspsykiatrien. Fylkesadministrasjonen har etter manges mening satset alt på en ensidige opprusting av barnevernet.
- Flere informanter mente at både fylkeshelsesjefens og sjukehusdirektørens psykiatriske faggrupper har vært skjevt sammensatt, at barne- og ungdomspsykiatrien og BUPAs interesser i lang tid systematisk har vært i mindretall.

Etter disse informantenes mening er dette en viktig grunn til at barne- og ungdomspsykiatriens interesser og behov til tider har vært usynlige.

- I følge våre informanter, har sjukehusets egen ledelse, representert ved administrasjons- og personalavdeling, vært for rigide i sin håndtering av rekrutteringsproblematikken til BUPA. Det hevdes at de har praktisert en lite fleksibel fortolkning av formalitetene rundt ansettelse og lønns plassering av ledere på BUPA. Og at de på denne måten har bidratt til fastfrysing i stedet for fleksibilitet i løsningen av et prekært ledelsesproblem ved en av sjukehusets medisinske avdelinger.
- Informanter både i og utenfor BUPA viste til at relasjonen mellom sektorledelse og BUPA til tider har vært preget av sterke personkonflikter, og ført til fastlåste forestillinger om hverandres kompetanse og mangel på sådan. Dette har gjort at BUPAs plass i organisasjonen har vært utydelig, og forholdet mellom avdelingen og resten av sjukehuset har vært preget av mangel på tillit. Til tider har dette tappet BUPA og ikke minst BUPAs ledere for krefter og ressurser.
- I følge informanter har fylkeslegens kontor i for liten grad profilert psykiatriens behov overfor sjukehusets ledelse og fylkeshelsesjef. Fylkeslegen kunne etter fleres mening brukt sine fullmakter som tilsynsorgan og grepet konkret inn i situasjonen ved å påpeke fylkets underdekking av psykiatriske helsetjenester. Barne- og ungdomspsykiatrien i fylket er på et ressursmessig lavmål, mangelen på fagfolk har til tider vært stor, og fylkeslegens ansvar har formelt sett vært relativt klart, men reelt sett ikke iverksatt.
- I henhold til samarbeidspartnere har BUPA vist klare tendenser til å lukke seg om seg selv, og ikke jobbe aktivt for og med å etablere gode samarbeidsrelasjoner og nettverk. I følge informanter har BUPA til tider nesten sluttet å kommunisere med sine faglige omgivelser (møter ikke til fellesmøter, inviterer ikke Klokkehuset til seminar m.m.), de har reist fanene fort og ofte, og understreket hvor annerledes de er.
- Etter manges mening har BUPA på denne måten kommet i konflikt med sine faglige omgivelser, og dermed delvis forhindret dialog med eget fagmiljø og potensielle samarbeidspartnere. Administrative og organisatoriske samarbeidspartnere har opplevd dette som lite strategisk.

7 BUPA og andre faglige aktører

BUPA samarbeider med faginstanser både innenfor og utenfor egen institusjon. Sammen med det somatiske helsevesenet (skolehelsetjeneste, allmennleger, barneavdeling TSS med flere) er skole og førskole (inkludert PP-kontor) og foreldre og foresatte BUPAs viktigste henvisningsinstanser. Også sosialvesenet (barnevernet) er viktige samarbeidspartnere ved at barnevernet og BUPA ofte deler klienter, og derfor må samarbeide om tilrettelegging av tiltak for disse dobbeltklientene.

Hvordan er, og foregår, dette samarbeidet? Preges det av gode rutiner og etablerte nettverk, eller er samarbeidet først og fremst saksorientert og relasjonene tilfeldige? Både i litteraturen og blant våre informanter eksisterer det eksplisitte oppfatninger og myter om barne- og ungdomspsykiatrien generelt og BUPA spesielt. BUPA er av barnevernet anklaget for å være eksklusiv, tilbaketrukket og virkelighetsfjern, av voksenpsykiatrien for å være uklar og lite villig til å bruke diagnoser og aksepterte psykiatriske behandlingsmetoder, mens primærhelsetjenesten synes BUPA er vanskelig å forholde seg til fordi den fortoner seg både uforutsigbar og vanskelig tilgjengelig (Ustvedt Christiansen (red) 1993, Harsheim og Strand Østveiten 1995, Fransson 1997.) Vi vil i dette kapitlet blant annet se hvorvidt disse beskrivelsene er i samsvar med oppfatninger om BUPA blant avdelingens samarbeidspartnere i fylkeshelse- og primærhelsetjenesten i Telemark.

Hva er det som hemmer og fremmer samarbeidsrelasjoner og institusjonelt samarbeid mellom BUPA og andre fylkeskommunale helse og omsorgstjenester, samt deres samarbeid med førstelinjetjenestene i kommunene? Hva skal det samarbeides om, og hvilke barrierer ligger eventuelt i tradisjoner og faglige myter som produseres om hverandres evner og kompetanse? Hva er det i de ulike samarbeidsrelasjonene, og BUPAs håndtering av situasjonen, som etter samarbeidspartnernes mening hemmer eller fremmer en effektiv og god aktivitet i avdelingen, og dermed et godt behandlingstilbud for klientene?

Presentasjonen i dette kapitlet er basert på samtaleintervjuer med representanter for fylkeskommunale og kommunale tjenesteområder. Først presenterer vi synspunkter fra de ulike aktører, deretter BUPAs versjon av samarbeidet. De ulike informantenes formeninger får her stå ukommentert og blir satt inn i en analytisk kontekst i kapittel 8.

7.1 Voksenpsykiatrisk avdeling og BUPA

Telemark har verken døgnbehandlingsinstitusjon for barn (0–12 år) eller ungdom (12–18 år). På dagtid er det BUPA som ivaretar akuttfunksjonen for barn i alle aldersgrupper, mens legevakta er ansvarlig på kveldstid og i helgene og i akutte tilfeller henviser ungdom over 13 år som ikke er barnevernsklinter, til voksenpsykiatrisk sengeavdeling. Barn under 13 år regnes som for unge til å kunne skrives inn ved voksenpsykiatrisk avdeling. Disse pasienten er det barnevernets institusjoner som får ansvaret for. Klokkehuset har egen avtale med voksenpsykiatrisk avdeling om innleggelse av ungdommer. Ny akuttavdeling har fått førsteprioritet i sykehusets egne planer for utvikling av psykiatrien, og her er fire av plassene avsatt til ungdom mellom 16 og 20 år.

Våre informanter i voksenpsykiatrien mener de ansatte ved poliklinikken er altfor skeptiske og tilbakeholdne med å henvise pasienter til voksenpsykiatrisk sengeavdeling. Dette mener de i verste fall er uforsvarlig overfor de ungdommene det gjelder, fordi disse ofte trenger tettere oppfølging enn det poliklinisk behandling innebærer, og en helt annet type oppfølging og behandling enn det Klokkehuset og de ansatte ved ungdomsteamet i fellesskap kan tilby. Våre informanter i voksenpsykiatrien forfektet standpunktet at kompetanse til å gi riktig behandling til psykisk syke ungdommer, i stor grad er erfaringsbasert, og at de siden de hadde behandlet slike ungdommer i en årrekke nettopp derigjennom hadde tilegnet seg den nødvendige kompetansen.

Dessuten mener våre informanter i voksenpsykiatrien at de fleste unge har mer nytte av noen ukers behandlingsopphold på voksenpsykiatrisk sengeavdeling enn på Klokkehuset. De mener at det som oftest ikke er noe problem i seg selv at ungdommene dermed også må forholde seg til syke voksne, men tvert i mot at dette kan snus til en fordel både for ungdommene og de voksne pasientene.

Når det gjelder planene om ny akuttavdeling, og at fire av plassene her er reservert for ungdom, så mener våre informanter at en slik felles ressursutnyttelse er positiv og klok. Dette fordi de ikke ser noen motsetning i at unge behandles i voksenpsykiatrien, bare den faglige kompetansen er til stede. I tillegg mener de at Klokkehuset, BUPA og voksenpsykiatrien totalt sett, kunne utgjort et fleksibelt hjelpetilbud, dersom man bare kunne legge inn ungdommene over alt, og etter begge regelverkene. Slik Klokkehuset nå fungerer blir det hevdet at institusjonen i alt for stor grad er en institusjon for barnevernsklinter, og at den dermed på ingen måte erstatter psykiatriens behov for en egen behandlingsinstitusjon, det vil si en institusjon hvor man legger inn etter lov om psykisk helsevern og ikke etter barnevernloven.

Våre informanter i voksenpsykiatrien hevdet at BUPA har fortiden mot seg, og at de lenge faglig og organisatorisk har vært i en situasjon som har gitt dem dårlig faglig selvfølelse, uheldige (samarbeids)vaner og dårlig rykte. I dag synes de samme

informantene at avdelingen er preget av ny glød og mange nyansatte med færre fordommer. Dette merkes ved at BUPAs evne til å samarbeide er mye større enn før. Dessuten hevdes det at teaminndelingen ser ut til å være et positivt grep, som har kanalisert de interne personalressurser på en mer fruktbar måte enn hva som var tilfelle tidligere. Ikke desto mindre hevdes det at BUPA fortsatt både er for usynlig og for utydelige for omverden. I tillegg hevdes det at de er for seine med å komme på banen når ting skal skje, alt fra å behandle pasienter raskt til å delta i faglig utviklingsarbeid. En av informantene brukte følgende bilde for å illustrere dette: «Man må ri den dagen man saler».

Vedkommende undret seg over at ting tilsynelatende går så seint på BUPA, og han lurte på hva de ansatte bruker tiden sin til. Vedkommende sammenlignet med sin egen avdeling og hevdet at der hadde de helt andre effektivitetskrav enn hva som tilsynelatende var situasjonen på BUPA. Etter hans syn er det et lederansvar å stille effektivitetskrav til de ansatte, og at det gir et dårlig rykte overfor andre fagmiljøer dersom ansatte på BUPA har et arbeidstempo som er alt for lavt. Dette er skadelig for deres arbeidsmoral, og en tradisjon som etter vedkommendes mening reduserer BUPAs effektivitet betraktelig. Den samme informanten understreket imidlertid at han ikke tror dette er spesielt for BUPA i Telemark, men mer et trekk ved barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger generelt.

En av våre informanter mente at en sentral utfordring for BUPA er å bli mer markert som fagmiljø. De ansatte må tørre å gå inn i og stå i konflikter, når de selv mener de har faglige begrunnelser for å gå inn i utrednings- og behandlingsprosesser. Dersom de mener at et barn trenger hjelp, må de være villige til å bruke faglige og personlige ressurser for å overbevise eventuelle gjenstridige foreldre om det samme. Denne informanten mente at BUPA per dags dato fortsatt er for ensidig opptatt av prosessene, og for lite konkluderende og handlingsorientert. Informanter i voksenpsykiatrien mener å se at psykologer er lite flinke til å slåss og til å gå aktivt og positivt inn i lederjobbers konflikt- og kampsituasjoner. Dessuten må de lære seg å åpne seg for andre, ta faglige samarbeidsinitiativer og selv ta ansvaret for å bygge faglige nettverk. Det ble pekt på at ledere skal gjøre strategiske vurderinger i et sykehussystem, og at man kontinuerlig må prioritere mellom mange gode formål. For å kunne planlegge og gjennomføre sine visjoner på sikt, må man derfor skaffe seg allierte både i og utenfor eget hus, og samarbeide om å nå felles mål. Det er ikke bare BUPAs ledere som må bruke tid på å jobbe seg til anerkjennelse i et slikt system.

Et eksempel som ble nevnt som eksempel på BUPAs introverthet, var at de aldri møter på psykologmøtene på sykehuset. Dette er møter som arrangeres hver fjortende dag, og er etter noens mening en utmerket arena for allianser og felles faglig forståelse, men altså en mulig arena for allianser som BUPA er for lite flinke til å benytte seg av.

BUPAs oppfatning av samarbeidet med voksenpsykiatrien

Våre informanter ved BUPA opplever at innleggelse av ungdommer i voksenpsykiatrisk sengeavdeling ikke er noen tilfredsstillende løsning, med argumenter om at dette ikke gir en optimal behandlingssituasjon for ungdommene. Blant annet hevdes det at noe av problemene ligger i personalets tilnærming til ungdommenes problemer. Å være voksen betyr å være uavhengig av mor og far. Barn og unge er imidlertid i utvikling, og slett ikke uavhengig av sine foreldre. Behandling og omsorg for disse må derfor bygges opp og tilrettelegges med utgangspunkt i at de er i utvikling, og at et tett samarbeid med familien er vesentlig. Dette har ikke voksenpsykiatrien tradisjon for. Tvert i mot har man her ett prinsipp om taushet og skjerming i forhold til familien.

Måten å oppfatte psykiske lidelser på er i følge informanter fra BUPA også svært ulik i de to behandlingsmiljøene. I voksenpsykiatrien er diagnoser og alvorlige lidelser dominerende, og svært mange av pasientene er for eksempel tvangsinnlagte. Barn og unge med psykiske problemer viser ikke de samme tydelige symptomer, og trenger en annen type miljø og relasjonstilnærming til sine problemer. Som eksempel nevnte en av våre informanter at en 12 åring som tenner på kirka ikke blir satt i fengsel. Det er ikke bare i psykiatrien at skillet mellom barn og voksne er vesentlig.

Eller tror ansatte ved BUPA tror at voksenpsykiatrien vil hevde at BUPA driver med mye som ikke er psykiatri, mens barnevernet vil hevde at mye mer enn det BUPA faktisk tar seg av burde vært en oppgave for barne- og ungdomspsykiatrien. På denne måten er BUPA i en slags mellomposisjon.

7.2 Andre fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester

Barneavdelingen ved TSS

Barneavdelingen ved TSS har en psykolog og en psykiater i såkalte liaison-stillinger ved den somatiske barneavdelingen. Dette innebærer at begge er ansatte på BUPAs poliklinikk, og bruker 40 prosent av sin arbeidskapasiteten som behandlere ved barneavdelingen. Dette er en ordning som har eksistert siden 1997. De har begge sin stilling knyttet til konsultasjon av personalet vedrørende pasienter som er innlagt ved avdelingen, og foretar undersøkelser og behandling av pasienter og deres pårørende når dette er ønskelig. I tillegg har barneavdelingen i mange år hatt en sosionom ved avdelingen. Denne stillingen ble i sin tid bevilget fra fylkesbarnevernet, som etter eget utsagn hadde sett seg lei på at sykehuset aldri greide å prioritere denne stillingen selv. Sosionom, psykiater og psykolog jobber i dag som et team ved barneavdelingen.

Samarbeidet mellom BUPA og barneavdelingen kom i sin tid i stand etter at barneavdelingen i mange år hadde etterlyst et tettere samarbeid med psykiatrien og følt behov for å dra psykologisk kompetanse tettere inn i barneavdelingens arbeid med sine pasienter. Avdelingsoverlegen sa for eksempel at de ikke ville ta inn anorektikere før de fikk tilført denne typen kompetanse. De ansatte mener et slikt følt og uttrykt behov for tverrfaglig kompetanse, danner et veldig godt utgangspunkt for samarbeid mellom faggrupper som ikke har tradisjoner for en slik type samarbeid.

Psykolog og psykiater deltar på morgenmøter i avdelingen, og i ukentlige møter med personalet. De ønsker å være mest mulig tilgjengelige, for på den måten å kunne gi hjelp når familiene trenger det. De ønsker å være mest mulig synlig i barneavdelingen, for på den måten å redusere barrieren for å ta kontakt. De ønsker å inngå som en del av avdelingens rutinemessige behandlingstilbud for på den måten å øke de andre ansattes bevissthet rundt at deres kompetanse er der og skal brukes når pasienter og personalet har bruk for dem. De synes imidlertid det er vanskelig å realisere disse målene med en 40-60-fordeling av tid mellom barneavdelingen og BUPA.

Samarbeidsrutiner med BUPA

Selv om man ønsket et samarbeid var det ingen som hadde tenkt særlig over hvordan man skulle samarbeide. For eksempel er det en potensiell konflikt mellom somatikkens sykdomsmodell som konsentrerer seg om symptomer, diagnostisering og behandling, og psykologenes måte å forstå og behandle på: Man trenger ingen diagnose for å kunne jobbe med familien til et sykt barn. Både verktøyet og måten å nærme seg den enkelte pasient på er forskjellig, og utfordringen for begge parter er å anerkjenne hverandre, anerkjenne både den biologiske og den relasjonelle tilnærmingen. Dette ble understreket av alle informanter.

Medisinere har ofte pasienter med lunger, men uten familier. Når en psykolog spør dem om hvordan dette er mulig, svarer de at tiden ikke strekker til. En psykolog inkluderer på sin side alltid familien på en eller annen måte og bruker mye tid på å definere hva som er problemet, hva som skal gjøres, gi dem følelsen av å bli lyttet til og tatt hensyn til. Av og til synes nok sykepleiere og leger at de tar seg for god tid.

BUPAs ansatte i barneavdelingen synes samarbeidet er bra, og at det ligger et veldig stort potensiale i det å kunne gi hele familier et bedre behandlingstilbud. For å få til dette må avdelingens rutiner utvikles etter hvert som det faste personalet og de ansatte på BUPA blir bedre kjent. Etter våre informanters mening trenger barneavdelingen det faglige bidraget disse stillingene representerer, og familiene har behov for denne typen støttetilbud.

De ansatte ved BUPA understreket at det å være faglig tilknyttet BUPA for dem er ekstremt viktig. Samtidig ønsker de at de ansatte ved barneavdelingen skal

føle at BUPAs kompetanse er en del av avdelingen, og at terskelen for å anvende deres kompetanse skal være lav. Ved å være et integrert tilbud ønsker de å unngå den stigmatisering som det å ta kontakt med psykiatrien ofte innebærer. Håpet er at de etter hvert jobber mer sammen, ikke hver for seg og med hver sin bit. Det understrekes at det går an å samarbeide selv om man faglig sett er svært forskjellige, bare man gjør det veldig tydelig hvem som skal gjøre hva. På denne måten unngår man at noen føler seg truet av den andres kompetanse og rolle.

For psykologer er det utfordrende å forstå de medisinske termene som blant annet brukes på morgenmøtene, og for medisinerne er det en utfordring å i større grad bruke ikkemedisinsk terminologi. Begge parter opplever at mange veier må gåes til underveis og mange rutiner må etableres. Ikke minst er det en utfordring å integrere psykologiens tenkning i et somatisk system og å etablere rutiner og samarbeidsprosedyrer som inkluderer begge fagtradisjonene. BUPAs ansatte understreker at de opplever at de ansatte ved barneavdelingen er åpne, selv om de ofte nok har forventninger om at psykologene skal komme fram med en trylleformel. Samtidig understreker informantene ved BUPA at de opplever det som positivt at ansatte ved barneavdelingen har forventninger til at de BUPA-ansatte løser problemene. Ansatte ved BUPA opplever at konfliktnivået ved avdelingen er lavt. Det er ikke vanskelig å kommunisere og de møter forståelse for det de gjør.

Legene ved barneavdelingen har vegret seg for å bruke BUPAs henvisnings-skjema slik det opprinnelig var utformet. Psykologen på barneavdelingen laget derfor et nytt og forenklet skjema.

Habiliteringstjenesten

I Telemark fylke er habiliteringstjenesten på linje med psykiatrien, delt i to fagavdelinger, en voksen og en barnehabiliteringsavdeling. Barnehabiliteringstjenesten har ansvaret for barn med tidlige eller medfødte skader og funksjonshemninger. De ser som sine målsettinger å utrede og diagnostisere barn 0–16 år, veilede første-linjetjenestene i forhold til oppfølging, pleie og omsorg, samt å opprettholde og videreutvikle høy kompetanse på sine ansvarsområder. Utredningen av det enkelte barn foregår enten på dagtid, på døgnbasis eller poliklinisk over en periode på minst ett år, av og til bortimot to.

Barneavdelingen ved TSS, helsestasjon eller BUPA er alle henvisende instanser til habiliteringstjenesten. De tar ikke mot henvisninger fra familien, men krever at den skal komme via en kommunal instans for å sikre barnet den oppfølging det har krav på. Habiliteringstjenesten har et formalisert samarbeid med barneavdelingen gjennom felles lege samt litteraturmøter ved sykehuset. Dessuten reiser de mye rundt og veileder ansatte i barnehager, PP-tjeneste og helsesøstre. Det holdes møter mellom barneavdelingen og BUPA en gang per halvår, hvor de diskuterer felles sak,

og for eksempel faglige avklaringer av hvem som gjør hva i forhold til MBD/ADHD/DAMP-diagnoser.

Habiliteringstjenesten har ellers klientorientert samarbeid med team for utviklingsforstyrrelser (TUF), hvor de utreder pasienter i fellesskap. Dette samarbeidet fungerer etter habiliteringstjenestens mening godt. Det samme gjelder forholdet til poliklinikkene på Notodden og i Kragerø. Informantene ser en mulig kompetanse- og interessekonflikt mellom habiliteringstjenesten og BUPA. For eksempel hevdet habiliteringstjenesten at foreldreforeningen for ADHD/MBD-barna mener habiliteringstjenesten har større kompetanse på å utrede fysiologiske og eller nevrologiske skader enn det BUPA har, først og fremst grunnet BUPAs begrensede medisinske ressurser. Vår informant ved habiliteringstjenesten understreket imidlertid at BUPAs kompetanse er nødvendig for å behandle konsekvensene av MBD/ADHD.

BUPAs oppfatning av samarbeidet

Etter BUPAs mening har de et godt fungerende samarbeid med habiliteringstjenesten. De har regelmessige fellesmøter, og har en håndterlig arbeidsdeling i forhold til utredning og omsorg for barn med Cerebral parese og psykiske utviklingsforstyrrelser. Det ble fra BUPA-ansattes side ikke uttrykt skepsis til eventuelle kompetansestrider mellom BUPA og habiliteringstjenesten.

BUP Notodden og Kragerø

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved Notodden sykehus, startet sin kliniske virksomheten 1. januar 1995. Poliklinikken gir et psykiatrisk tilbud til barn, ungdom og deres familier i ni kommuner, med til sammen vel 42 000 innbyggere.

Familieklubben og Team for utviklingsforstyrrelser (TUF) var tiltenkt å være en ressurspoliklinikk i fylket, det vil si at BUP-Notodden og BUP-Kragerø skulle henvise vanskelige tilfeller dit for utredning og eventuelt behandling. I følge ansatte ved de to BUPene, skjer dette i dag nesten aldri. I 1996 kom det fire nyhenvisninger fra Kragerø til familieklubben, og fra Notodden ingen. Notodden henviste heller ikke til TUF i 1996, mens Kragerø i alt hadde seks nyhenvisninger.

Våre informanter ved poliklinikkene på Notodden og i Kragerø stiller seg derfor noe spørrende til hva det innebærer å være en ressurspoliklinikk. Betyr dette i praksis at TUF/BUPA skal ha høyere kompetanse/spisskompetanse og mer ressurser avsatt til å utrede og behandle visse typer diagnoser? Betyr ressurspoliklinikk at BUPA skal ha høyere og/eller bredere kompetanse på testmetoder, utrednings- og behandlingsmetoder? I det hele tatt var signalene fra de to poliklinikkene klare, og gikk i retning av at fagmiljøene må diskutere og bli enige om hva som ligger i

begrepet ressurspoliklinikk, og hva dette konkret skal innebære i forhold til de andre poliklinikkene i fylket.

Det ble også satt spørsmålstegn ved forvaltningen av de ressursene BUPA faktisk er tildelt fordi de formelt har denne funksjonen, samtidig som de reelt sett ikke brukes nevneverdig av de andre poliklinikkene. Våre informanter stilte spørsmålstegn ved om disse midlene burde øremerkes til skolering av BUPenes egne ansatte eller om man burde anvende midlene til iverksetting av hospiteringsløsninger, for på den måten å utveksle spisskompetanse på ulike diagnosegrupper og behandlingsteknikker? Bør disse midlene dermed fordeles jevnt på fylkets tre poliklinikker? Dette var problemstillinger våre informanter mente det var viktig å avklare i tiden som kommer, for eksempel i forbindelse med revideringen av den nye psykiatriplanen for Telemark.

På spørsmål om hvorfor Kragerø og Notodden ikke bruker BUPA som ressursmiljø, var svarene ulike. Noen henviste til usikkerhet rundt BUPAs kompetanse. Tvilen ble begrunnet med BUPAs manglende evne og vilje til å diagnostisere sine klienter. Blant våre informanter på Notodden og Kragerø er det enighet om at en svakhet ved BUPA er deres vegring mot å sette diagnoser. Uten diagnoser blir man fort utydelig for omverden. En diagnose kan godt endres etter hvert, men man hevder at diagnoser er et nødvendig styringsverktøy som gir retning for den videre behandling og oppfølging.

Informanter fra BUP-Notodden mener BUPA bruker for mye tid på utredninger som ender opp i adferdsbeskrivelser heller enn diagnoser. De mener det er viktig og nødvendig at BUPA konkluderer på mer konkrete måter, for på denne måten å bli klarere på når utredning slutter og behandling begynner, og på å setter tidsrammer for hvor lang tid utredningen skal ta.

Det ble av våre informanter pekt på at BUPA i sakens anledning har et reelt kompetanseproblem. Totalt disponerer BUPA to legestillingen, hvorav den ene i 1997 er under utdanning ved Nic. Waal. Den andre bruker 40 prosent av sin stilling tilknyttet somatisk barneavdeling, og resten ved poliklinikkens ungdomsteam. At legestillingen er knyttet til Ungdomsteamet er nok en nødvendighet, så lenge dette teamet har det medisinske ansvaret for Klokkehuset. Imidlertid fører dette etter fleres mening til at Famileklinikken og team for utviklingsforstyrrelser, som skal være ressursmiljøer, er svært svake rent medisinsk. Dette vil i praksis si at de delene av BUPA som er utpekt til ressurspoliklinikk, ikke disponerer legestillinger overhodet. Dette stiller våre informanter ved Notodden og Kragerø seg skeptiske til. Denne skepsisen er noe av bakgrunnen for at Notodden og BUPA så godt som aldri utveksler pasienter, og at det i praksis ikke finnes noen reell arbeidsfordeling med hensyn til utrednings- og behandlingsansvar for de diagnosegrupper det var tenkt det skulle samarbeides om. Våre informanter mener at en forutsetning for at BUPA skal kunne fungere som ressurs for de andre poliklinikkene er at de må kunne trå

til raskere enn hva de så langt har gjort, og at de bygger opp sin medisinske og nevro-psykologiske kompetanse.

Notodden (og til dels Kragerø) henviser i dag sine vanskelige pasienter til Statens senter for barne og ungdomspsykiatri (SSBU) i Oslo. Dette gjelder også barn og unge som trenger utredning og behandling. Stortinget har imidlertid vedtatt at Statens senter skal overtas av Oslo kommune. Dette bekymrer både våre informanter fra Notodden og Kragerø. Dersom muligheten til å henvise pasienter til SSBU forsvinner, må Telemark fylke opprette et slikt behandlingstilbud i fylkeskommunen.

Informanter på BUP-Notodden sier de savner en barne- og ungdomspsykiatrisk behandlingsinstitusjon i fylket veldig, og at Klokkehuset på ingen måte fyller poliklinikkens behov for en slik behandlingsinstitusjon. Dette hovedsakelig fordi Klokkehuset er en barnevernsinstitusjon, noe som innebærer at kun barnevernet er innsøkende instans. Dette reduserer institusjonenes tilgjengelighet for barne- og ungdomspsykiatriens klienter. Dessuten har de ikke særlige gode erfaringer med Klokkehuset. I mange tilfeller mener våre informanter på Notodden at Klokkehuset ikke har kompetanse til å forholde seg på en forsvarlig måte til de henvisninger som faktisk kommer. Konkret har dette gitt seg utslag i at barn som fagpersoner på Notodden har ment helt klart trengte et institusjonsopphold, har blitt avvist. Det ble nevnt som eksempel at potensielt suicidal ungdom som ble henvist av psykiater ble utskrevet av Klokkehuset, uten at henvisningsinstans ble orientert om Klokkehusets faglige vurdering. Epikrisen gikk til barnevernet og ikke til psykiater. Dette støtter muligens opp om andres påpeking av at Klokkehuset er et sterkt tilbud i forhold til barnevernets klienter, men at de ikke har ressurser eller faglig kompetanse til å forholde seg til vanskelige psykiatriske tilfeller.

7.3 Fylkesbarnevernet generelt og Klokkehuset spesielt

Barnevern og psykiatri er tjenestetilbud med ulike administrative og juridiske rammebetingelser for sin virksomhet, men som har lange tradisjoner med å samarbeide og dele felles klienter. Konkret kan man si at samarbeidet har bakgrunn i en praktisk erkjennelse av at tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er nødvendig for å møte klientenes behov på best mulig måte, og på et mer generelt faglig grunnlag at samarbeid representerer en faglig ressurs. Det har lenge vært fokusert på ulike sider ved dette samarbeidet og de vanskeligheter ansatte og brukere opplever (bl.a. Ustvedt Christiansen (red) 1993, St.meld. nr. 25 1996–97). Erkjennelsen av gråsoner og store faglige og organisatoriske utfordringer, har ført til at man har gjennomført ulike samarbeidsprosjekter i fylkeskommunal og statlig regi for å finne gode samarbeids-

løsninger (bl.a. Harsheim og Strand Østtveiten 1995, Falkum m.fl. 1996, Fransson 1997).

Selv om faglitteraturen peker på at barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien er en del av det samme nettverket av tjenestetilbud og at de begge inngår i en tiltakskjede for barn og unge, fokuseres det mer på at samarbeidet er vanskelig. I faglitteraturen er man opptatt av samarbeidsproblemene, og her blir det lagt vekt på at barne og ungdomspsykiatri og barnevern har ulike målsettinger for det arbeidet de driver, både i forhold til behandling og omsorg. Mens barnevernet skal gi nødvendig omsorg er de samtidig et kontrollapparat, mens barne og ungdomspsykiatrien på sin side skal tilby undersøkelse og behandling av psykiske problemer innenfor rammene av frivillighet. At barne og ungdomspsykiatrien og barnevernet reguleres av to ulike lover gir de to instansene ulike premisser for oppdrag, og syn på tvang. Dette kan i neste omgang gi ulike oppfatninger av hvilke behov barnet har, og dermed hvilket tilbud det trenger, og hvordan behandlingstilbudet skal gis.

Det er også ulike kunnskapstyper og faglige tilnærminger som møtes når barnevern og psykiatri skal samarbeide om definisjoner og behandling av barn og unges problemer. Her vil vi se på hva det konkrete samarbeidet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark innebærer, hvordan det er organisert og hvilke erfaringer BUPAs samarbeidspartnere har med dette samarbeidet.

Klokkerhuset ble etablert som et prøveprosjekt i 1993, og ble evaluert av Fafo i 1995 (Falkum m.fl. 1996). Evalueringen hadde som hovedmål å gi kvalifiserte uttalelser om hvorvidt Klokkerhuset burde forbli en barnevernsinstitusjon eller om den burde organiseres som en del av de barne- og ungdomspsykiatriske tjenestene. Gjennom politisk behandling i helse- og sosialutvalget, ble det vedtatt at institusjonen skulle fortsette som barnevernsinstitusjon i samarbeid med BUPA. Det ble imidlertid bestemt å styrke institusjonens psykiatriske kompetanse ved å opprette en stilling som faglig leder. Likeledes ble det lagt vekt på at samarbeidet mellom institusjonen og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk skulle fortsette.

Klokkerhuset skal gi tilbud til ungdom mellom 13 og 18 år med psykiske problemer som trenger behandlingstilbud i institusjon. Ved BUPAs poliklinikk er det et eget Ungdomsteam med fire stillinger, som alle bruker 50 prosent av sin stilling til behandlingstjenester ved Klokkerhuset. Ungdomsteamet har egen faglig leder som er direkte underlagt avdelingsoverlegen ved BUPA. Behandlingstilbudet for beboerne gis av Klokkerhusets eget miljøterapeutteam og ansatte i Ungdomsteamet på BUPAs poliklinikk.

Samarbeidsrutiner på ulike stadier i sakene

Henvisninger og søknader om inntak vurderes av Klokkerhuset og Ungdomsteamet i fellesskap, etter behandling i det fylkeskommunale inntaksstyret. Ansatte fra

Klokkerhuset og Ungdomsteamet sitter sammen i et inntaksteam og vurderer søknader om utredning, behandling og eventuell innleggelse ved Klokkerhuset. Dette er en samarbeidsrutine som i henhold til Samarbeidsavtalen er kommet i stand for å sikre Ungdomsteamets prioritering av ungdom innskrevet i institusjonen. I informantsamtaler ble det fra Klokkerhusets side gitt uttrykk for at mangel på kontinuitet hadde vært et problem i samarbeidet med Ungdomsteamet, og at samarbeidet i for stor grad var personavhengig. Dette føler vel Klokkerhuset også til en viss grad er tilfelle i dag, men samtidig kan dette like godt komme av at det rett og slett er få relasjoner det er snakk om fra Ungdomsteamets side.

Som del av sine resultatmål har Klokkerhuset sagt at de har et fleksibelt tilbud som gir den enkelte ungdom tilbud om behandling, og at de ønsker å profilere seg som et behandlingstilbud for ungdom med kompetanse i miljøterapi. I forhold til disse målsettingene er samarbeid og samhandling med ungdomsteamet avgjørende. Ansatte ved Klokkerhuset har ikke alltid følt seg like aksepterte som fagpersoner av de ansatte ved BUPA. Klokkerhusets ansatte sier samarbeidet stadig går bedre, men at det fortsatt er en utfordring for begge parter å bedre og utvide dette samarbeidet.

Det hevdes at konfliktnivået til tider har vært høyt. I første rekke har dette vært en profesjonskamp, og en kamp om definisjonsmakten i ulike prinsipielt viktige situasjoner. I perioden etter opprettelsen av Klokkerhuset har mye av samhandlingen dreid seg om å finne gode rutiner for samarbeid, å finne de faglige avgrensningene, de juridiske implikasjoner av psykiatrisk behandling i en barnevernsinstitusjon og annet. Dette har vært vanskelig, og Klokkerhusets medarbeidere har følt at BUPAs reaksjoner i mange tilfeller har vært tilbaketrekking i stedet for konfrontasjon og at Klokkerhuset og BUPA på den måten ikke i fellesskap har fått bearbeidet og avklart viktige faglige, juridiske og organisatoriske spørsmål. De ansatte ved BUPA har etter Klokkerhusets mening i disse tilfellene i for stor grad vært defensive, og lite tilgjengelige for konstruktiv dialog. BUPA har på denne måten skapt en del myter om seg selv som det har vist seg vanskelig å avlive, og som Klokkerhuset mener har vært skadelig for BUPAs anseelse.

Dette er imidlertid ikke spesielt for Telemark. Ansatte i barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien har generelt en del mer eller mindre klare oppfatninger av hverandre og hverandres evner til å samarbeide med andre instanser (Christian sen (red.) 1993). Barnevernet oppfatter barne- og ungdomspsykiatrien som eksklusiv, tilbaketrukket og virkelighetsfjern, og at de trekker seg bort fra vanskelige, sammensatte saker (op.cit.)

Denne isolerte rollen mener ansatte ved Klokkerhuset illustreres ved at ansatte ved Klokkerhuset ikke inviteres med når BUPA arrangerer faglige seminarer, mens ansatte ved Klokkerhuset hevder at de på sin side alltid inviterer Ungdomsteamet, og av og til også andre ansatte ved BUPA. De ansatte ved Klokkerhuset er

usikre på hvorfor dette skjer, men tror faggruppene på BUPA ikke har tradisjoner for å være åpne mot andre faggrupper, og at de i alt for stor grad er introverte i sin væremåte. Informanter fra Klokkerhuset tror at dette kanskje skyldes lite erfaring med tverrfaglig samarbeid utenfor egen institusjonsgrense.

Klokkerhuset ungdomssenter er som sagt en barnevernsinstitusjon, men skal i samarbeid med BUPA, gi ungdom mellom 13 og 18 år med psykiske problemer, tilbud om behandling. Ett viktig kriterium for innskriving i Klokkerhuset vil være institusjonens evne og muligheter til å gi ungdommen adekvat behandling, og at ungdommer vurderes å ha nytte av de miljøterapeutiske metoder som anvendes der (Årsrapport Klokkerhuset 1996). Ungdommene blir skrevet inn etter lov om barneverntjenester (§§4-4, 4-6, 4-12, 4-17, 4-24 og 4-26). Dette innebærer blant annet at ungdommene kan skrives inn etter tvangsvedtak i fylkesnemnda noe som gjør Klokkerhuset til et sterkt tiltak innen den fylkeskommunale tiltakskjeden i barnevernet.

Et problem som både ansatte ved BUPA og Klokkerhuset var opptatte av i samtaler med oss, var behandlingsbegrepets uklarhet. De ansatte var opptatt av at denne uklarheten ofte har ført til uenigheter og motsetninger i konkrete samarbeidssaker, og ved utarbeidelse av samarbeidsrutiner. Hva er behandling? Hvem er autorisert til å drive hvilken type behandling? Er behandling noe bare psykologer, leger, psykiatere og kliniske pedagoger kan utføre, eller er miljøterapi og for eksempel sosial oppfølging fra sosionomer også å regne som behandling? Hvem har definisjonsmakten i forhold til den behandling Klokkerhuset gir sine klienter, men som ansatte ved Ungdomsteamet faktisk utfører? Noen av våre informanter mente at slike uenigheter konkret utspiller seg for eksempel som konflikt mellom gruppeorientert miljøterapi og individorientert samtaleterapi.

Barnevern og barne- og ungdomspsykiatri har svært ulike kriterier for intervensjon og behandling, noe som kan føre til motsetninger blant annet ved inntaksvurderinger, og uenigheter om hvilke tiltak klientene trenger. For eksempel kan plasser på Klokkerhuset bli stående tomme fordi barnevernet mener at klienter fra psykiatrien ikke passer inn i gruppen. Det ble hevdet av våre informanter at dette av og til kan provosere både BUPA og Voksenpsykiatrien. I tillegg kommer ulik forståelse av både akutt plassering og øyeblikkelig hjelp-funksjonen.

Slike avgrensingsproblemer har til tider vært en viktig kilde til konflikt mellom institusjonene. Fortsatt er det ingen avklaring av behandlingsbegrepets praktiske innhold i de lovverkene som regulerer de to institusjoners virksomhet. Mye tyder på at så lenge avklaringene ikke gjøres på overordnet juridiske og institusjonelt nivå, vil betingelsene for samhandlingen mellom faggrupper og behandlingsinstanser ha et uklart fundament.

De fleste informantene sier imidlertid at samarbeidet mellom Klokkerhuset og BUPA i dag fungerer bra. Etter at prosjektperioden var over ble det store

utskiftninger i Ungdomsteamet, først og fremst fordi poliklinikken og BUPA fungerte dårlig på den tiden, men også fordi det var reduksjoner i avdelingen som helhet. Dessuten ble det av flere vurdert som lite faglig utviklende å jobbe opp mot Klokkehuset når institusjonen ble fast etablert som barnevernsinstitusjon.

7.4 BUPA og førstelinjetjenestene

Allmennlege

Legene stod i 1996 for mellom 15 og 20 prosent av alle henvisninger til BUPA. Dette gjør legene til sentrale samarbeidspartnere til BUPA, dersom de samkjører sin kompetanse og blir enige om en ansvars- og arbeidsdeling på ulike nivå i en klientsak. En myte om BUPA blant legene er i følge BUPA at avdelingen er så godt som utilgjengelig, at ventelistene er for lange, og at BUPAs krav om bruk av eget henvisningsskjema er bortkastet tid. BUPA opplever at legene boikotter deres skjema, men at de skylder på at det er for tidkrevende. Legene på sin side tror at BUPA opplever dem som lite pliktoppfylgende og samarbeidsvillige og hevder at henvisningsskjemaet lett kan forenkles, og at BUPA per i dag ber legene om bakgrunnsopplysninger de burde skaffe selv.

I det hele tatt blir man slått av mangelen på dialog når man fokuserer på samarbeidet mellom leger og BUPA. Leger vi snakket med påpekte det utilfredsstillende i BUPAs tilbaketrukkethet. Dette gir seg utslag i mangel på tilbakemelding i konkrete pasientsaker. Det ble hevdet at det slett ikke er uvanlig at legene etter henvisning ikke hører noe om hva som skjer med pasienten, og at faktisk hele behandlingsperioden kan gå uten at legen får tilbakemelding om hvordan det går med pasienten. For legene skaper dette usikkerhet og frustrasjon; var det riktig av legen å henvise? Dersom dette ikke var riktig, hvorfor ikke? Legene vi snakket med mente at denne typen tilbakemeldinger ville være en måte å være i faglige dialog med hverandre på, som på sikt ville kunne gi økt innsikt i hverandres fagområde. Fra legenes side ble det påpekt at BUPA og legene på denne måten lettere ville kunne komme til enighet om faglige grenseoppganger, arbeidsdeling med mer.

På grunn av BUPAs mangel på dialog, tok leger vi snakket med heller kontakt med privatpraktiserende psykolog og psykiater enn med BUPA dersom de var usikre i bedømmelsen av en pasient, dersom de trengte råd med mere. Legene understreker viktigheten av å kunne ta uformell kontakt for å bli enige om pasienten overhodet er aktuell for henvisning til BUPA, hvordan legen burde forholde seg, med mere. Dersom slike avklaringer tas på forhånd er tid spart, pasienten forhåpentligvis henvist til riktig instans og fagpersoner spart for unødvendig tidsbruk og irritasjoner over andre faginstanser.

Selvfølgelig spilte også ventetiden ved BUPA en rolle ved disse vurderingene. Med 5–7 måneders ventetid velger legene, etter eget utsagn, ofte å gjøre mest mulig selv, i tillegg til å be om råd fra andre. I og med at de har negative erfaringer med BUPA som medspiller i et uformelt faglig nettverk kvier mange seg for å ta kontakt, og bruker heller andre, og ofte privatpraktiserende kolleger til slikt. For enkelte kan løsningen bli at de råder foreldrene til å bruke de privatpsykiatriske tjenestene som finnes i området i stedet for at barnet henvises til BUPA. Dette koster penger for foreldrene, og skaper uakseptable og utilsiktede sosiale ulikheter når det gjelder å gi barn og unge hjelp.

I intervju fortalte legene at de også av og til følte at de var til bry når de tok telefonkontakt med fagpersoner på BUPA. Når de har bedt om å få snakke med bestemte personer, har de flere ganger opplevd å ble avspist med oppmodning om å fylle ut henvisningsskjema og vente på tur. «Mitt inntrykk er at BUPA ikke ønsker pasienter» var det en av legene som sa. Hans opplevelse av BUPAs tilgjengelighet var at de har forskanset seg bak mange og høye terskler og at de ville være i fred.

Det ble på den andre siden også uttrykt forståelse for at presset mot BUPA har økt, ikke minst som følge av at PP-kontoret i Skien har sluttet å fungere som førstelinjetilbud til barn og unge med psykiatriske problemer. En av legene vi snakket med hadde erfaring som skolelege, og fortalte at dette over tid hadde ført til at skolen ikke lenger henviser barn og unge med adferdsproblemer til PP-tjenesten. Lærere og helsesøstre kan heller ikke henvise elever direkte til BUPA, men må gå via skolelegen. For at skolelegen skal kunne skrive en henvisning er de på sin side formelt forpliktet til å innkalle eleven til undersøkelse. Dette fører etter legenes mening til at de pålegges unødig utredningsarbeid av barn de ikke kjenner, og som de dessuten mener at helsesøster eller andre i skolen, gjennom sitt kjennskap til eleven over tid, faktisk er bedre kvalifisert til å henvise. Dessuten er det ofte vanskelig for en lege å få tillit til at han får relevante opplysninger av elevene i en slik situasjon. Etter vår informants mening er det heller ikke uproblematisk å utsette de unge for slike intervensjoner som strengt tatt ikke har annet enn byråkratiske begrunnelser.

En av legene vi snakket med sammenlignet sitt inntrykk av BUPA med den holdning han opplever å bli møtt med av ansatte ved Barneavdelingen ved TSS. Her understrekes det at telefonene er til for å brukes og at mange faglige spørsmål kan avklares «over linjen». Legen føler seg velkommen, han ber om råd, som han får og prøver ut. Dersom dette går bra slipper barneavdelingen en unødvendig henvisning, og legen er fornøyd både med seg selv og det faglige samarbeidet.

BUPAs erfaringer med samarbeidet

Våre informanter fra BUPA opplevde klart at relasjonene mellom BUPA og primærlegene er dårlig utviklet. Etter psykologenes mening kan dette delvis tilskrives ulike fagtradisjoner. BUPA er opptatt av barnets versjon. Klientens oppfatninger og

tolkninger av ting blir i seg selv ofte det vesentligste å gripe fatt i. Ansatte ved BUPA opplever ofte at dette står i motsetning til den tradisjonelle medisinske oppfatning av årsakssammenhenger og objektivisering av problemene, og at dette vanskeliggjør dialogen med legene om klienten.

Ansatte på BUPA opplevde også at legene ikke fyller ut henvisningsskjemaene som et konkret samarbeidsproblem. Ikke minst synes de dette er problematisk så lenge refusjonssystemet legger opp til at alle henvisninger til BUPA fra førstelinjetjenestene skal skje via primærlegene. Informanter fra BUPA hevdet at det var legeforeningen selv som var opptatt av å ha en slik regel, men at dette muligens var tenkt å passe inn i en modell med tilnærmet fastlegesystem. BUPA-ansatte mente dessuten at legene burde fungere som koordinator for barnets interesser overfor andre tjeneste instanser, at de burde ha et ansvar for å vurdere barnets totalsituasjon. Etter BUPA-ansattes mening er dette en funksjon legene ikke ivaretar.

Det kommunale barnevernet

Barn og unge som kommer i kontakt med barnevernet befinner seg på ulike måter i skjæringspunktet mellom familie og samfunn (Backe-Hansen og Havik (red) 1997). Barnevernet har en todelt oppgave. På den ene siden å avdekke og forebygge omsorgssvikt, og i samarbeid med familiene finne fram til akseptable og gode løsninger og alltid med barnets beste som mål. På den andre siden representerer barnevernet samfunnets adgang til å gripe inn i familiers liv og frata foreldre omsorgs- og foreldrerett, mot både foreldre og barns vilje (op.cit.). Omsorgsovertakelse utgjør bare en liten del av barnevernsakene, men er ikke desto mindre delikat i forhold til barnevernets samfunnsmessige legitimitet (Grinde 1997:28). Med et hovedansvar for risikobarn er barnevernet problemorientert og problemer vurderes i forhold til det som er normalt. Derfor er det spesielt viktig at selve saksbehandlingen kvalitetssikres. Etter den nye barnevernloven (av 1992) fattes slike avgjørelser i dag av statlige fylkesnemnder.

Barnevernets hovedansvar er å yte hjelp til barn og familier i en vanskelig situasjon, men det har rett og plikt til om nødvendig å gripe inn for å sikre barna en akseptabel livssituasjon.

Hvor alvorlig et problem skal være for å utløse tiltak, og hvilke tiltak om skal settes inn, varierer, det vil si at barnevernets definisjoner av problemer og utvalg av klienter varierer. Det kan se ut til at både normalitetsnormer, barns mestringsevne og minstekrav til hjemmemiljø i praksis er skønnsvurderinger som gjøres av barnevernets ansatte.

To sentrale problemstillinger er: Hvilke symptomer eller indikasjoner gir grunnlag for alvorlig bekymring og hvilken grad gir disse holdepunkter for prognostiske vurderinger? Det er ønskelig å gripe inn før barnet har tatt alvorlig skade,

men bortsett fra i de alvorligste tilfellene vil symptomene hos barna først bli markante gjennom en utviklingsprosess over tid.

De siste tiårene har barnevernet lagt økende vekt på samarbeid med og respekt for klientens egne vurderinger. Dette har ført til nye arbeidsformer og tiltak for å fremme foreldrenes egen evne til å mestre sin situasjon. Dette er ikke alltid i overensstemmelse med «barnets beste». For eksempel peker en av våre informanter på at det for barnevernet er mer resurskrevende å føre saker inn for fylkesnemnda med den nye barneloven enn med den gamle, fordi foreldrene i dag har sterkere rettigheter enn før. Dette bruker det kommunale barnevernet veldig mye ressurser på. De spør seg hvorfor ikke PP-kontor og barnevernet er samordnet, fordi dette etter deres mening ville representere en bedre utnyttelse av felles ressurser. Så kan skolen styre med sitt, med det pedagogiske og eventuelt spesialpedagogiske som arbeidsområde.

Barnevernet samarbeider med BUPA på tre ulike måter:

- Ved undersøkelse av innrapporterte tilfeller. Barnevernet har tre måneders undersøkelsesfrist, og i mange tilfeller henvender de seg til BUPA for å avdekke hva som er problemet. Disse vurderingene har ventetid på BUPA, og kommer ofte i konflikt med barnevernets tre måneders frist. Dette gjør at barnevernet svært ofte bruker privatpraktiserende psykiatere eller andre til å foreta sakkyndighetsutredninger fordi BUPA ikke vil
- Problemene kan vise seg å være større enn først antatt, og barnevernet vil da på et senere tidspunkt i saksforløpet ha behov for BUPAs kompetanse. Her er det ventetid, og man har blandede erfaringer med i hvilken grad BUPA evner eller vil trå til i slike saker
- Ved akuttsaker som seksuelle eller fysiske overgrep mot barn. I slike tilfeller henviser barnevernet til BUPA. Denne jobben gjør BUPA tilfredsstillende etter våre informanternes vurdering.

Generelt påpekes det av informanter i barnevernet at BUPA ofte er uklare i sine forventninger til barnevernet. Hvem skal ta kontakt? Barnevernet nevnte også eksempler på at BUPA tror at barnevernet overtar saker der det er mistanke om misbruk, slik at de ikke anmelder forholdet til politiet. Det er ikke barnevernets oppgave å etterforske straffesaker, så alle misbrukssaker er i utgangspunktet først og fremst en politisak.

Dette er antakelig et eksempel på uklarheter rundt hvem som skal gjøre hva, og dermed også uklarheter rundt hva det skal samarbeides om. Ikke desto mindre sier det av en informant i barnevernet at de stort sett har et greit forhold til BUPA. At de ofte har uformell telefonkontakt, og at dette da fungerer bra. På denne måten foretas ofte avklaringer av om man skal henvise, eller hva man ellers skal gjøre.

Spesielt når det gjelder seksuelle overgrep er barnevernet fornøyd med BUPAs kompetanse og jobb. Når det gjelder deres håndtering av saker med fysisk mishandling, stiller en av våre informanter seg mer usikker til om hun ville henvist til BUPA i det hele tatt. Hun har ikke tiltro til at BUPA har den rette kompetansen og erfaring til å håndtere slike overgrep på en god måte. Informanten var samtidig opptatt av at disse barna er nesten usynlige i systemet. De er et ikke-tema. Legevakten sier de henviser barna til barneavdelingen, samtidig som barnevernet aldri får henvisninger fra barneavdelingen om slike tilfeller. Dette stiller barnevernet seg undrende til. Hvor blir disse barna av? Hvem tar ansvaret for den hjemmesituasjonen de befinner seg i når ikke barnevernet blir informert eller kontaktet? Barneavdelingen har etter barnevernets mening ikke kompetanse til å følge opp familien, så hva er det som skjer i det enkelte tilfelle? Blir disse barna overhodet gitt behandling? Har dette med barnevernets status å gjøre? Eller dreier dette seg om at sykehus og barne- og ungdomspsykiatrien ikke tør å sette ord på disse tilfellene, fordi problematikken er for sterk.

Våre informanter i barnevernet understreket samtidig at BUPA og barnevernets klienter ikke rekrutteres fra de samme sosiale lag, og at barnevernets intervensjoner ofte består i å sette inn helt praktiske tiltak i ressursvake familier, til støtte for mor og barn. I tillegg har helt klart mange av deres tiltak form av kontroll, og strider på denne måten klart med barne og ungdomspsykiatriens ideologiske plattform. Barnevernet kan imidlertid tilby sine klienter voksenkontakt i hverdagen heller enn som helsetjeneste på andrelinjenivå. Samtidig påpekes det av vår informant at noen må påta seg den utakknemlige oppgaven å sette ned foten å si at nok er nok, disse foreldrene har mer enn nok med seg selv, og er ikke egnet til å ta seg av sine barn. Dette er barnevernets og til dels politiets og domstolenes rolle, mens alle andre gjerne vil være de gode hjelpere. For barne og ungdomspsykiatriens ansatte er det nesten en umulighet å si at du er en dårlig forelder, dette er uforenlig med disse yrkesgruppens ideologi, i følge våre informanter i barnevernet.

PP-tjenesten

Tradisjonelt har PP-tjenesten utredet barn og unge som blir henvist fra skolehelsetjenesten og allmennleger, eller direkte henvendelser fra barn eller familier selv. PP-tjenesten er en skoletilknyttet tjeneste, som skal gi råd og følge opp barn og unge som trenger bistand av dem eller skolehelsetjenesten. De barna som de ikke har kompetanse til å utrede selv, eller som trenger psykiatrisk behandling, skal de henvise til BUPA.

I følge informantene ved PP-kontorer, er PP-tjenesten formelt tiltenkt en koordineringsfunksjon i førstelinja ved at de skal gi råd til lærere og skolehelsetjeneste, veilede foreldre og ha samtaler med barn og unge. I tillegg skal de utrede barnets og familiens problemer samt gi sakkyndighetsvurderinger av barn med lærevansker. I de saker hvor de henviser til BUPA, har de også et visst ansvar for å følge opp klientene mens de venter på utredning/behandling. Dette er imidlertid for PP-kontoret i Skien per i dag en nedprioritert oppgave. Ansatte har fått beskjed om å konsentrere seg om det spesialpedagogiske utredningsarbeidet. Ansatte vi snakket med hevdet at denne prioriteringen gjorde det vanskelig for dem å legitimere kontinuerlig og ofte tidkrevende oppfølging av sine klienter. I PP-tjenestens retningslinjer heter det at de ansatte skal sørge for at en annen instans ivaretar saken før de slipper den, men dette synes det nok mot mer nå enn før i følge våre informanter.

Eksempel på typisk samarbeidssak

En av våre informanter ved et PP-kontor i fylket brukte følgende eksempel som illustrasjon på hvilke dilemmaer som oppstår når hun skal prioritere i henhold til skolesjefens pålegg. En mor henvendte seg til PP-kontoret med sitt barn som viste symptomer på hyperaktivitet, hadde enkelte tvangstrekk og var engstelig. Dette var følgelig et barn med bredspektret problematikk. PP-ansatte henviste barnet til BUPA, og hadde en samtale med en av de ansatte på BUPA om saken. Man diskuterte om at det burde tas initiativ til omsorgsgruppe for barnet, og om PP-kontoret eventuelt burde delta der. Dette må imidlertid den PP-ansatte si nei til, noe som skaper konflikter både med BUPA og skolen. BUPA-ansatte blir oppgitte når PP-kontorene ikke stiller opp, fordi de nettopp er den tverretatlige instans som burde fylle denne koordinerende funksjonen. Dersom PP-kontoret slipper sakene for fort, blir viktige opplysninger om barnet borte. PP-ansatte sa selv at PP-kontoret formelt har et slikt ansvar, og at det er viktig at de ikke mister sitt koordinerende ansvar. Da blir det fort noen tråder som ikke blir samlet, og noen tanker som ikke blir tenkt.

Den beskrevne omprioriteringen ved PP-kontoret i Skien, fører til at PP-tjenesten henviser for enkle saker til BUPA. Dette gir BUPA merarbeid, og de irriteres over at ikke PP gjør det de oppfatter som deres del av jobben. Nedprioriteringen av det psykologiske arbeidet fører i tillegg til at PP-kontoret henviser saker for tidlig til BUPA. Dette er problematisk både fordi det er mindre stigmatiserende med tiltak gjennom PP-tjenesten enn barne- og ungdomspsykiatrien, og fordi «lettere» problemer fort kan bli alvorligere dersom barnet må vente i flere måneder på å få den hjelpen det trenger.

Ellers mener ansatt på PP-kontoret at BUPA lar barn og deres familier slippe for lett, at de er for snare med å akseptere deres nei dersom familien/barnet ikke vil motta hjelp. BUPAs ideologiske plattform av frivillighet, gjør dem ofte defensive overfor vanskelige familier. Av og til er det viktig å ikke ta et nei for et nei. Dersom

man er faglig overbevist om at man har noe å tilby barnet og/eller familien, bør BUPA etter PP-ansattes mening, i sterkere grad stå på for å få dem til å innse at de trenger hjelp. Dette følger etter PP-tjenestens mening nesten som del av det ansvar BUPA har for barnas psykiske helse.

Et annet problem er etter PP-tjenestens mening at BUPA ofte slipper sakene for tidlig. I slike tilfeller kommer klientene tilbake, og da ofte med flere/sterkere problemer enn før.

Ansatte ved PP-tjenesten hevder selv at de har vel så høy kompetanse som BUPA på enkelte klientgruppers problematikk, og at de derfor vegrer seg mot å henvise disse klientene til BUPA. Informantene sier de har opplevd at BUPAs håndtering av disse tilfellene ikke har vært tilfredsstillende. Kritikken går på at BUPA ikke er tilstrekkelig faglig oppdatert på en del diagnosegrupper, og at BUPAs begrensede medisinske ressurser, som at de mangler spesialist i nevrologi og konsekvenser av nevrologiske avvik og skader, gjør at BUPA etter PP-tjenestens mening feilmedisinerer noen diagnosegrupper. BUPA må derfor styrke sin kompetanse på en del områder dersom de skal være et tilfredsstillende andrelinjetilbud og kunne fylle sin rolle som ressurspoliklinikk for fylket.

PP-tjenesten påpeker ellers at de ofte støter på praktiske problemer som å få tak på rette person på BUPA. At de ikke er samlokalisert, men derimot spredt rundt og med til dels stor avstand til hverandre, og uten at alle enheter har sin egen sentralbordtjeneste, gjør det av og til unødvendig tungvint og tidkrevende å samarbeide med BUPA.

BUPAs erfaringer med samarbeidet og arbeidsdeling med PP-kontorene

BUPA ønsker PP-tjenesten mer med enn de av ressursmessige hensyn selv mener de kan bidra med, samtidig som BUPA er i tidsklemme grunnet dårlig bemanning. Dette gir problematiske samarbeidsforhold.

Etter ansatte ved BUPAs mening fører rettighetstenkningen i skolelovene til at mye ressurser i PP-tjenesten brukes til sakkyndighetsvurderinger, og at de dermed fraskriver seg behandlingsansvar for lettere psykiske problemer. I en slik situasjon er det vanskelig for BUPA å ansvarliggjøre PP-tjenesten i forhold til utredning, behandling og oppfølging av barn og unge.

En annen konsekvens av at mange kommunale PP-kontor ikke er fullt faglig oppegående er at lettere problematikk for fort blir sykdeliggjort gjennom at behandlingsansvaret faller på BUPA. Å koble inn barne- og ungdomspsykiatrien har en viss stemplingseffekt, som man etter BUPAs mening bør unngå dersom det ikke er nødvendig. Det ligger etter BUPAs mening en klar utfordring i å utarbeide retningslinjer for samarbeidet mellom BUPA og PP-kontorene, samtidig som kommunene må synliggjøre og ansvarliggjøre sine egne instanser på en annen måte enn hva som er tilfelle i dag.

Skolehelsetjenesten og helsestasjoner

Helsesøster og lege foretar rutinekontroller og helseopplysning for elevene. I 5. klasse har helsesøster samtale med hver enkelt elev. Her kan de fange opp problemer som mobbing, mistilpasning, spiseforstyrrelser og psykisk eller fysisk mishandling. Dersom barnet har problemer av en slik karakter at han eller hun bør henvises videre for utredning, tar helsesøster kontakt med foreldre for å få deres aksept til dette. Skolelege eller foreldre henviser så barnet til BUPA. Helsesøster slipper saken foreløpig dersom og når skolelege eller allmennlege overtar. Dette beskrives av skoleleger å være en noe upraktisk ordning, og at skole/helsesøster selv burde hatt anledning til å henvise til BUPA.

Når henvisninger er foretatt har skolehelsetjenesten forventninger om at det skal gjøres noe. At BUPA vil følge opp saken, gjøre utredninger og ta avgjørelser av om, når og hvilken behandling og oppfølging barnet skal ha. Helsesøstrene opplever at det for ofte ikke kommer tilbakemelding fra BUPA om hva som skjer og hvorfor. Helsesøster vet da ikke om behandling er i gang eller ikke. Dette gjør situasjonen vanskelig både for skolen og skolehelsetjenesten. Det understrekes fra helsesøstrene at det er BUPAs ansvar å formidle tilbake til dem hva som skjer.

Bemanningsproblemer har ført til at PP-kontoret i Skien ikke har påtatt seg akutttoppgaver, men sendt sakene tilbake til helsesøster. Dette er en beskrivelse av situasjonen slik den har vært i Skien de to siste årene. I slike tilfeller har helsesøster i andre omgang henvist til BUPA, som også ofte bruker lang tid på å melde tilbake at de jobber med saken og hva som skjer. For helsesøster ser det ut til at saker blir liggende å flyte i systemet altfor lenge, og at dette fører til ekstraarbeid og dårlig utnyttelse av helsesøsters arbeidskapasitet. Enda viktigere er det at dette i mange tilfeller fører til at barn og familier får tilleggsproblemer.

Helsesøstrene er svært opptatt av den forverring som har skjedd i forhold til PP-tjenestens tilgjengelighet og disponering av ressurser. Skoleloven gir skolesjefen anledning til å prioritere det spesialpedagogiske tilbudet. Etter HVPU-reformen har PP-kontoret i Skien og flere andre PP-kontorer i fylket, fått pålegg fra sine skolesjefer. Det vises til at PP-kontoret i Skien for eksempel i lengre tid kun har hatt to psykologer, og at denne situasjonen over tid forsterker de nevnte prioriteringene. Helsesøstrene i skolehelsetjenesten mener at dette er på grensen til det uforsvarlige. Etter deres mening burde kommunelegen være mer til stede i denne saken, og påpeke overfor kommunens politikere hvilke negative konsekvenser denne situasjonen har for barn og unges helsestatus, og at ikke er i tråd med kommunehelseloven.

Helsesøstrene etterlyser en koordinerende instans på kommunalt nivå, som kan ivareta ansvaret for at barna får hjelp. Selv mener de at deres funksjon først og fremst er å observere og definere noe som et problem. Symptomer er henvisningsgrunnlaget, de skal selv ikke drive behandling. Slik helsesøstrene forstår ansvars- og arbeidsdeling i førstelinjetjenesten, og mellom første- og andrelinjetjenester er det

PP-tjenesten og BUPA som skal utrede og behandle barna. Selv kommer de eventuelt inn på et senere tidspunkt, dersom elevene trenger oppfølging i ansvarsgrupper og/eller elevomsorgsgrupper.

BUPAs erfaringer

Også fra BUPAs side stilles det spørsmålstegn ved lovgrunnlaget for at PP-kontoret bare kan trekke seg fra et behandlingsansvar. Ansatte ved BUPA etterlyser et kommunalt ansvar for barn med lettere psykiske problemer, og at en av primærhelsetjenestens instanser må ansvarliggjøres som koordinerende instans og den som til syvende og sist har et totalansvar overfor de barn og unge dette gjelder.

7.5 Oppsummering

Samarbeid og arbeidsdeling mellom BUPA og faglige aktører i kommune og fylkeskommune bærer klart preg av mangel på ansvars og myndighetsfordeling mellom nivåer og tjenestetyper. Dette har negative konsekvenser både for fagmiljøene og for klientene.

Vi har pekt på følgende trekk ved samarbeid mellom BUPA og andre fagmiljøer:

- Det etterlyses en spesifisering og avklaring av BUPAs posisjon og status som ressurspoliklinikk i fylket. Dette fungerer i følge de andre poliklinikkene i dag ikke tilfredsstillende.
- Kontakten mellom BUPA og det kommunale barnevernet preges i for stor grad av mangel på kommunikasjon. Det etterlyses retningslinjer for arbeids- og myndighetsfordelingen mellom disse instansene.
- Generelt må BUPA øke sine ressurser til formalisert og uformell kontakt med førstelinjetjenestene. Det hevdes at tidsbruk og dårlige prognoser kan reduseres dersom terskelen for uformell kontakt mellom tjenestene senkes.
- Henvisningsrutiner blir av førstelinjen oppfattet som unødig rigide og lite hensiktsmessige i det daglige arbeidet med klienter.
- PP-tjenestens posisjon og ansvarsområde må avklares. Slik fordelingen og behandlingen av klienter foregår i Telemark i dag, har ingen kommunal instans - i praksis - det overordnede ansvar for forvaltningen av kunnskapen om barn og unge med psykiske problemer.

- Det ligger etter informanternes mening store potensialer i en videreutvikling av samarbeid og arbeidsdeling mellom BUPA og Voksenpsykiatrien i fylket.
- BUPA hevdes å være for lite handlingsdyktige på vegne av sine pasienter. Eksempelvis i faglig funderte konflikter med familier i forhold til behandling av barn og unge.
- Samarbeidet mellom BUPA og barneavdelingen ved sentralsjukehuset beskrives som konstruktivt, og som et viktig tilfang til fylkets behandlingstilbud til syke barn og deres familier. Dette samarbeidet bør videreutvikles.

8 Oppsummering og analyse

I denne rapporten har vi lagt fram sentrale aspekter ved BUPAs virksomhet slik våre informanter har presentert dem for oss. Vi vil i det følgende oppsummere de viktigste fellestrekk ved våre informanters erfaringer og meninger om BUPA og BUPAs virksomhet, og av hva som fungerer godt og hva som fungerer mindre bra i samarbeidet mellom BUPA og ulike samarbeidsinstanser. Tidligere i rapporten har vi sett på pasientgjennomstrømning og utforming av konkrete tiltak innenfor behandling og omsorg ved BUPA. Vi har sett på beslutningsprosesser knyttet til administrasjon, fordeling av arbeidsoppgaver, ressurser og informasjon i avdelingen, samt beslutningsprosesser i forbindelse med kompetanse- og personalutvikling. Vi har også sett på hvordan disse prosessene påvirker fordelingen av ansvar og myndighet, av ressurser og ulike arbeidsoppgaver, og av informasjon og kommunikasjon i avdelingen. Vi har konsentrert oss om å bibringe de ansattes oppfatninger av hvordan disse prosessene hemmer eller fremmer driften av avdelingen og den virksomheten som foregår, og ikke minst avdelingens evne til å svare på omverdenens forventninger.

I tillegg har vi sett på hvordan eksterne administrative og faglige aktører deltar i og øver innflytelse på avdelingens virksomhet, og på hvilke oppfatninger disse eksterne aktørene har av BUPA. Vi har sett på hvilke erfaringer kommunale og fylkeskommunale instanser sitter med i forhold til konkret klientsamarbeid og i forhold til overordnet ansvars- og myndighetsfordeling mellom dem selv og BUPA. Hvilke trekk ved BUPA er det som etter disse aktørenes mening hemmer eller fremmer BUPAs virksomhet? Vi har også søkt å fange de ansattes og eksterne aktørers meninger om hvilken rolle de administrative instanser spiller i forhold til planmessige, økonomiske og organisatoriske rammebetingelser for den virksomheten som foregår ved BUPA. Til slutt i dette avslutningskapittelet integreres kunnskapen fra prosjektet i fire alternative forslag til oppfølging og videreføring av prosjektet.

8.1 Kompleks organisasjon og manglende ledelse

BUPAs ansatte og ledelse formidler et bilde av en kompleks organisasjon som på flere felt mangler ledelse. Manglende ledelse kjennetegner også deler av den organisasjonsstrukturen BUPA inngår i ved TSS.

BUPAs ansatte beskriver en organisasjon som kjemper for å bedre sine arbeidsbetingelser i egen organisasjon. Samtidig beskriver de en hverdag som til tider er svært tung på grunn av mangel på ledelse i egen avdeling, samt mangel på aksept fra omgivelsene. Ikke desto mindre finnes det klare oppfatninger om at BUPA som fagmiljø og avdeling er på riktig vei. Avdelingen har fått mange engasjerte nyansatte. Dette har flere sider. Det er positivt i den grad de nyansatte ikke er belastet med en negativ fortid, og slik stiller med mindre fordommer og større personlig og faglig fleksibilitet i forhold til egen organisasjon og samarbeid med faglige og administrative instanser. Mange av de nyansatte uttrykte klare meninger om og synspunkter på hvordan arbeidet i avdelingen bør organiseres og ledes for å optimalisere virksomheten både til de ansattes og klientenes beste.

Mange av de nyansatte er også nyutdannede. Ulempen med det er et stort behov for veiledning og etter- og videreutdanning. Dette stiller avdelingens spesialister overfor utfordringer, og mye ressurser går med til denne typen arbeid. Mangelen på fagfolk har tidligere skapt store problemer for avdelingen ved at det til tider har vært stor gjennomtrekk av enkelte yrkesgrupper. En klar utfordring for avdelingen nå er å beholde de unge fagfolkene de har i dag. Mange av våre informanter syntes avdelingens og sykehusets videreutdanning og spesialiseringsmuligheter er gode, og at dette er en positiv side ved BUPA som fagmiljø.

Som beskrevet i kapitlene foran, har BUPA vært en del av en sykehusstruktur med mange og uklare administrative linjer. Samtidig har det til tider vært sterke konflikter mellom sektorledelse og BUPA hvor BUPA har følt seg motarbeidet og at avdelingens interesser ikke har vært tilstrekkelig ivaretatt av sektorledelsen. Denne konflikten har vært spesielt synlig og sterk i forhold til rekruttering av leder til avdelingen. Man har ikke greid å skaffe kvalifiserte medisinerer til overlegestillingen. Dermed har avdelingsledere blitt rekruttert blant BUPAs egne psykologer. I disse prosessene har ledelsen ved BUPA i enkelte sammenhenger ikke følt seg ivaretatt av sektor- og sykehusledelse, noe som har ført til at BUPAs konstituerte ledere mer har sett på seg selv som de ansattes talsperson overfor sektor- og sykehusledelse enn som representant for sykehusets ledelse overfor de ansatte. Konsekvensen av dette har vært at BUPA i lange perioder ikke har vært en integrert del av det fagpsykiatriske tilbudet ved sykehuset, i tillegg til at situasjonen har skapt en uro ved avdelingen som har ført til at BUPA ikke har greid å utvikle langsiktige

strategier, planer og målsettinger for driften av avdelingen. Å få tilsatt avdelings-overlege og utvikle en klar intern ledelse av avdelingen er en helt nødvendig oppgave for dagens ledere ved avdelingen og sykehusets ledelse.

Mangelen på planlegging og mål for virksomheten har vært og er fortsatt et fremtredende trekk ved driften av BUPA. Dette understrekes både av de ansatte og av samarbeidspartnere. Samtidig gir vår studie et inntrykk av uklarhet. Det er uklarhet i begrepsapparat og arbeidsdeling internt ved avdelingen, noe som igjen er en medvirkende årsak til uklare målformuleringer. Med uklare målformuleringer blir også intern organisering og styringsmekanismer uklare, fordi prioriteringer mangler eller er utydelige. Man kan ikke drive fornuftig ressursforvaltning uten å vite hva man ønsker å oppnå.

Det er også en utfordring for avdelingens ledelse og ansatte å sørge for utbedring av egen infrastruktur i forhold til kommunikasjon, samarbeid og informasjon. Dels hemmes den interne kommunikasjonen i dag av at det ikke eksisterer overordnede rammer for driften som kan gjøre at informasjon blir meningsfull for de ansatte. Dels hemmes kommunikasjonen av at avdelingen fysisk er spredt, og med til dels store geografiske og tekniske avstander mellom seg. Dette gjør at informasjon tar tid, at den ikke når fram og at uformell kommunikasjon er vanskelig.

De ansatte synes teaminndelingen er funksjonell og at denne organiseringen har løst en del interne problemer. Samarbeidet mellom teamene har imidlertid etter mange mening et stort utviklingspotensial. De fysiske rammebetingelsene gjør det vanskelig å forvalte personalet på en fleksibel måte, samtidig som det vanskeliggjør informasjon og kommunikasjon de ansatte i mellom.

De ansatte etterlyser bedre faglig og personlig oppfølging fra ledelsens side. De mener at tiltak for å bedre dette vil representere en positiv endring både av arbeidsmiljøet for den enkelte ansatte, og ikke minst som intern kommunikasjon rundt bruken av avdelingens faglige ressurser.

Pasientene henvises til BUPA hvor et inntaksteam fordeler pasientene etter henvisningsgrunn til riktig team og behandler. Vi har påpekt at vurderingen av pasientens behandlingsbehov i større grad bør formaliseres, og at kriteriene for valg av behandlingstilbud og behandler bør bli tydeligere. Dette anses som viktig også av faglige samarbeidspartnerne. De synes BUPA ofte er utydelige og uklare i sin prioriteringer og i bruk og valg av behandlingsressurser. Dette gjør det vanskelig for samarbeidspartnere å ha realistiske og klare forventninger til BUPA når det gjelder hva de gjør og ikke gjør, ventetid for utredning og behandling, og av hvilke behandlingsmetoder de bruker og begrunnelser for disse valgene.

8.2 Pasienter og behandlingstilbud

Mangelen på målstyring og intern ledelse og styring av avdelingen har konsekvenser for BUPAs forhold til sine pasientgrupper. De ansatte mener at inndelingen av poliklinikken i tre team er hensiktsmessig fordi dette representerer en fornuftig funksjonsdeling. Dette begrunnes med at teamene er gode og håndterlige arbeidsenheter, og at de avgrenser spesialiseringsområder på en god måte i forhold til pasientpopulasjonen. Ikke desto mindre mener de at det et stort potensial for bedre samarbeid og bedre ressursbruk teamene i mellom. Et større problem i forhold til pasientene er det nok at avdelingen viser liten evne (og vilje?) til å drøfte og klargjøre eventuelle kompetansefortrinn og kompetanseskiller mellom de ansatte, noe som fører til at både pasienter og ansatte opplever at det av og til virker tilfeldig hvilke type behandling pasientene får, og at enkelte kompetanseområder blir nedprioriterte og etter hvert fraværende i avdelingens tjenester og tilnærminger. Hva er for eksempel en sosionoms bidrag ved en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling? Hvem har kompetanse på tverretattlig samarbeid? Hvilke funksjoner har de ulike spesialpedagogene, og hvilken kompetanse har de i forhold til barn og unge med psykiske lidelser? Hvilke praktiske konsekvenser har det for behandling og utredning at psykologer har ulike spesialiseringsområder? Brukes det annen type kompetanse ved utredning av pasienter enn det gjør ved behandling?

Vårt inntrykk er at dette er spørsmål samarbeidspartnere stiller seg, og diskusjoner som til dels foregår mellom de ansatte ved BUPA. Etter vår mening er det to forhold som må avklares. For det første: Hvilket behov for hjelp og behandling har pasienten? BUPA bør i sitt arbeid rette fokus mot pasientens (behandlings)behov og klargjøre dette. Deretter bør man se på om og i hvilken grad BUPA besitter relevant kompetanse for å forholde seg til disse behandlingsbehovene. Hvordan kan avdelingen bruke sine ressurser og sin kompetanse på best mulig måte for å møte pasientenes behov? Valg av behandler og behandlingsmåte bør begrunnes i hvert enkelt tilfelle.

En slik diskusjon og gjennomgang er også et sentralt element i internkontrollen ved avdelingen, gjennom at dette vil kunne gi den enkelte yrkesgruppe og ansatte en mulighet til å synliggjøre egen kompetanse, hva man ønsker å jobbe med, hva man selv ikke kan og dermed grunnlaget for samarbeid mellom behandlere og ansatte med ulik praktisk og teoretisk bakgrunn.

BUPA inngår i et mer eller mindre koordinert nettverk av tjenestetilbud og betjener et vidt spekter av pasienter. Mangelen på klarhet i begrepsapparatet, ulike regelverk og uklare ansvars og myndighetsforhold mellom administrative instanser og BUPA, og ikke minst mellom førstelinjetjenester og andrelinjetjenester, får til dels store konsekvenser for grupper av pasienter og for samarbeidet og arbeidsdelingen mellom de ulike tjenestetilbudene.

Hvordan får barn og unge som trenger hjelp kontakt med hjelpetjenestene?

I Norge har barn og unge etter loven krav på hjelp etter behov. Ikke desto mindre er de avhengige av at noen ser dem eller reagerer på atferden deres før de henvises til hjelpeapparatet.

Henvisningen til BUPA kan ses som en sosial prosess med mange aktører, der flere voksne handler på vegne av barnet selv om barnet defineres som den hjelpe-trengende (Pescosolido 1992, gjengitt i Backe-Hansen og Havik (red) 1997:107). Barna blir aktører fordi, og i den grad, de har problemer som vekker bekymring hos voksne. Samtidig er de indirekte aktører i de fortolkningsprosesser de voksne går gjennom fra noe defineres som et problem, til det eventuelt tas stilling til hvorvidt, og til hvem de skal henvises til.

Henvisningsprosessene mellom barn og familie, henvisningsinstans og BUPA kan i ett perspektiv betraktes som sosiale konstruksjoner, som forhandlinger mellom aktører. De ulike aktørenes innspill i de pågående forhandlingene kan sies å uttrykke ulike sosiale konstruksjoner, og er slik en illustrasjon av at verden kan sies både å være og å bli til i vårt eget bilde (opcit). For å kunne forstå hverandre er vi derfor delvis avhengige av å kjenne til hverandres generaliserte bilder (typologier), det vil si å kjenne meningsinnholdet i de begreper som brukes. I den grad dette stemmer, vil rommet for misforståelser og feiltolkninger være større jo mindre to sam-handlingspartnere har felles, fordi de i slike situasjoner i stor grad vil måtte basere seg på og tolke typologier og begreper som de har ulike referanser til, eller som de ikke gir et entydig og felles meningsinnhold. Innen en slik forståelsesramme blir utgangspunktet at klienter og hjelpere møter hverandre med motsatt utgangspunkt, i en situasjon hvor deres dagligliv bare i liten grad tangerer hverandre. At de profesjonelle hjelperne ser klientene på en annen måte enn klientene selv gjør, blir dermed problematisk dersom denne avstanden og mangelen på samsvar i typologienes meningsinnhold, blir for store. Overført på samarbeidet mellom ulike hjelpeinstanser, blir også disse relasjonene ofte vanskelige dersom begreper ikke brukes på en entydig, og på forhånd definert, måte.

Familier og barn og unge som trenger omfattende tjenester fra flere forskjellige instanser over tid, eller som ikke selv fullt ut er i stand til å hevde sine interesser, vil ha behov for at de ulike kommunale og fylkeskommunale tjenestetilbudene er planlagt i sammenheng. Kommunenes ressursinnsats overfor barn og unge med psykiske lidelser er det vanskelig å fastsette, fordi disse tjenestetilbudene ikke er skilt ut i egne etater eller organisasjonsenheter. Som vi har vist er både skolehelsetjenesten, allmennlegetjenesten, PP-tjenesten, helsestasjonene og det kommunale barnevernet i større eller mindre grad involvert i og forholder seg til barn og unge med psykiske lidelser. Hvem som har ansvaret er imidlertid til tider svært uklart, og ser ut til å være avhengig av kommunenes prioriteringer, av hvilke faggrupper som til

enhver tid dominerer blant de ansatte ved de ulike tjenesteinstansene, av særinteressers styrke og annet.

Barn og unge med psykiske problemer kommer i kontakt med ulike kommunale og fylkeskommunale tjenestetilbud og faggrupper. Vår studie har gitt et bestemt inntrykk av at samordning og plassering av et overordnet ansvar ett eller annet sted i tjenestesystemer er nødvendig dersom disse barna og ungdommene skal være sikret et behandlingstilbud. Slik det fungerer i dag fører arbeidsdelingen mellom instansene og forvaltningsnivåene til ansvarsfraskrivelse. Dette vil over tid lett føre til at man bli mer opptatt av å fordele skyld og mistillit faggrupper og instanser i mellom enn av dialog og konstruktivt samarbeid. Hvem har ansvaret for å forvalte kunnskapen om barnet til barnets beste? Hvem har ansvaret for å ivareta barnets interesser overfor foreldre, skole, helsetjeneste?

- Er det de riktige barna som blir henvist til BUPA og får tilbud om behandling? Eller er det bestemte sosiale kriterier som styrer, og som eventuelt fører til at det ikke nødvendigvis er de som trenger hjelp som henvises?
- Bidrar selve prosessen fram mot det å få hjelp til at de ulike instansene hver på sin måte rekonstruerer barnets problemer, slik at de opprinnelig opplevde problemene i for stor grad blir redefinert slik at de passer inn i ulike hjelpe-tjenesters problemdefinisjoner, inn i deres bilde?
- Hvilke tjenester trenger de som henvises? På hvilket nivå bør de ulike tjenester gis? Burde for eksempel skolene gis større spesialpedagogiske ressurser og større råderett til selv å iverksette ulike spesialpedagogiske tiltak slik at for eksempel PP-tjenesten kan få frigjort kapasitet til andre oppgaver enn til slike spesialutredninger?

Disse spørsmålene har det barne- og ungdomspsykiatriske tjenestesystemet ingen entydige svar på. Oppfatninger om disse forholdene spriker, tilsynelatende helt vilkårlig og på tvers av både faglige og organisatoriske grenser. Samtidig er det å komme fram til en felles forståelse av problemene en grunnleggende forutsetning for å forbedre tjenesteytingen og samarbeidet mellom etater og institusjoner.

Mye tyder på at veiene inn til BUPA, den måten barn og unge henvises til PP-tjeneste, barnevern og BUPA på, har mange svakheter. Systemet har et manglende mellomledd, nemlig en myndighetsperson med ansvar for å forvalte kunnskap om barnet til barnets beste. Dermed får langt fra alle barn som trenger det hjelp på riktig tidspunkt, og ikke minst er det nok mange barn som ikke får riktig hjelp på riktig tidspunkt. Noen vil sikkert hevde at dette er en form for feilbehandling, fordi det på individnivå – for barnet og dets familie – kan virke akselererende på selve problematikken og føre til at barnet utvikler dypere og mer belastende problemer enn hvis det fikk oppfølging og hjelp raskt. Etter vår vurdering er timing et

undervurdert og underkommunisert aspekt ved organiseringen og ansvarsdelingen i disse behandlings- og omsorgstjenestene.

8.3 BUPA som del av et faglige nettverk og tjenestetilbud?

Barne- og ungdomspsykiatri, barnevern, helsetjeneste og PP-tjeneste er organisert i henhold til ulike lover, ulike finansieringssystemer og ulike inntaks- og behandlingskriterier. De ulike tjenestene har også ulik tilgjengelighet. Av disse er BUPA en spesialisthelsetjeneste på andrelinjenivå (sammen med det fylkeskommunale barnevernet), mens de andre er førstelinjetjenester. Dette betyr at barn og deres familier må forholde seg til ulike systemer med ulike forståelser av hva barnets eller den unges problem er, og av hva slags hjelp som bør og kan tilbys. Dette er et viktig kjennetegn og en utfordring for barne og ungdomspsykiatrien, fordi de aller fleste av klientene er eller har vært, i kontakt med flere tjenestetyper. Det er et behov både for at disse ulike tjenestene blir sett som deler av en helhet, blir bedre integrerte og samstemte, samtidig som den enkelte behandler har et slikt perspektiv i forholdet til sine klienter.

Våre informanter beskriver til dels en avdeling hvor avdelingsledelse og ansatte på et vis forskanser seg i egen organisasjon, men samtidig prøver å gjøre det beste ut av denne posisjonen. Slik vi ser det, har denne utilnærmeligheten og beskyttelsen medvirket til at det ved avdelingen har utviklet seg en uformell ledelsesstruktur, men en ledelse som på mange måter preges av lite styring. Dette er imidlertid problemstillinger som står på dagsorden i avdelingen og som de ansatte er opptatt av å gripe fatt i og endre.

Når det gjelder relasjonene mellom BUPA og henholdsvis de administrative, organisatoriske og faglige samarbeidsinstansene, preges disse etter våre informan- ters mening av følgende kjennetegn:

- Barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark er preget av liten bredde i tjenestetilbudet. Fylket har tre poliklinikker og en familieavdeling. De mangler både barnepsykiatrisk og ungdomspsykiatrisk behandlingshjem. Fylket har heller ikke behandlingshjem for psykotiske/autistiske barn og unge. De har heller ikke en egen akuttavdeling for ungdom, eller behandlingsbarnehage. Dette er tjenestetilbud som Nasjonal Helseplan (Helseplan mot år 2000) anbefalte burde finnes i alle fylker.

- Sammenligninger av BUPA med resten av landet viser at avdelingen har en gjennomsnittlig god behandlingsskapasitet innenfor de behandlingstilbudene de disponerer (Samdata psykiatri 1997, BUP Årbok 1996).
- Historisk preges situasjonen i barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark av en utstrakt grad av uklare ansvars og myndighetsforhold mellom de ulike administrative instanser og arbeidsdeling mellom ulike tjenestetilbud. Dette fører igjen til pulverisering av ansvar, som i praksis innebærer ansvarsfraskrivelse og dårligere tilbud til pasientene.
- Fagpolitiske og helseadministrative myndigheter i Telemark kan ikke sies å ha utvist tilstrekkelig styringsevne og styringsvilje overfor sjukehusets overordnede og BUPAs interne prioriteringer. I alt for lang tid og med altfor store personlige og faglig konsekvenser har driften av BUPA fått pågå i et til tider svært konfliktfylt og lite konstruktivt klima. Ansvaret for å rydde opp i dette ligger etter manges mening i fylkets helseadministrasjon, men også hos sykehusdirektøren som har fått delegert dette ansvaret. Disse meningsyttringene viser at det ikke alltid er samsvar mellom formell ansvars- og arbeidsdeling, og omverdenes oppfatninger av hvem som har ansvar eller hvem som bør rydde opp.
- Arbeidsgiver har ikke greid å skape en integrert ledelse innenfor det psykiatriske tjenestetilbudet ved sjukehuset. I samtaler med samarbeidspartnere blir det hevdet at samhandling og dialog mellom fylkeshelsesjefens kontor og sjukehusets ledelse bør bedres, og at kompetansen må styrkes på fagområdet psykiatri generelt, og barne- og ungdomspsykiatri spesielt.
- Mellom BUPA, barnevern, PP-tjeneste og allmennleger er det til dels svært ulike i oppfatninger av hvilke kriterier som skal legges til grunn for valg av tiltak og behandling overfor den enkelte bruker, klient og pasient. Verken internt i instansene, i yrkesgruppene eller mellom instansene finnes et entydig system av kriterier som virker styrende for hvem som behandles, når og av hvem. Både internt ved BUPA, og mellom BUPA og avdelingens faglige samarbeidspartnere må man tydeligere kommunisere hvilke kriterier og prioriteringer som gjøres og hvorfor.
- BUPA mangler styring fra den politiske og administrative ledelsen i fylket, først og fremst i form av klare målsettinger. Dette er svært vanskelig så lenge hele arbeidsfeltet preges av uklare, utydelige og sprikende oppfatninger om hva som er god faglig praksis i det tjenesteytende apparatet.

Disse oppfatningene taler for seg selv, og viser i mange tilfeller et sprik mellom formelle regler på den ene siden, og oppfatninger av disse ute i fagmiljøene på den andre.

De viser at selv sentralt plasserte og erfarne samarbeidspartnere i systemet ikke alltid har forventninger som er i tråd med den formelle ansvars- og myndighetsfordeling, eller i henhold til intensjonene bak den faktiske organiseringen av tjenestesystemet. Dette kan tolkes på flere måter. Nærliggende er det at informantutsagnene illustrerer et system som selv for de innvidde er så komplisert og utydelig at man ikke helt vet hvem som gjør hva, når og for hvem. Utsagnene kan også være uttrykk for oppfatninger av hva som burde skje, hvordan ting burde gjøres og hvem som bør ta ansvar og ha myndighet. Sett på denne måten, og dersom man erkjenner informantenes kompetanse, blir utsagnene verdifulle og interessant tilbakemeldinger til forvaltnings- og tjenestesystemet.

8.4 Alternative forslag til videreføring

Vår gjennomgang har vist at BUPA i dag er en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling som står på terskelen til og viser evne og vilje til, en positiv utvikling. Denne studien har ikke minst vist at barne- og ungdomspsykiatrien er et mangfoldig felt, og derfor på mange måter også et system i konflikt med seg selv. Det er imidlertid et stort forbedringspotensiale både i forhold til ansvars- og myndighetsforhold internt ved avdelingen, mellom BUPA og administrative aktører og ikke minst i forhold til faglige samarbeidsinstanser på kommunalt nivå. Vår oppgave har vært å foreta en organisasjonsanalyse av BUPA og BUPAs samarbeid med andre faglige og administrative instanser. Konklusjonene er etter vår oppfatning utvetydige, til tross for den positive viljen til endring:

- Fordelingen av ansvar og myndighet er uklar. Løsningen av styrings- og ledelsesproblemer har vært preget av faglige og administrative motsetninger og standpunkt langs de fleste linjer. Mer eller mindre krisepregede og situasjonspregede løsninger basert på de i øyeblikket rådende oppfatninger om hva som er bra, er etter vårt skjønn et hovedtrekk. BUPAs rolle i forhold til andre instanser er uklar. Dette forklares først og fremst med den faglige uenigheten om hva barne- og ungdomspsykiatrien skal være.
- Fordelingen av oppgaver internt i BUPA har fulgt faglige prioriteringer og samarbeidsrelasjonene med andre faglige instanser. Fordelingen av oppgaver mellom de ulike tiltakene i sektoren vil nødvendigvis preges av den uklare, og ikke minst skiftende fordelingen av ansvar og myndighet. BUPAs manglende nettverk med førstelinjen gjør oppgavefordelingen mellom første- og andrelinjen uklar.

- Fordelingen av ressurser er ikke like uklar. Problemet har vært knyttet til ledelse og ressurser og arbeidsbetingelser til ledelse i BUPA. Kravet om medisinsk embetsutdanning for avdelingslederstillingen er blant annet brukt som argument for lavere lønnplassering av psykologer i ledende stilling ved avdelingen. De polikliniske og familieterapeutiske satsingene ble prioritert framfor oppbygging av et psykiatrisk døgnkontinuerlige tilbud. Ressurstil- delingen til BUPA har dels vært styrt av økonomiske rammer i fylkeskom- munen, dels av prioriteringer i helseadministrasjonen og ved TSS. Anven- delsen av ressurser i BUPA har vært styrt av faglige prioriteringer i avdelingen.
- Flyten av informasjon i BUPA og mellom BUPA og samarbeidspartene er preget av de uklare relasjonene. BUPA har et mangelfullt utviklet samarbeid med førstelinjen i fylket; skoleverk og kommunehelsetjeneste. Dette bidrar til vilkårlighet i kommunikasjonen med dette nivået, og i uklarhet i forhold til hvem som bør få et behandlingstilbud og hvem BUPA ikke skal behandle.

Analysen av organiseringen av BUPA og avdelingens forhold til andre instanser viser mange likhetstrekk med konklusjonene i Klokkehusrapporten (Falkum m.fl. 1996). Det uklare faglige begrepsapparatet skaper uklarheter i mål og formål med virksom- heten. Dette bidrar til uklarhet i fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver, ressur- ser, informasjon og til sist vilkårlighet i fordelingen av tjenestetilbudet til bruker- ne. Vi tror på ingen måte at dette er spesielt for Telemark. Tvert imot har vi inntrykk av at denne beskrivelsen like gjerne kunne gjelde barne- og ungdomspsykiatrien generelt i Norge. Denne antakelsen bygger på tilgjengelig dokumentasjon i form av fagrapporter og stortingsmeldinger og på intervjumaterialet i denne rapporten. Prosjektets referansegruppe har ved flere anledninger understreket at dette er allmen- ne problemer i feltet. Problemene blir etter vårt skjønn ikke mindre av den grunn, snarere tvert imot. I det følgende antyder vi noen alternative løsninger med utgangs- punkt i forskjellige perspektiver.

Alternativ 1: Psykiske lidelser i et livsløpsperspektiv

Som forskere er det blant annet vår oppgave å undre oss over det vi ser, beskriver og analyserer. En av våre undringer både i dette prosjektet og i Klokkehusprosjektet har vært hvorfor det er laget så sterke organisatoriske og administrative skiller mel- lom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Er dette skillet først og fremst etablert og vedlikeholdt på grunn av faglige motsetninger og ulike utdan- ningsgruppers interesse i å dominere fordelingen av ansvar, myndighet og ressur- ser? Faglige motsetninger preger både organiseringen av tjenestene og samarbeidet mellom tiltakene. Fører dette til at tjenestene fordeles urettferdig og ineffektiv? Det er vanskelig for utenforstående å se det formålstjenlige i at pasienter med psykiske

lidelser skal behandles i ett system med helt spesifikke problemoppfatninger og behandlingsregimer fram til de fyller 17 – 18 år, for deretter å overføres til et helt annet system med helt andre problemoppfatninger og behandlingsregimer. Er denne aldersgrensen magisk? Er det slik at de psykiske lidelsene og atferdsproblemene endrer fullstendig karakter ved en gitt alder, og derfor krever helt andre behandlingsformer, eller har denne organiseringen helt andre begrunnelser?

Det legges flere, og andre ressurser ned i voksenpsykiatrien enn i barne- og ungdomspsykiatrien, uten at det dermed er sagt at voksenpsykiatrien har tilfredsstillende kapasitet i forhold til behandlingsbehov. Blant mange andre ting fører en slik ressursfattigdom til at mange barn og unge ikke får den behandling og oppfølging de har behov for. Det er en rimelig antakelse at psykiske problemer som ikke løses vil forsterkes. I et slikt perspektiv vil behandling av psykiske og sosiale problemer og atferdsforstyrrelser hos barn og unge kunne bidra til å redusere problemenes omfang og karakter i voksen alder. Barne- og ungdomspsykiatrien kan dermed sies å ha et forebyggingspotensiale for voksenpsykiatrien. Sjansene for å bryte en livslang karriere som psykiatrisk pasient vil vi anta er større i barne- og ungdomspsykiatrien enn i voksenpsykiatrien.

Vårt første forslag vil sikkert oppfattes som dramatisk i fagmiljøene. Det kan være gode grunner til å revurdere de organisatoriske og administrative skillene mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. I det følgende skal vi peke på noen forutsetninger for eventuelt å kunne oppheve dette skillet, og deretter peke på noen antatte konsekvenser av det.

Som forutsetninger vil vi stille opp:

- At politiske og helseadministrative myndigheter anlegger et helhetsperspektiv på de psykiatriske tjenestene og fremmer mål og virkemidler som setter brukerinteressene i fokus uavhengig av alder
- At faggruppene legger mer innsats i å oppnå samarbeid og gjensidig forståelse og respekt enn i å fremme særinteresser. Ut fra denne rapporten å dømme er dette ikke gjort i en håndvending. Det krever antakelig et politisk press på nasjonalt nivå.
- At det utvikles klare og omforente mål for ulike brukergrupper i fagmiljøene. Disse målene skal både styre virksomhetene og brukes til å etterprøve produktiviteten og effektiviteten i dem.

Som mulige konsekvenser vil vi antyde:

- Bedre, mer tilgjengelige og mer effektive tjenester til alle brukergruppene ved hjelp av teamorganisering og samarbeid mellom og på tvers av alle faggruppene

- Frigjøring av ressurser som i dag brukes på interne motsetninger til styrking av nettverket mot de kommunale tjenestene i førstelinjen, og dermed økt tilgjengelighet for brukere
- Enklere og bedre planlegging, styring og administrasjon av de psykiatriske tjenestene
- Økt produktivitet og effektivitet i psykiatrien
- Større fleksibilitet i disponeringen av de totale faglige ressurser ut fra pasientenes behov

Alternativ 2: Nettverk og fleksibilitet i tjenestene

Vår andre undring i arbeidet med dette prosjektet er knyttet til samarbeidet mellom BUPA og andre faglige aktører. I vår rapport om Klokkehuset påpekte vi nettopp fraværet av samarbeid mellom barne og ungdomspsykiatrien og kommunale helse- og omsorgstjenester. Nå, to år etter den rapporten, er det vanskelig å finne nevneverdige endringer i dette samarbeidsmønsteret. Det ser fortsatt ut til å være tilfældigheter som styrer inntaket av klienter/brukere/pasienter. Hvem som får tilbud om BUPAs tjenester vil avhenge av initiativ og handlekraft hos lokale aktører i skoleverk, barnevern, helsevesen, trygdeverk og sosialvesen. Om tilsvarende kan sies om voksenpsykiatrien har vi ikke det samme grunnlaget for å mene noe om.

Vårt andre forslag handler om å etablere et fastere nettverk mellom BUPA og lokale tjenesteytere i kommunene for på den måten å oppnå mer fleksible samarbeidsformer.

Forutsetninger for dette er

- Pasienter må sikres et tilfredsstillende behandlingstilbud, gjennom at lovverket forankrer ansvaret for disse klientene i en hjelpeinstans
- Prioritering av ressurser til nettverksbygging i barne og ungdomspsykiatrien i form av faste møteplasser for BUPA og lokale aktører
- At fokus rettes mot prioritering av barne og ungdomspsykiatriske tjenester i kommunene
- Politisk og administrativ støtte til et nettverksprogram mellom barne- og ungdomspsykiatrien og aktuelle aktører i kommunene
- At det arbeides i retning av å utarbeide samarbeidsavtaler mellom ulike tjenesteinstanser og tjenestenivåer om hvordan samhandling skal skje og hva de skal samarbeide om

Som mulige konsekvenser vil vi peke på

- Faglig veiledning og opprusting av kompetanse i barne og ungdomspsykiatriske problemstillinger hos lokale aktører
- Bedre kontakt med, og større forståelse for lokale forholds betydning for den enkelte pasient hos BUPAs medarbeidere
- Flere problemer kan oppdages tidlig og etter hvert kan kanskje en del av problemene i større grad løses lokalt
- En tydeliggjøring av kommunenes ansvar i forhold til barne og ungdomspsykiatrien
- Økt tilgjengelighet, mindre vilkårlighet og mer fleksibel bruk av de ulike tjenestetilbudene

Alternativ 3: Rigiditet og fleksibilitet

Vår tredje undring dreier seg om en åpenbar rigiditet, eller manglende fleksibilitet i fagmiljøet, og mellom de ulike instanser og tiltak. Så langt vår kunnskap rekker dreier mye av psykiatrien seg nettopp om å bryte opp rigiditet i form av fastlåste tankemønstre, følelsesmessige barrierer og tvangsforestillinger. Like fullt vil vi beskrive forholdet mellom de ulike aktørene som er knyttet til barne og ungdomspsykiatrien som til dels preget av rigide forestillinger og samhandlingskriterier. Relasjonene mellom aktørene i dette systemet er etter vårt skjønn preget av revirmarkering, faglige barrierer og følelsesbaserte oppfatninger om hva som er rett og galt. Dette påvirker etter vårt skjønn både økonomiske, administrative og faglige prioriteringer i systemet. Vårt tredje forslag innebærer tiltak for å bryte ned rigiditeten i det psykiatriske tjenestetilbudet på faglig plan.

Forutsetningene for dette er blant annet

- At det fokuseres på pasientenes behandlingsbehov, og mot klargjøring av problemer det skal arbeides med, heller enn mot hva BUPA eventuelt måtte ønske å behandle. Dersom avdelingen mangler del- eller spisskompetanse må pasienter sendes videre
- Politisk og administrativt press med klare etterprøvbare mål om å utvikle samarbeidet mellom de ulike aktørene på brukernes premisser
- Vilje og evne til å erkjenne problemer, feil, mangler og muligheter i egen virksomhet
- Vilje og evne til å erkjenne fortrinn og muligheter hos samarbeidspartner

- At det spørres hva det er vi gjør i dag som vi uten videre kan slutte med, hva det er vi gjør i dag som med fordel kan gjøres av andre, hva vi ikke gjør i dag som vi bør begynne med og hva vi gjør i dag som vi bør gjøre mer av.

Konsekvenser kan være

- Økt forståelse og innsikt i egne faglige muligheter og begrensninger både hos den enkelte behandler og behandlingsinstans
- Bedre samspill mellom de ulike aktørene og utvidet samarbeid på tvers av faggrenser, etater og forvaltningsnivå
- Mer treffsikre tjenester til den enkelte bruker av psykiatritilbudet
- Økt behandlingskapasitet

Alternativ 4: Behandlings- og omsorgsbehov hos barn og unge med psykiske lidelser

En siste undring gjennom dette prosjektet går i retning av hvilke konsekvenser det at man har et fagmiljø som er i såpass store konflikter med seg selv har for klientene, pasientene og brukerne av disse tjenestene. Er det mulig for et fagmiljø med så store problemer å forholde seg entydig og effektivt til sine klienter? Hvilke konsekvenser har mangelen på målstyring og ledelse for BUPAs relasjon til sine pasientgrupper? Her viser vi til de oppsummerende analyser i kapittel 8.4. Helt til slutt vil vi understreke behovet for en kartlegging av det kommunale tilbudet til disse klientene, samt en kvalitets- og brukertilfredshetsundersøkelse av BUPAs og kommunenes behandlingstilbud.

De fire alternativene er ikke gjensidig utelukkende. De kan eksempelvis gjennomføres som et handlingsprogram som starter med alternativ 3, fortsetter med alternativ 2 og på lenger sikt ender opp i alternativ 1 og 4. De to midterste kan også gjennomføres parallelt. Vi har med vitende og vilje spissformulert dette siste avsnittet.

Avslutningsvis foreslår vi at det gjennomføres en større konferanse om barne og ungdomspsykiatrien med deltakelse fra alle berørte parter i fylket. Siktemålet med konferansen bør være å starte debatten om framtidig organisering av tjenestene, med tanke på å utforme presise mål for et samarbeid mellom de ulike hjelpeinstansene i Telemark fylke.

Referanser

- Andenæs, Kristian og Leif Oskar Olsen (1994), *Sosialrett*. Tano. Oslo
- Backe-Hansen, E. og Toril Havik (1997), *Barnevern på barns premisser*. Ad Notam forlag, Oslo
- Bang, Henning (1988), *Organisasjonskultur*. Tano. Oslo
- BUP-data (1995), *Henvisningsskjema til barne- og ungdomspsykiatrien*
- Christiansen, Kikkan Ustvedt (red) (1993), *Forholdet mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien*. Rapport 5. Barnevernets utviklingscenter
- Etzioni, Amitai (1984), *Moderne organisasjoner*. Tanum, Nordli. Oslo
- Falkum, Eivind, Eli Feiring og Heidi Gautun (1996), *Hva med dobbeltklientene? Samarbeid mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri*. Evaluering av Klokkehuset. Fafo-rapport 193. Fafo
- Forskrift om ventelistegaranti*, fastsatt ved kgl. res. 12. juni 1997
- Fransson, Elisabeth (1997), «Vyer, ideer og hverdagslivets tvang». i *Evaluering av BUT-kontoret på Kongsvinger*. Rapport 26. Østlandsforskning
- Gjærum, Bente og Sonja Heyerdahl (1996), «Prosedyrer for vurdering av utvikling» i *Veileder i barne- og ungdomspsykiatri*, Den norske lægeforening.
- Gullestad, Marianne (1989), *Kultur og hverdagsliv*. Universitetsforlaget. Oslo
- Harsheim, J. og H. Strand Østveiten (1995), *Sammen eller hver for seg?* Rapport 19. NIBR
- Hatling, Trond (red.) (1997), *Samdata psykiatri*. SINTEF rapport 2/97 Del I og Del II
- Heggestad, Torhild og Per Bernard Pedersen (red.) (1995), *Samdata psykiatri*. SINTEF rapport 1/95
- Hestetun, Ingebjørg, *Notat vedrørende barne- og ungdomspsykiatrien i Telemark*, upublisert.
- Klokkehuset ungdomssenter (1994), *Samarbeidsavtale mellom Klokkehuset og ungdomsteamet v/BUPA*
- Klokkehuset ungdomssenter (1995), *Inntaksprosedyre ved Klokkehuset ungdomssenter*

Lov av 19. juni 1936 nr. 9, om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur.

Lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus, § 18b.

Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten

Nebben, Eivor Bremer (1996), *Hva skjer med lønnspolitikken? Utvikling av lokale lønssystemer i offentlig sektor*. Fafo-rapport 199

Nilsen, Wigdis (1995), *Psykiatriens barn. Når mor ikke orker mer. Søkelys på psykiatriske pasienters barn*. Psykiatrisk opplysningsfond. Oslo

NFBUI (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner) (1997), *Årbok norsk barne- og ungdomspsykiatri 1996*

Notodden sykehus (1998), *Retningslinjer for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk*

NOU 1995:14, *Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner*

NOU 1997:2, *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*

NOU 1997:18, *Prioritering på ny*

Rasmussen, Ørnulf (1994), «Det psykiske helsevesen», i Andenæs og Olsen, *Sosialrett*, Tano, Oslo

Rønning John A. (1996) «Kvalitetssikring av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker», i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*,

Rønning John. A. (1997), «Dette skjer i Nord-Norge» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*

Sandberg, Kirsten (1994), «Barnevernloven», i Andenæs og Olsen, *Sosialrett*, Tano, Oslo

Sosial og helsedepartementet (1990), *Rundskriv IK-19*

Sosial- og helsedepartementet (1997), *Lov om helsepersonell m.v.* Høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet, juli 1997 kap. 2.1.3, Internett 25.11.97.

Sosial og helsedepartementet (1997), *Rundskriv I-18*.

Sosialdepartementet (1978), *Forskrift om ansvarsforhold m.v i institusjoner innen det psykiske helsevern*, fastsatt av Sosialdepartementet 3. november 1978 nr. 2

Sosialdepartementet (1991), *Forskrift for drift av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*, fastsatt av Sosialdepartementet 13. januar 1991

St.meld. nr. 41 (1987–88), *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal Helseplan*

St.meld. nr. 50 (1993–94), *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*

St.meld. nr. 25, (1996–97), *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*

Statens helsetilsyn (1994), *Rundskriv IK-17, Godkjenning av psykiatriske poliklinikker og psykiatriske institusjoner på lokalsykehusnivå*

Statens helsetilsyn (1997), *30 spørsmål & 30 svar om tilsyn, internkontroll & kvalitetsutvikling*. Internett 08.12.97.

Sørhaug, Tian (1996), *Om ledelse*. Universitetsforlaget, Oslo

Telemark Fylkeskommune (1991), *Rapport fra psykiatriplanprosjektet 1991–92*

Telemark Fylkeskommune (1992), *Retningslinjer for psykiatrisk faggruppe*

Telemark Fylkeskommune (1996), *Årsmelding for det fylkeskommunale barnevernet*

Telemark sentralsjukehus (1997), *Organisasjonsplan Telemark sentralsjukehus*

Telemark sentralsjukehus (1997), *Vedrørende institusjonsplasser for barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved TSS*

Telemark sentralsjukehus (1997), *Økonomiplan 1998-2001 og Årsbudsjett 1998 for psykiatriske avdelinger*.

Telemark sentralsjukehus(), *Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Presentasjon av avdelingens oppgaver og organisasjon*.

Telemark sentralsjukehus, *Retningslinjer for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)*

Waal, Helge (1993), «Felleskap i nærhet og avstand: Barnevern – Barne- og ungdomspsykiatri i et systemperspektiv», i Christiansen (red.), *Forholdet mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien*. Rapport 5 Barnevernets utviklingssenter

Zeiner, Pål og Torunn Stene Nøvik (1996), «Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri» i *Veileder i barne- og ungdomspsykiatri*. Den norske lægeforening

Årbok. Norsk barne- og ungdomspsykiatri 1996

Årsrapport Klokkehuset ungdomssenter 1996

Rigid og fleksibel

Denne rapporten presenterer en organisasjonsanalyse av Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Avdelingen har snevre rammer å bevege seg innenfor. Det trange handlingsrommet skaper rigiditet; grenser for hva som gjøres og hva om ikke gjøres. I dette handlingsrommet er det også mye uklarhet om hva barne- og ungdomspsykiatrien skal drive med. Det gir de som befinner seg i rommet fleksibilitet i tilpasningen til hva som til enhver tid skal gjøres. Vi forsøker å beskrive hvordan denne dobbeltheten virker og hva den kommer av. Vi tror beskrivelsen har gyldighet utover Telemark fylke.



Fafo

Forskningsstiftelsen Fafo
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
<http://www.fafo.no>

Fafo-rapport 250
ISBN 82-7422-216-4