

## Forfatterens aksepterte manuskript (postprint)

«Å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»: Rask psykisk helsehjelp som et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud

Sivertsen, E., Almvik, A. & Ness, O.

Publisert i: Tidsskrift for psykisk helsearbeid  
DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-02

Tilgjengelig online: 09 Sep 2020

### Referanse:

Sivertsen, E., Almvik, A. & Ness, O. (2020). «Å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»: Rask psykisk helsehjelp som et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 17(2-3), 83-94. doi: 10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-02

Dette er et akseptert manuskript av en artikkel publisert av Universitetsforlaget i Tidsskrift for psykisk helsearbeid på 09/09/2020. Tilgjengelig online: [https://www.idunn.no/file/pdf/67230318/aa\\_gjoere\\_noe\\_sammen\\_vi\\_ikke\\_kunne\\_gjort\\_alene\\_raskpsykis.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/67230318/aa_gjoere_noe_sammen_vi_ikke_kunne_gjort_alene_raskpsykis.pdf)

«Å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»: *Rask psykisk helsehjelp*  
som et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud

Elin Sivertsen<sup>1\*</sup>, Arve Almvik<sup>2</sup> & Ottar Ness<sup>3</sup>

*Accepted version May 14, 2021; tidsskrift for psykisk helsearbeid*

\*Kontaktperson

*Forfatterinformasjon:*

<sup>1</sup> Elin Sivertsen (f.1977), spesialsykepleier, mastergrad psykisk helsearbeid, kognitiv terapeut, prosjektleder, Mestringsenheten for psykisk helse og rus, Namsos kommune. Postboks 333 Sentrum, 7801 Namsos. [elin.sivertsen@namsos.kommune.no](mailto:elin.sivertsen@namsos.kommune.no).

<sup>2</sup> Arve Almvik (f.1957), psykiatrisk sykepleier, dosent psykisk helsearbeid, Nord universitet, Postboks 1490, 8049 Bodø. [arve.almvik@nord.no](mailto:arve.almvik@nord.no)

<sup>3</sup> Ottar Ness (f. 1977), PhD, familieterapeut, professor, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for pedagogikk og livslang læring, 7491 Trondheim. [ottar.ness@ntnu.no](mailto:ottar.ness@ntnu.no)

Vitenskapelig publikasjon.

Antall ord: 4.491

Referansenummer NSD: 53051.

## Sammendrag

Kommunestørrelse har betydning for hvilke psykiske helsetjenester som er tilgjengelige for befolkningen, og det er få kommuner som samarbeider om psykiske helsetjenester for personer med lettere og moderate psykiske vansker. Studien undersøker ansattes erfaringer med interkommunal organisering og drift av lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp (RPH). Datamaterialet består av kvalitative intervjuer av fem fagpersoner tilknyttet tilbudet. Tematisk analyse ble benyttet for analyse av datamaterialet. Funnene viser at det interkommunale samarbeidet skapte organisatorisk og faglig robusthet, og bidro til økt fleksibilitet i tjenestetilbudet. **Forutsetninger og muligheter for og utfordringer med slike løsninger blir diskutert.**

*Nøkkelord: interkommunalt samarbeid, Rask psykisk helsehjelp, kommunalt psykisk helsearbeid, lavterskel tjenester, kvalitativ studie*

## Abstract

"Doing something together that we couldn't do alone": Prompt Mental Health Care as an inter-municipal mental health service

The size of a municipality has an impact on the mental health services available to the population. There are few municipalities that work together on mental health services. In this study, we explore employees' experiences of inter-municipal organization and operation of the low-threshold service Prompt Mental Health Care (PMHC). Qualitative interviews were conducted with five professionals working with PMHC. Thematic analysis was used for analysis of the data material. The findings show that inter-municipal collaboration created organizational and professional resilience and contributed to increased flexibility in the provision of services. Organizational prerequisites and **opportunities such solutions** are discussed.

*Keywords: inter-municipal collaboration, Prompt Mental Health Care, community mental health care, low-threshold services, qualitative study*

«Å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»: Rask psykisk helsehjelp som et interkommunalt psykisk helsetjenestetilbud

## Bakgrunn

Til tross for at norske kommuner har et klart definert ansvar for å tilby personer med lettere og moderate psykiske helseutfordringer forebyggende tiltak og behandling, ble det i 2018 kun brukt 11% av årsverk til dette formålet (Ose, Kaspersen, Ådnanes, Lassemo & Kalseth, 2018a). Det er altså et vesentlig gap mellom befolkningens behov og tilgang på behandlingstilbud. Konsekvensene er et betydelig helsetap for den enkelte som sliter, i tillegg til de samfunnsøkonomiske kostnadene (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tamsb, & Øverland, 2018).

Det er per i dag 356 kommuner i Norge, hvor nesten halvparten av kommunene har mindre enn 5000 innbyggere (SSBa, 2020). Evalueringer av kommunestrukturen i Norge synliggjør store faglige forskjeller ved de psykiske helsetjenestene i små kommuner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Fagmiljøene er små, kompetanse spres på ulike tjenester og blir ofte preget av å være personavhengige og sårbare. Større kommuner har mer bredde og variasjon i tjenestetilbudet (Brandtzæg, Lunder, Aastvedt, Thorstensen, Groven, & Møller, 2019; Jensen, 2014; Leknes, Gjertsen, Tennås Holmen, Lindeløv, Aars, Sletnes & Røiseland, 2013). Samtidig blir psykisk helsefeltet stadig bredere, differensiert, fragmentert og komplekst. Dette krever økt fokus på samarbeid og samhandling mellom tjenester og kommuner (Bukve & Kvåle, 2014; Helsedirektoratet, 2014; Ramsdal, 2004, 2013).

Interkommunale samarbeidsløsninger i mindre kommuner kan bidra til mer spesialiserte og robuste psykiske helsetjenester for denne målgruppen (Brandtzæg et al., 2019; Follevåg, 2014; Myrvold & Helgesen, 2009). Likevel er det et mindretall av kommuner som samarbeider om psykiske helsetjenester. Et flertall av småkommunene gir uttrykk for et økende framtidig behov for interkommunalt samarbeid. Psykisk helse er en av tre områder hvor behovet er størst for å få løst oppgavene på en tilfredsstillende måte (Brandtzæg et al., 2019).

Forskning på interkommunalt samarbeid om psykiske helsetjenester er begrenset, spesielt i forhold til forebyggende tjenester. Kunnskap om interkommunalt samarbeid i det psykiske helsefeltet omfatter i større grad samarbeid om oppsøkende team til mennesker med alvorlige

lidelser, krisesenter, ø-hjelps plasser, eller læringsnettverk (Homsy & Warner, 2014; Kvangarsnes, Hole, Teigen, & Teige, 2016; Norvoll, Andersson, Ådnanes & Ose, 2006; Tjerbo, Zeiner & Helgesen, 2012). Samarbeidsordninger er oftest mellom en eller flere kommuner og helseforetak (Landheim, Hoxmark, Aakerholt, & Aasbrenn, 2017; Tøndel & Ose, 2014). Noen kommuner har imidlertid ulike varianter av samarbeidsordninger, hvor dagsentra, nettverkskurs eller gruppekurs kan ses på som forebyggende virksomhet (Iversen & Folland, 2014). Holen-Rabbersvik (2019) påpeker et begrenset kunnskapsgrunnlag om interkommunalt samarbeid, spesielt ut fra et ansattperspektiv.

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et lett tilgjengelig og gratis kommunalt lavterskeltilbud med eller uten henvisning fra fastlege (Helsedirektoratet, 2016). Et sentralt mål for RPH er å øke tilgangen til kunnskapsbasert behandling for personer med lett til moderat angst, depresjon, begynnende rus problemer og søvnmvanser. RPH har sitt utspring i det engelske programmet *Improving Access to Psychological Therapy* (IAPT) (Smith, Alves & Knapstad, 2016). Teamene er tverrfaglig sammensatt, og behandlingen består av gruppetilbud, veiledet selvhjelp og samtalebehandling. Nasjonale evalueringer viser at tilbudet har god effekt på målgruppen (Knapstad, Lervik, Sæther, Aarø & Smith, 2019). Per januar 2020 er det etablert 54 RPH team fordelt på 62 kommuner i Norge (NAPHA, 2020).

Behovet for å utvikle interkommunale samarbeidsløsninger for små kommuner er godt dokumentert. Hensikten med denne artikkelen er å utvikle kunnskap om **forutsetninger og muligheter for, og utfordringer med** slike løsninger, med utgangspunkt i et tjenestetilbud for personer med lettere og milde psykiske helseplager. Forskningsspørsmålet for studien var: *Hvordan beskriver ansatte i et Rask psykisk helsehjelp team sine erfaringer med å være organisert som en interkommunal lavterskel helsetjeneste?*

## Metode

### ***Kvalitativ tilnærming***

Denne kvalitative studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Lindseth & Norberg, 2004), der hensikten er å utforske menneskers subjektive og levde erfaringer og meningsinnhold (Malterud, 2011) av hvordan samhandlingsprosesser i interkommunalt RPH erfares av fagpersonene som arbeider der. **Designet er deskriptivt og eksplorativt. Den deskriptive tilnærmingen ønsker å synliggjøre erfaringer med interkommunalt samarbeid i**

RPH, den eksplorative tilnærmingen har til hensikt å utvide forståelsen av et område som til nå er lite undersøkt (Tjora, 2013). Data er analysert ved bruk av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

### ***Rekruttering og utvalg***

Det var kun et av RPH tilbudene i Norge som var interkommunalt organisert ved undersøkelsestidspunktet, som dermed ble valgt ut. Dette teamet var organisatorisk tilknyttet et interkommunalt selskap hvor Rask psykisk helsehjelp hadde sitt nedslagsfelt i fire kommuner, og hadde et samlet innbyggertall på omkring femten tusen innbyggere. Ansatte i teamet besto av fire fagpersoner (1,9 årsverk) med relevant kompetanse i psykisk helsearbeid, inkludert en psykologspesialist. Tre av fagpersonene arbeidet deltid i RPH-teamet og i den ordinære kommunale psykiske helsetjenesten i tre ulike kommuner. I tillegg til å være en del av RPH-teamet, arbeidet psykologspesialisten kommunepsykolog i flere småkommuner. Alle i teamet samtykket til å delta i studien.

### ***Datainnsamling***

Totalt fem intervjuer ble gjennomført for å samle inn data, først et fokusgruppeintervju og deretter fire individuelle intervjuer, med de samme informantene (vår 2017). Målsetningen med fokusgruppeintervjuet å utforske felles erfaringer og ulike synspunkter gjennom refleksjoner og diskusjoner i fokusgruppen (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). De individuelle intervjuene hadde til hensikt å gi informantene en mulighet til å nyansere sine sine erfaringer. Fokusgruppeintervjuet og de individuelle intervjuene ble gjennomført med semistrukturert intervjuguide. Målet var å speile informantenes subjektive erfaringer om bestemte tema knyttet til RPH som et interkommunalt organisert tilbud. Temaene i intervjuene fokuserte både på indre og ytre strukturer som ble erfart som betydningsfulle i prosessen med å skape og yte RPH-tilbudet i en interkommunal kontekst. Herunder hvordan tilbudet ble utformet og forankret, samt erfaringer knyttet til behandlingsformen. Fokusgruppeintervjuet varte i en time og et kvarter, og de individuelle intervjuene varierte fra tjuefem minutter til i underkant av en time. Intervjuene ble tatt opp med lydbånd, og transkribert verbatim før dataanalysen ble gjennomført.

### ***Dataanalyse***

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Braun og Clarkes (2006) seks trinns tematiske analyse: 1) gjøre seg kjent med data, 2) generere innledende koder, 3) søke etter temaer, 4)

evaluere temaer, 5) definere og navngi tema, 6) produsere det skriftlige arbeidet. I trinn 1 gjorde førsteforfatter seg kjent med datamaterialet gjennom å gjentatte ganger lytte til lydfilene og transkribere teksten. Førsteforfatter noterte fortløpende ideer og tanker som var relevante for å besvare problemstillingen. I trinn 2 brukte førsteforfatter transkripsjonene og notatene til å generere innledende 23 koder av meningsinnhold av data på tvers av datasettet. I trinn tre søkte vi etter tema ved å samle all relevante sitater fra transkripsjonene til hvert foreløpig tema (betydningen med å ha et interkommunalt selskap som prosessdriver; evnen til å finne sin plass i fagfeltet; å kunne være et team på tvers av kommunegrensener; om «å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene»). I trinn fire evaluerte alle forfatterne temaene i relasjon til hverandre for å sjekke om temaene var i samsvar med kodene. Gjennom trinn fem ble en gjennomgående analyse gjort av alle forfatterne sammen, for å fremheve og definere det spesifikke med de ulike temaene. I det siste trinnet ble funnene sammenfattet, re-kontekstualisert og beskrevet med sitater for å gjenfortelle hovedtrekkene fra analysen. Følgende tre hovedtemaene ble studiens funn: (1) *et interkommunalt selskap som pådriver for RPH*, (2) om «å gjøre noe sammen vi ikke kunne gjort alene», og (3) om å gi nære og fleksible tjenester.

### ***Forskningsetikk***

Studien ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD; [prosjektnr.: 53051](#)). Informantene fikk tilsendt informasjon om studiet og om frivillighet knyttet til deltakelse. Skriftlig samtykke ble innhentet i forkant av intervjuene. Ved transkriberings og analyseprosessen brukte vi pseudonym for å sikre anonymitet.

### **Presentasjon av funn**

**De overordnede funnene fra analysen resulterte i tre hovedtema.** Det første hovedfunnet beskriver drivkraften ved at lavterskeltilbudet ble organisert under et interkommunalt selskap. Det andre hovedfunnet omhandler hvordan det interkommunale samarbeidet ble sett som en forutsetning for tilbudet, og det tredje funnet beskriver **hvordan det interkommunale samarbeidet bidro til et fleksibelt tilbud.**

### ***Et interkommunalt selskap som pådriver for RPH***

Informantene erfarte at det hadde stor betydning **for å skape og forankre** lavterskeltilbudet, at det ble lagt organisatorisk i et eksisterende etablert kommunesamarbeid. I fokusgruppeintervjuet uttrykte informantene at det forelå en drivkraft administrativt i

kommunesamarbeidet for å etablere tilbudet. Å tilhøre det interkommunale selskapet bidro blant annet til at de ble skjermet for kommunale økonomiske svingninger. Spesielt i fasen fra finansiering av prosjektmidler over til vanlige driftsmidler, ble erfart som en krevende prosess. I diskusjonen ga informantene uttrykk for at tilknytning til det interkommunale selskapet var en forutsetning for å overleve etter prosjektperioden:

*«Jo fordi i kommunen så vet du det har vært veldig snakk om nedskjæringer og økonomi og sånne ting, ikke sant, du går jo heller ned i drifta enn å gå opp! - Mens her var det noe nytt noe, så vi har vært litt sånn skjermet akkurat der fordi vi har jo også vært prosjekt i 3-4 år» [...] «Det er nå noe med om hvem som har bremsene på og hvem som skyver på - det kan jo variere [...] «Vi har en entusiastisk ledelse, sjøl om kommunene snur og vender på schillingene, så er det i det interkommunale selskapet en entusiasme».*

Å formidle behovet for tjenesten overfor rådmenn og politikere ble lettere når tilbudet var interkommunalt organisert, især til eierkommuner med økonomisk prioriteringspress. To informanter drøftet dette i fokusgruppeintervjuet:

*«Med å ha det interkommunale selskapet i ryggen som tyngde, og som ønsker at RPH-tilbudet finnes, kontra å stå alene i egen kommune for å argumentere for midler til videreføring av prosjektet [...] Det er himmelvid forskjell. Det er bred helsekompetanse inn i dette her, altså, som henter kunnskap og informasjon fra mange retninger, og har kompetanse til å legge det fram på en sånn måte at det blir forstått».*

I alle intervjuene ble statistikk og måltall eksplisitt uttalt i **alle** som et virkemiddel for å selge det inn på et hørere beslutningsnivå i eierkommunene. En informant beskrev: *«Der fikk vi fine tall å vise til. Tall virker bedre på politikere enn at du blir frisk!! At du kommer deg i arbeid. Åpenbart!».* En annen informant sa: *«Resultat vet du, når du viser bra tall så er det mye vanskeligere å legge oss ned».* Formidling av resultatmål ble sett på som en bærebjelke for å få RPH-tilbudet over i permanent drift. Spesielt nyttig var statistikk over volum av henvisninger og behandlingseffekt i forhold til sykemeldingsgrad.

### ***Interkommunalt samarbeid som en forutsetning for tilbudet***

Informantene reflekterte i fokusgruppeintervjuet over fenomenet interkommunalt samarbeid i konteksten RPH, og alle uttrykte at selve forutsetningen med å få dette til i små kommuner lå i et samarbeid. En informant hevdet: *«Det interkommunale helsesamarbeidet handler om å kunne gjøre noe som du ikke kunne ha gjort alene».* Gjennom diskusjonen ble det uttalt at det avgjørende med samarbeid ettersom de var for små hver for seg, både i forhold til bruk av



kompetanse og større nedslagsfelt. Å ta en utdanning alene i en kommune med innbyggertall under tusen ble uttalt som et håpløst alternativ for å rendyrke en metode. Nettopp dette med å jobbe strukturert og målrettet til metodikken og målgruppa, ble beskrevet som en suksessfaktor. I noen små kommuner representerte den ordinære psykisk helse og rustjenestene kanskje bare en eller to fagpersoner. To **informanter som jobbet både med kommunalt psykisk helsehjelp og RPH, trakk fram i det individuelle intervjuet** at det interkommunale samarbeidet på tvers av kommunegrenser hadde resultert i spesialkompetanse, og som en av de beskrev ga økt trygghet i behandlingsrollen. **En annen informant med samme arbeidssituasjon påpekte;** «*Vi har en nærhet til alle kommunene som gjør at alle føler at de får noe lokalt for å være med på satsningen. Samtidig som vi får en robusthet ved å høre til det interkommunale selskapet*».

**Både i fokusgruppeintervjuet og i alle de individuelle intervjuene formidlet de** en samtidig robusthet og sårbarhet med å være et lite team på tvers av kommunegrenser. De tematiserte utfordringer med å finne balanse mellom kapasitet og ressurser kontra å svare på behov og etterspørsel. To informanter påpekte sin bekymring i **de individuelle intervjuene:** «*Nå røyner det litt på altså*» [...] «*vi er litt i smertegrensen nå i forhold til kapasitet*». Ønsket om større stillinger ble argumentert for å sikre tilgjengelighet samtidig som de erfarte økning i antall henvisninger.

### ***Om å gi nære og fleksible tjenester på tvers av kommunegrenser***

Selv om RPH var en interkommunal lavterskeltjeneste som i fire kommuner, var ambisjonen likevel å være en nær og fleksibel tjeneste. Alle informantene var særlig opptatt av et tilgjengelig og nært tilbud ved at det skulle lokaliseres i tre av fire kommuner, som en informant beskrev **i fokusgruppeintervjuet:**

*«Man skulle nå fram til oss. Og så vi var òg opptatt av at folk som bor i en time og et kvarter unna, skulle slippe å dra hele den veien, at vi skulle ha et tilbud om å møte folk, nesten der de er. Og så vi var opptatt av å ha en telefon som skulle tas».*

**Tre informanter i de individuelle intervjuene** uttrykte at en bredere målgruppe søkte til RPH-tilbudet enn de tradisjonelle psykiske helsetjenestetilbudene, og tematiserte et behov for anonymitet. En av dem hevdet:

*«Her er dem litt mer skjermet, litt mer anonym i og med at de kan møte opp i en annen kommune, for man trenger jo ikke å gå inn døra i sin egen kommune og kjenne på det. For det er klart at psykisk helsevern og psykisk helsearbeid har en stigmatisering*

*rundt seg, og dette er nok en litt yngre gruppe som er opptatt av det, og kjenner på det at det har behov for denne anonymiteten».*

Et tjenestetilbud på tvers av kommuner gir innbyggerne mulighet for å møte opp i en nabokommune og dermed unngå den subjektive belastningen med å oppsøke en tjeneste for personer med psykiske helseutfordringer.

## Diskusjon

Hensikten med denne artikkelen er å utvikle kunnskap om forutsetninger og muligheter for og utfordringer med interkommunale samarbeidsløsninger i et tjenestetilbud for personer med lettere psykiske helseplager. Muligheter og hindringer i arbeidet med å organisere og drifte et interkommunalt samarbeid på tvers av mindre kommuner blir diskutert. I tillegg diskuterer vi betydningen en organisatorisk samarbeidsløsning kan ha for 1) små fagmiljø og 2) innbyggere som benytter kommunale psykiske helsetjenester.

### ***Interkommunalt samarbeid som forutsetning for et faglig robust miljø***

Vår undersøkelse viser at organisering av et psykisk helsetjenestetilbud på tvers av kommunegrenser ble sett på som en forutsetning for å skape faglig robusthet.

Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv settes det spørsmålsteget ved at en kommune etablerer spissede tjenester når ressursene er avgrenset og befolkningsgrunnlaget tynt (Ose, Kaspersen & Børve, 2018b). Samtidig har små kommuner det samme ansvaret for utvikling og innovasjon i det psykiske helsefeltet som større kommuner. Tidligere undersøkelser av interkommunalt samarbeid viser at de største utfordringene er knyttet til redusert politisk styring og kontroll med samarbeidet (Brandtzæg et al., 2019; Jacobsen 2014). En annen utfordring er at små kommuner har svært lite ressurser til å drive innovasjonsarbeid (Brandtzæg et al. 2019).

Begrunnelsen for å samordne RPH-tjenesten i en interkommunal løsning var å legge til rette for målrettet behandling til personer med lettere psykiske helseutfordringer. For å møte variasjonen i problematikk og behov for oppfølging har majoriteten av ansatte i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene i stor grad generell kompetanse (Ose et. al, 2018a). Funnene i denne studien viser at økt spesialkompetanse hos de ansatte og teamarbeid gir økt trygghet i behandlerrollen. Interkommunalt samarbeid med teamorganisering gir større grad av faglig robusthet enn en løsning hvor ansatte jobber mye alene. Et større fagmiljø gir blant annet rom for at ansatte kan oppdatere hverandre faglig (Holen-Rabbersvik,

2019). Robuste fagmiljøer har ofte bedre forutsetninger for å finne løsninger når behovene i befolkningen endrer seg (Fjone & Johansen, 2018; Vabø & Kårstein, 2014). For små kommuner i rurale strøk, vil interkommunalt samarbeid gi rom for å rekruttere og forsterke fagkompetansen, for eksempel med psykologer (Kaspersen, Lassemø, Kroken, Ose & Ådnanes, 2018). Ved å satse på interkommunale løsninger kan små kommuner, som denne studien viser, bidra til mer likeverdige kommunale tjenester uavhengig av bosted.

Informantene i denne studien opplever et krysspenn mellom teamets kapasitet, markedsføring av lavterskeltilbudet og muligheten for rask responstid på henvisninger. En forklaring kan være at RPH-teamet er sårbart i forhold til dimensjonering. Samtidig hevder Follevåg (2014) at det ikke nødvendigvis er størrelse som sikrer robuste miljø, men heller dialog, helhet og strukturer. Likevel vil små fagmiljøers stabilitet og forutsigbarhet være mer utsatt for tilfeldige svingninger, noe som øker risikoen for overbelastning og begrenser kapasiteten (Jacobsen, Kvelland, Kiland & Gundersen, 2010). Samarbeidsprosjekter er i tillegg avhengig av kontinuitet og minst mulig utskiftning av deltakere (Dyhr-Nielsen & Støkken, 2014). For det andre kan informantenes beskrivelse av uklare rammer handle om kompleksiteten ved å styre på tvers av kommunegrensene (Holen- Rabbersvik, 2019). Organisasjoner og ledere blir ofte målt på effekten av organisatoriske tiltak. Hvis effekten ikke står i sammenheng med ressursbruk kan det være en utfordring å argumentere for å øke dimensjoneringen (Kaehne, 2018). Selv om funn fra studien viste at det interkommunale samarbeidet ble erfart som mer skjermet mot kommunale økonomiske svingninger, var knappheten på ressurser merkbart hos teamet.

Å bruke resultatmål på psykiske helsetjenester kan være kontroversielt fordi man risikerer at behandling og praksis som ikke er målbar, ikke blir vurdert som god praksis. Dette kan sette aspekter som kommunikasjon, empati, etikk og omsorg i skyggen (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Mål og resultatstyring kan være svært salgbart for ledere, og imøtekommer ofte et psykologisk behov for forenkling (Ballo et al., 2014). Forebyggende virksomhet legitimerer sjelden sin eksistens ved hjelp av resultater fordi de er vanskelig å måle (Stamsø, 2017). Valla (2014) argumenter for at utvikling av psykiske helsetjenester krever strukturer som gir rom for å tenke nytt og annerledes. Å utvikle tjenester som bygger på tilbakemelding fra brukerne er helt sentralt i hennes tenkning. Å dokumentere resultatmål kan imidlertid være et virkemiddel for å få tilført midler til psykiske helsetjenester som RPH. Det kan diskuteres om det bør være slik fra et faglig og etisk perspektiv. Å basere

tjenesteutvikling på tilbakemelding fra brukere styrker en recovery-orientert praksis i det psykiske helsefeltet. Ettersom små kommuner rapporterer at de i liten grad jobber recovery-orientert, kan interkommunale tjenester bidra til å styrke brukerperspektivet i det kommunale fagfeltet (Ose et al., 2018a).

### ***En interkommunal kontekst for å tilby tilgjengelige og fleksible psykiske helsetjenester***

Erfaringene fra vår studie gir noen indikasjoner på hvordan det interkommunale samarbeidet skapte vilkår for tilgjengelighet og fleksibilitet i mindre kommuner. Tilgjengelighet og fleksibilitet er i tråd med en lavterskel tankegang (Rodal & Frank, 2008), som også gjenspeiler RPH satsningens nasjonale hovedmål om høy brukertilfredshet (Smith et al., 2016). Målsetningen er sammenfallende med det økte fokuset på brukerorienterte tjenester i det psykiske helsefeltet (Karlsson & Borg, 2017). Informantenes ambisjon var at de lett skulle nås i alle fire nedslagskommuner og påpekte betydningen med å være kun en telefon unna. Ved å ha faste dager i tre av fire kommuner oppnådde de en grad av geografisk nærhet. Samtidig ivaretok de et eventuelt behov for å være anonym ved at innbyggerne fikk velge hvor de mottok hjelp.

Behovet for å være anonym kan forklares med opplevd stigma. Stigma knyttet til psykiske problemer ses på som en barriere for å oppsøke hjelp (Clement, Schauman, Graham, Maggioni, Evans-Lacko, Bezbodovs & Thornicroft, 2015). Thornicroft (2008) hevder at i et globalt perspektiv får over 70% av ungdom og voksne som har psykiske problemer ingen behandling av helsepersonell. Årsaksfaktorer hevdes å være fordommer, forventning og frykt for stigma. Samme studie viser at stigma rundt psykiske problemer er sterkere i mindre folkerike steder, enn i byer og har sammenheng med utdanningsnivå. Dette kan være sammenlignbart til norske forhold, hvor utdanningsnivå i rurale kommuner er betydelig lavere enn i urbane områder (SSB, 2019). Folk med lavere utdanning tenderer til å ha et mer stigmatiserende syn på psykisk sykdom (Blåka, 2012). Erkjennelsen ved at det fortsatt eksisterer stigma og tabu knyttet til psykiske vansker, bidrar til at brukere med psykiske problemer ikke benytter tjenester på samme måte som andre brukergrupper. Sånn sett viser denne studien at et RPH-tilbud over kommunegrensene kan betraktes som en fleksibel løsning. Dette er sammenfallende med forskning knyttet til interkommunale barnevernstjenester, hvor en større geografisk avstand kan ha medført at det er enklere å ta kontakt med tjenesten når innbyggerne slipper å gi seg til kjenne i eget kommunehus. Samtidig medfører denne muligheten økt tilgang til tjenester som de tidligere ikke har oppsøkt (Brandtzæg, 2006).

Erfaringer fra et interkommunalt læringsnettverk, viser også at det er lettere for brukere å oppsøke depresjonsmestringskurs i en annen kommune enn sin egen (Bruland & Grov, 2016). Det er dokumentert at det er et stort behov for å utvikle tilgjengelige tjenester som er fleksible for innbyggerne (Blåka, 2012; Karlsson & Borg, 2017; Helse og omsorgsdepartementet, 2015; Norvoll & Fodstad, 2011). Samarbeid mellom kommuner kan dermed betraktes som **brukervennlig** i mindre kommuner med mer «gjennomsiktige» samfunn.

### **Metodekritikk**

Gjennom forskningsprosessen er det foretatt noen valg som begrenser studien. For det første undersøker studien kun erfaringer fra fagfolk fra et RPH-tilbud i et begrenset geografisk område. Det hadde vært interessant å undersøke øvrige RPH-tilbud eller liknende lavterskeltjenester med sammenliknbare innbyggertall. Her kunne **muligheter og hindringer** med en interkommunal organisering blitt sett i lys av mer generelle organisatoriske, faglige eller personlige faktorer som kan være gjenkjennbart i andre kommuner, uten en interkommunal kontekst. En slik sammenlikning kunne styrket gyldigheten til studien. Metodisk kunne en mer deltakende tilnærming som inkluderer alle samarbeidsaktørene i en feltstudie, bidratt til et mer nyansert bilde av samhandling og samarbeid i praksis. Det gjelder også i forhold til personlige faktorer som engasjement og kompetanse hos personer, utover RPH-tilbudet. Ettersom RPH-tilbudet rettes mot en ny eller bredere målgruppe bør diskusjon om fleksibilitet og tilgjengelighet tolkes med nøkternhet. **Det ville vært en styrke i denne studien å innhente brukererfaringer fra målgruppen omkring tilgjengelighet og fleksibilitet og sammenliknet med brukergrupper med mer langvarige eller komplekse hjelpebehov. Å undersøke** om RPH som standardisert og spesifikk metode møter behovet for fleksibilitet i behandlingen for denne målgruppa, burde vært undersøkt i framtidige studier. Å undersøke nærmere sammenliknbare tjenestetilbud og kommunestørrelser, kunne gitt et mer nyansert bilde av funnene. Spesielt i forhold til økende grad av interkommunalt samarbeid hvor kommunepsykologer er en av aktørene (NAPHA, 2016).

### **Konklusjoner og implikasjoner for praksis**

Samlet sett viser studien at det er flere organisatoriske og faglige gevinster med å organisere et psykisk helsetjenestetilbud interkommunalt. En målrettet styrking av ansattes kompetanse bidro til faglig robusthet. Fra et innbyggerperspektiv bidro samarbeidsløsningen til økt grad av fleksibilitet og tilgjengelighet, blant annet gjennom å få hjelp utover egne kommunegrenser. Mål - og resultatstyring i helse - og omsorgstjenestene kan være en

utfordring når ledere skal argumentere for å utvikle nye løsninger. En omlegging til tjenesteutvikling basert på systematiske tilbakemeldinger fra brukere kan gi lederne flere bein å stå på i dialogen med politikerne.

Studien som denne artikkelen bygger på, tar utgangspunkt i ett interkommunalt samarbeid. Likevel er det grunn til å tro at analyse av funnene og artikkelens diskusjonsdel tilfører ny og relevant kunnskap om muligheter og utfordringer i drifting av et interkommunalt samarbeid. **For å møte et behov for likeverdige helsetjenestetilbud uavhengig av bosted samt et økende kommunalt krav om spesialiserte psykiske helsetjenester, er det et behov for å løfte interessen for interkommunale samarbeid mellom små kommuner.** Interkommunalt samarbeid mellom mindre kommuner om tjenester som RPH kan være et steg i retning av et kvalitativt bedre tjenestetilbud.

## Referanser

- Blåka, S. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: status etter Opptappingsplanen*. (NIBR-rapport 2012:9). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brandtzæg, B.A. (2006). Evaluering av forsøk med interkommunale barnevern. *TF- rapport nr. 229*. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Brandtzæg, B. A., Lunder, T. E., Aastvedt, A., Thorstensen, A., Groven, S., & Møller, G. (2019). *Utredning om små kommuner*. Telemarksforskning. TF-rapport, (473).**
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bruland, I. O., & Grov, E. K. (2016). Kompetanseutvikling knytt til førebyggjande psykisk helsearbeid i kommunen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(04), 306-317.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (Red.). (2014). *Samhandling og kvalitet i helse-organisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Dyhr-Nielsen, R. & Støkken, A. M. (2014). Samarbeidsforskning som innovasjon. I: A.M. Støkken (Red.), *Innovasjon og utvikling i sosialt arbeid* (s.143-162). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Emily, H., & Valerie, M. (2014). *OECD Health Policy Studies Making Mental Health Count The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Publishing. Paris.

- Fjone, H. H., & Johansen, O. (2018). *BYN-prosjektet. Lokale helsetjenester i Bindal og Ytre Namdal «Robuste fagmiljø». Følgeforskning delrapport 3.* (FoU rapport nr. 23). Bodø. Nord Universitet.
- Follevåg, B. M. (2014). *Frå prosjekt til varige ordningar: Organisatoriske 'grep' som kan bidra til å styrke kompetanse og samarbeid innan rehabilitering og førebyggjande helsearbeid: Rapport frå Interkommunalt Samarbeidsprosjekt 2011-2013.* (Rapport nr. 5/2014). Høgskulen i Sogn og Fjordane.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2016). *Rask psykisk helsehjelp.* Hentet 20.06.19 fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/rask-psykisk-helsehjelp> .
- Helse og omsorgsdepartementet (2015). Meld. st. nr. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste—nærhet og helhet.* Hentet 04.01.20 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Holen-Rabbersvik, E. (2019). *Inter-municipal cooperation in health care services: coping with the wickedness?* Doktorgradsavhandling, Senter for e-helse, Universitetet i Agder.
- Homsy, G. C., & Warner, M. E. (2014). Intermunicipal cooperation: The growing reform. *The Municipal Yearbook* 2014, 55.
- Iversen, H. P., & Folland, T. (2014). Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene: organisering og ledelse. *Kommunenettverket.*
- Jacobsen, D. I. (2014). *Interkommunalt samarbeid i Norge.* Oslo: Fagbokforlaget.
- Jensen, B. (2014). Samarbeid mellom kommuner og interkommunalt samarbeid. Hentet 20.04.20 fra: <https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/196653/jensen.pdf?sequence=1>
- Kaehne, A. (2018), Values, interests and power: the politics of integrating services. *Journal of Integrated Care*, Vol. 26 No. 2, pp. 158-168. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2018-0007>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery; tradisjoner, fornyelser og praksiser.* Oslo: Gyldendal.
- Kaspersen, S.L., Lassemo, E., Kroken, A., Ose, S.O., Ådnanes, M. (2018). *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020.* (Sintef-rapport 2018:01004).
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2019). Effectiveness of prompt mental health care, the norwegian version of improving access to psychological therapies: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1-16.
- Kommunal -og moderniseringsdepartementet (2014). *Kriterier for kommunestruktur: Sluttrapport.* Hentet 11.02.19 fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/8f7e292dbeb24230beb2e58592f4949e/kriterier\\_for\\_god\\_kommunestruktur\\_sluttreppport.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8f7e292dbeb24230beb2e58592f4949e/kriterier_for_god_kommunestruktur_sluttreppport.pdf) .
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvangarsnes, M., Hole, T., Teigen, S., & Teige, B. K. (2016). Samhandlande praksis som innovasjon. Erfaringar med øyeblikkelig hjelp døgnopphald i kommunar i rurale strok. *Innovasjon og entreprenørskap* (s. 188-209). Doi: 10.18261/9788215027623-2016-10.
- Landheim, A., Hoxmark, E. M., Aakerholt, A., & Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*. Rapport nr, 3/2017. N-ROP, Høgskolen i Innlandet og NAPHA. Hentet 24.04.20 fra: <https://www.napha.no/multimedia/7931/ACT-FACT-i-rurale-strok>
- Leknes, E., Gjertsen, A., Tennås Holmen, A. K., Lindeløv, B., Aars, J., Sletnes, I., Røiseland, A. (2013). *Interkommunalt samarbeid. Konsekvenser, muligheter og utfordringer*. (IRIS rapport 8/2013).
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En Innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrvold, T. M. & Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. (NIBR-rapport nr. 4/2009).
- NAPHA (2016). *Psykolog – en medspiller*. Rapport nr. 1/2016. Hentet 24.01.20 fra: <https://www.napha.no/attachment.ap?id=2897>
- Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnes, M. & Ose, S.O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske helseproblemer* (SINTEF rapport nr. A2456).
- Norvoll, R., & Fodstad, H. (2011). Etter Opptappingsplanen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 03 / 2011. Volum 8, s. 194-195.
- NSD (2017). *Norsk senter for forskningsdata*. Hentet 02.01.2020 fra: <http://www.nsd.uib.no/> .
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., & Børve, C. S. (2018a). *En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer* (SINTEF-rapport 2018:00201).
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Ådnes, M., Lassemo, E., & Kalseth, J. (2018b). *Kommunalt psykisk helse -og rusarbeid 2018. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF rapport, IS-24/8
- Ramsdal, H. (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet: noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Volum 4 (02), s. 5-17.
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering, tvang og brukerbevegelse. I: R. Norvoll, (red). (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.214-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 26.04.20 fra: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge\\_2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_2018.pdf)
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommune - barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565). Hentet 22.01.20 fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering> .
- Smith, O.R.F., Alves, D.E., Knapstad, M. (2016). *Rapport: Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, Folkehelseinstituttet. Hentet 12.12.19 fra:



<https://fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/> .

SSBa (2019). *Folkemengde*. Hentet 20.04.20 fra: <https://www.ssb.no/befolkning>

SSBb (2019). *Befolkningens utdanningsnivå*. Hentet 01.12.19 fra:

<https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar> .

Stamsø, M.A. (2017). Prioritering av helsetjenester I: M.A. Stamsø (Red.). *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse og sosialpolitikk* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 14-19.

<https://doi.org/10.1017/S1121189X00002621>

Tjerbo, T., Zeiner H. & Helgesen, M. 2012. *Kommunalt psykisk helsearbeid 2012*. Oslo: NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning.

Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trane, K, Orrem K. & Fleiner R.L. (2018). *God hjelp når det trengs. Lavterskeltilbud i kommunene til voksne med lettere psykisk helse- og rusutfordringer*. Rapport nr. 2/2018. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Vabø, A., & Kårstein, A. (2014). *Robuste fagmiljøer. En litteraturgjennomgang*. NIFU-arbeidsnotat 12/2014. Institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Hentet 03.10.19 fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2358896>.