

Koordinering i psykiatrien – et grenseflateproblem?

Vi beskriver i denne kronikken et pågående forskningsprosjekt som tar for seg problemene med koordinering og samhandling i psykiatrien. Hensikten med prosjektet er å beskrive hvordan koordinering i psykiatrien går til og under hvilke vilkår de ulike etatene skal koordinere sine tjenester. Som utgangspunkt for å studere koordinering og samarbeidsrelasjoner undersøkes ulike grenseflater som er med på å definere forholdet mellom tjenestene; faglige, funksjonelle og økonomiske. Vi identifiserer tre utfordringer i denne grenseproblematikken.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Katarina Østergren

katarina.ostergren@nhh.no
Norges Handelshøyskole
Institutt for regnskap, revisjon og rettsvitenskap
Helleveien 30
5045 Bergen

Gunn Synnøve Dahl Reisæter

Kompetanseeininga
Psykiatrisk divisjon
Bergen

Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Dette innebærer at pasienten vil ha behov som varierer i forhold til type og omfang av tjenester over tid. Behovene varierer også mye mellom brukerne/pasientene, slik at det blir vanskelig å standardisere tilbudene. I dagens system er tjenestetilbudet organisert i tre nivåer etter funksjon; kommune, distriktpsikiatrisk senter og sykehus. Det stiller store krav til koordinering av tilbudet dersom brukerne skal oppleve tilbudet som en sammenhengende tiltakskjede. Spesielt stor er utfordringene

i forhold til det som kan oppfattes som gråsoner mellom tjenestene.

I denne kronikken vil vi beskrive det nylig påbegynte forskningsprosjektet *Koordinering og ressursfordeling i psykiatrien* som er et samarbeidsprosjekt mellom Rokkansenteret og Norges Handelshøyskole. Hensikten med prosjektet er å beskrive hvordan koordinering i psykiatrien går til og under hvilke vilkår de ulike etatene skal koordinere sine tjenester. Som utgangspunkt for å studere koordinering og samarbeidsrelasjoner undersøkes ulike grenseflater som er med på å definere forholdet mellom tjenestene; faglige, funksjonelle og økonomiske. Disse grenseflatene trenger ikke være sammenfallende med eier-, organisasjons- eller tjenestegrensene. I skjæringspunktene kan det oppstå gråsoner og motstridende interesser som gir rom for uenighet, mistillit og manglende samhandling. Dette kan dreie seg om samarbeidsproblemer som følge av ulik faglig tilnærming, ansvars- og rolleforståelse og forventninger samt ulike og til dels motstridende økonomiske incentiver.

Tidligere forskning viser at koordinering og samordning mange ganger er vanskelig å lykkes med også innen én organisasjon (1, 2). Å lykkes med koordinering mellom organisasjoner er enda mer komplisert. Det finnes lite forskning på styring og samordning i nettverksbaserte systemer der organisasjonene som samhandler, har ulike eiere (3). I empirisk forstand er nettverk av organisasjoner ofte blitt oppfattet som en restgruppe av organisasjonsformer som verken har karakter av et hierarki eller et marked, men som derimot består av former med særlige karakteristika eller egenskaper som understøtter og sammenkjemper hierarkiske og markedsbaserte former.

Vi oppfatter psykiatrinettverket som en uformell, forhandlet orden, som skapes i interaksjon mellom selvstendige aktører med felles interesse innen et saksområde eller aktivitet. Alle organisasjonene har som målsetting å skape et tilfredsstillende tilbud til psykisk syke mennesker. For å forstå problemene som oppstår mellom etatene i arbeidet med å skape god koordinering, har vi gjennomført 16 intervjuer og deltagende observasjon ved et psykiatrinettverk (sykehus, distriktpsikiatrisk senter og kommune). I tillegg har vi gått igjennom sekundærdata i form av rapporter og doku-

menter som behandler koordinering og samhandling. På den måten får vi frem hvordan de ulike aktørgruppene oppfatter sin situasjon og hvilke hindringer de ser i forhold til å skape god koordinering.

I intervjuene har det kommet frem at det såkalte koordineringsproblemet, avveiningen mellom å spesialisere enheter eller å ha alt i samme enhet, langt fra er de eneste problemene ved koordinering i psykiatrien (4). Her fokuserer vi ikke på hvorvidt det er behov for strukturelle endringer, men på andre utfordringer ved koordinering. Generelt er vi interessert i hvordan de ulike etatene representanter håndterer at de er utsatt for en kombinasjon av ulike styringsformer; hierarkisk-, markeds- og profesjonsstyring. Vi er spesielt interessert i hvordan etatene oppfatter sin rolle og sin funksjon i et større system, og hvilken betydning det kan ha for samarbeidet mellom etatene. Videre er vi opptatt av hvordan nyere reformer påvirker vilkårene for koordinering i grenseflaten. Diskusjonen om koordinering har handlet altfor lite om grenseflateproblematikk.

Faglige, økonomiske og funksjonelle grenseflater

I studien fremgår det at det er i grenseflatene mange av koordineringsproblemene oppstår. De faglige grensene kolliderer med hverandre. Informantene fra kommunen, og til en viss grad fra distriktpsikiatriske senter, mente at sykehusets arbeidsmetoder preges av klassisk medisinsk tenkning, reduksjonisme, og derfor er noe annerledes enn tenkningen som ligger til grunn i de kommunale tjenestene og distriktpsikiatriske senter, som har en mer sosial- og tverrfaglig profil. De ulike perspektivene kan føre til at det skapes feilaktige forventninger hos de ulike etatene.

De økonomiske grenseflatene forstyrrer hverandre. En måte å tolke våre data på er at de ulike etatene prøver å tilpasse seg de ulike økonomiske incentivene som er blitt innført i sektoren. Disse er kommet til på ulike tidspunkter og med ulike hensikter. Fastlegereformen har gitt fastlegen nye føringer som gjør at det blir gunstig å sende pasienten fra seg (til psykiatrien) (5). Poliklinisk virksomhet har fått aktivitetsbaserte incentiver for å øke produksjonen, mens sykehuset fortsatt har en basisbevilgning. Dette gjør at ikke alle tilskyndingsmidler får den virkning de er tenkt å ha, men at de

i stedet ødelegger for hverandre. Grense-
dragningen mellom de økonomiske enhe-
tene aktualiserer spørsmålet om hvordan de
ulike incentivene slår ut i psykiatrien. Det
er derfor viktig å forstå hvilke konsekvenser
disse har på samhandling i psykiatrien og
hvordan samspillet mellom dem virker inn.

Funksjonelle grenser er uklare. Det finnes
ikke et homogent bilde i nettverket av etater
om hvilken funksjon de ulike etatene skal
ha. Med andre ord samsvarer ikke de for-
ventningene de har til hverandre. Informan-
tene ved sykehuset mente det var helt klart
hva distriktpsykiatriske sentre skulle være,
og at «deres» distriktpsykiatriske senter
ikke fungerte slik. En informant fra syke-
huset mente at distriktpsykiatriske sentre
hadde definert seg vekk fra det sykehuset
trengte. De poliklinikkene og psykiatriske
sykehjemmene som tidligere dekket syke-
husets behov for å sende pasientene videre,
er nå blitt en del av distriktpsykiatriske
sentre. Informantene ved sykehuset opp-
levde at det var problemer med å få ferdig-
behandlede pasienter overført til distrikt-
psykiatriske sentre. Roller og forventninger
i grenseflater er sentralt for å få koordine-
ring og samordning til å fungere. Det er
derfor viktig å studere rolleforståelse og
forventninger hos de ulike etatene for
å forstå hvordan koordineringen fungerer.

De siste årene har det kommet en rekke nye
reformer som omfatter tema som griper inn
i flere av grenseflatene. Helsereformen
(2002) er kanskje en av de mest omfattende
(6), men det er også mange andre reformer
som kan nevnes; enhetlig ledelse (1995/
1999), innsatsstyrt finansiering (1997), nye
helselover (1999), opptrappingsplanen for
psykisk helse (1998) og fastlegereformen
(1999). De griper på ulike måter inn i vil-
kårene for koordinering i grenseflatene.
Noen støtter opp under hverandre, mens
andre kan se ut til å medføre vilkår som
vanskelig lar seg forene.

Tre utfordringer

Helsesektoren er et lappeteppes med ulike
grenseflater som møter hverandre. Det er
ikke bare de organisatoriske grensene i form
av ulike etater, men like mye faglige, økono-
miske og funksjonelle grenser som skal
krysses. Studiens foreløpige resultater peker
på at disse grensene ikke tas hensyn til ved
samordning og koordinering. I den ufor-
melle dialogen som er så viktig for samord-
ning og koordinering mellom organisasjoner
dominerer først og fremst de ulike faglige
språk og vurderinger. Andre arenaer har
frem til nylig vært mindre viktig og mer dis-
tanserte fra virksomheten. De økonomiske
incentivene for koordinering i form av
resultatregnskap skjer i hovedsak i termer av
finansielle resultatmål. Politikken som styrer
prioriteringer og på den måten også hvilken
funksjon psykiatrien skal ha, er blitt mer dis-

tansert med den nye helsereformen, og er
også sett på med mistro fra profesjonene.

Institusjonene i psykiatrien konfronteres
med tre utfordringer. Det første handler
om de økonomiske grenseflatene og ulike
finansieringsordninger som gir ulike incen-
tiver; kommunehelsetjenesten som i hoved-
sak er rammefinansiert (unntatt fastlegen og
fysioterapitjenesten) og spesialisthelsetje-
nenesten som sammen med poliklinisk virk-
somhet i tillegg til sin ramme også er stykk-
prisfinansiert. Den økonomiske grense-
flaten blir tydeligere, og mange ulike
incentiver kombineres på en måte som gjør
det vanskelig å forutsi effektene. Det er
fortsatt svært dårlige metoder i psykiatrien
for å beskrive produksjon. I stedet for å ta
frem måletall som inkluderer kvalitetsmål,
er det mange ganger kun produktivitetsmål
som blir brukt (7).

Den andre utfordringen handler om de fag-
lige grenseflatene og de ulike profesjonene
som arbeider i psykiatrien. Det er dels
legene med sitt medisinske behandlingsper-
spektiv, men også psykologer og andre
helsefaglige grupperinger med et mer
sosialfaglig perspektiv (8, 9). Koordinerin-
gen blir forstyrret av ulike typer av faglig
tankegang som har ulike mål med virksom-
heten og som ser ulike løsninger for pasien-
ten. De faglige grenser finnes der og er blitt
enda tydeligere i og med at vi ser en for-
skyvning, fra vekt på sykehussektoren til
vekt på kommune og distriktpsykiatriske
sentre. Disse faglige grenser stemmer
verken overens med hverandre eller med
organisasjonens grenser.

En tredje utfordring henger sammen med
den distanse som psykiatrien har til politiske
prioriteringer og de grenseflater som dette
skaper i form av funksjoner. Hvilke
pasienter skal være hvor i psykiatrien?
Hvem bør prioriteres? Det råder uklarhet om
ansvar. Det pågår blant annet diskusjoner om
psykiatrien prioriterer tilbudet til de minst
syke, mens de aller sykeste får et dårligere
tilbud. Samtidig er helsebegrepet i endring.
Det defineres i dag svært vidt, sosiale pro-
blemer og mindre plager blir i økende grad
definert som sykdom. Dette gjelder også
innen psykiatri (10). Den økende tilgangen
til psykisk helsevern kan også bero på at
befolkningen faktisk er blitt sykere, eller på
at det er mindre stigmatiserende å motta
hjelp for psykiske problemer. Det kan kan-
skje også være at fastlegene lettere henviser
pasientene til psykisk helsevern.

Samordning og koordinering må ta hensyn
til alle disse grenseflatene. I dag finnes det
en mangel på arenaer der erfaringer, kom-
petanse etc. kan formidles, det finnes også
en mangel på forståelse for hverandres vir-
kelighetsoppfatning. Funksjonsgrensene
har et helt annet omfang enn det de faglige

grensene har, og for å kunne møtes må det
finnes en forståelse for de ulike grensesnit-
tene. Det finnes behov for et felles språk for
å skape en fruktbar dialog mellom ulike
aktører, fag og organisasjoner. Dialog kan
være både verbal og skriftlig.

Vi har her gitt et innblikk i psykiatrien og
de koordineringsutfordringer som finnes.
Samordningen har man prøvd å skape ved
hjelp av ulike reformer, men samordning
kan ikke bare skje ovenfra, den må også ha
fotfeste ute i virksomheten. Det er en sam-
ordning som trolig kommer til å se ulik ut,
avhengig av størrelse og satsingene i kom-
munen, i distriktpsykiatriske sentre og
andre lokale forhold.

Vi har også gitt et bilde av uklarheter knyttet
til hvordan koordinering bør gå til. Når man
snakker om uklarhet, så assosieres det
 gjerne med at noe er dårlig og må tyde-
liggjøres. Men uklarhet kan også skape
mulighet for variasjon og nytenkning.
Kanskje kan det derfor til og med være en
fordel at det er uklart hvordan koordine-
ringen skal gå til, særlig med tanke på at det
er ulike profesjoner som er vant til å kon-
trollere sitt arbeid og dets utforming relativt
selvstendig. Kanskje er det bra at det ikke
finnes én modell som skal fungere over alt.
I et samfunn der det blir flere organisasjoner
som får til oppgave å utdanne, utvikle, eva-
luere og sammenlikne, finnes det sterke
krefter som ønsker standardisering. Om
man vil beholde et mangfold i hvordan hel-
seorganisasjoner skal samarbeide og koordi-
nere sin virksomhet, må man fra et politisk
perspektiv eksplisitt verne om det.

Manuskriptet ble godkjent 5.8. 2005.

Litteratur

1. Mintzberg H. Structure in fives: designing effective organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.
2. Østergren K, Sahlin-Andersson K. Att hantera skilda världar: läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration. Stockholm: Svenska Landstingsförbundet, 1998.
3. Jørgensen TB, Vrangbæk K. Det offentlige styringsunivers: fra government til governance? Den danske magtudredningen. Århus: Århus Universitetsforlag, 2004.
4. Anthony RN, Govindarajan V. Management control system. Boston: McGraw Hill, 1998.
5. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice: changes in Norwegian physicians' perception of their gate keeper role. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 209-13.
6. Hagen T, Kaarbøe O. The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals. Health Policy 2005; e-publisert 11.8.2005.
7. Bretteville-Jensen AL, Kaarbøe Ø. Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2379-81.
8. Berg O. Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
9. Erichsen V. Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon. Bergen: Tano Aschehoug, 1996.
10. Lian O. Når helse blir en vare. Kristiansand: Høy-skoleforlaget, 2003.