

Trine Monica Myrvold og
Marit Kristine Helgesen

Kommunalt psykisk helsearbeid

**Organisering, samarbeid
og samordning**



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Kommunalt psykisk helsearbeid

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2008:32

Psykisk sykes levekår

NIBR-rapport 2008:16

Psykisk helse og psykisk sykdom
Innbyggernes kunnskaper og holdninger

NIBR-rapport 2007:2

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter

NIBR-rapport 2006:11

Kommunalt psykisk helsearbeid
Utviklingstrekk 2002-2005

Rapportene koster kr 250,-, og kan bestilles fra NIBR:

Gaustadalléen 21,
0349 Oslo

Tlf. 22 95 88 00

Faks 22 60 77 74

E-post til

nibr@nibr.no

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Trine Monica Myrvold
og Marit Kristine Helgesen

Kommunal psykisk helsearbeid

Organisering, samarbeid og samordning

NIBR-rapport 2009:4

Tittel: **Kommunalt psykisk helsearbeid.**
Organisering, samarbeid og samordning

Forfatter: Trine Monica Myrvold og
Marit Kristine Helgesen

NIBR-rapport: 2009:4
ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-777-4
Prosjektnummer: O-1885
Prosjektnavn: Evaluering av Opptrappingsplanens effekter
på kommunenes organisering av psykisk
helsearbeid

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd

Prosjektleder: Trine Monica Myrvold

Referat: Rapporten handler om utviklingen i
kommunenes organisering av psykisk
helsearbeid i perioden 2002 til 2008.
Opptrappingsplanen har ført til at psykisk
helsearbeid er bygget opp som kommunal
tjeneste. Rapporten ser på organisering av
arbeidet blant voksne og blant barn/unge. Små
kommuners utfordringer analyseres spesielt.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Februar 2009

Antall sider: 360
Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2009

Forord

Det foreliggende arbeidet utgjør sluttrapporteringen fra prosjektet *Evaluering av Opptrappingsplanens effekter på kommunenes organisering av psykisk helsearbeid*, finansiert av Norges forskningsråd under programmet for evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Trine Monica Myrvold er prosjektleder. Marit Kristine Helgesen har hatt ansvaret for den kvalitative delen av prosjektet, og har skrevet kapittel 7. Myrvold har skrevet kapitlene 1,2, 4, 5, 6 og 8. Kapittel 3 om metode og data er skrevet av begge forfatterne.

Prosjektet startet opp i 2001. Det har bestått av tre runder med spørreskjemaundersøkelser til samtlige norske kommuner om tiltak, kompetanseoppbygging og organisering i det psykiske helsearbeidet, samt to runder med case-studier gjennomført i et mindre antall kommuner. Spørreskjemaet er utarbeidet av SINTEF Helse og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i fellesskap.

De to første rundene med spørreundersøkelser og den første case-studien er rapportert tidligere (Myrvold 2004, 2006; Myrvold og Helgesen 2005).

Forfatteren takker samarbeidspartner hos SINTEF, Jorid Kalseth, for hyggelig og konstruktivt samarbeid rundt utarbeidelsen og revideringen av spørreskjemaene. Styringsgruppen for evalueringen skal ha stor takk for sine nyttige forslag og kommentarer underveis i prosjektet. Takk også til kommunene som har tatt seg tid til å delta i undersøkelsene!

Etter ønske fra styringsgruppen og Norges forskningsråd er rapporten organisert slik at et fylldig sammendrag gir de viktigste opplysningene om problemstillinger, sentrale funn, konklusjoner

og anbefalinger. For lesere som ønsker å gå mer i dybden i materialet, er det i sammendraget henvist til de ulike kapitlene. Selve rapporten kan slik sett oppfattes som et vedlegg, der analysene og drøftingene gjennomføres i mer detalj. For de som leser både sammendraget og kapitlene vil derfor rapporten som helhet bære preg av en del gjentakelser.

Et kortfattet sammendrag finnes i Vedlegg 6.

Oslo, februar 2009

Hilde Lorentzen
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	7
Figuroversikt	14
Sammendrag.....	15
Summary	43
DEL I INNLEDNING	48
1 Innledning.....	49
1.1 Opptrappingsplanens mål og satsinger.....	49
1.2 Spørsmål for evalueringen	51
2 Data og metode	53
2.1 Innledning	53
2.2 Surveyen til kommunene	53
2.3 Gjennomføring av casestudiene.....	56
3 Organisering av kommunale tjenester.....	63
3.1 Innledning	63
3.2 Om kommunale organiseringstrender	64
3.2.1 Flat struktur.....	65
3.3 Om integrasjon, samarbeid og samordning	69
DEL II KVANTITATIVE ANALYSER	73
4 Kommunalt samarbeid og koordinering i psykisk helsearbeid for voksne	74
4.1 Innledning	74
4.2 Spørsmål som belyses i kapitlet.....	76
4.3 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2008	77
4.4 Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet internt i kommunen.....	81
4.4.1 Tiltak for samordning.....	82

4.4.2	Nærmere om individuell plan.....	84
4.4.3	Et bredt og helhetlig tilbud: Involvering av tjenester	87
4.4.4	Rekruttering og kompetanseheving.....	96
4.4.5	Fagmiljøet i psykisk helsearbeid.....	99
4.4.6	Oppsummering: Organisering og samarbeid internt i kommunen	102
4.5	Samarbeid og samordning med instanser utenfor kommunen	103
4.5.1	Samarbeid med andre kommuner.....	103
4.5.2	Samarbeid med andrelinjen	107
4.5.3	Rådgivernes roller	112
4.5.4	Samarbeid med NAV	114
4.5.5	Samarbeid med brukerorganisasjonene	119
4.5.6	Oppsummering samarbeid med instanser utenfor kommunen	121
4.6	Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptappingsplanen lokalt	123
4.6.1	Vurderingen av egen kommunes innsats.....	123
4.6.2	Vurdering av utviklingen i kommunens tjenester til innbyggerne	124
4.6.3	Vurdering av årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen.....	129
4.6.4	Hva betyr formelle avtaler for samarbeid og tjenestetilgang?.....	132
4.6.5	Oppsummering vurdering av kommunens arbeid med Opptappingsplanen	135
4.7	Oppsummering kapittel 4.....	137
5	Organisering, samarbeid og koordinering i psykisk helsearbeid for barn og unge	142
5.1	Innledning	142
5.2	Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2008	144
5.3	Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.....	147
5.3.1	Samordningstiltak.....	147
5.3.2	Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med barn og unge?.....	150
5.4	Samarbeid mellom kommunen og andrelinjen i psykisk helsearbeid for barn og unge.....	153

5.5	Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen – tjenestene for barn og unge.....	155
5.6	Oppsummering kapittel 5.....	158
6	Småkommunenes psykiske helsearbeid.....	161
6.1	Innledning.....	161
6.2	Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2008.....	163
6.3	Samarbeid og samordning internt i kommunen: spiller kommunestørrelse noen rolle?.....	165
6.3.1	Tiltak for samordning.....	165
6.3.2	Bredden i involveringen av tjenester.....	169
6.3.3	Fagmiljøet i det kommunale psykiske helsearbeidet	174
6.3.4	Oppsummering: Organisering og samarbeid internt i kommunen.....	175
6.4	Samarbeid med instanser utenfor kommunen.....	177
6.4.1	Samarbeid med andre kommuner.....	177
6.4.2	Samarbeid med andrelinjen.....	179
6.4.3	Rådgivernes rolle.....	186
6.4.4	Samarbeid med Aetat og Trygdekontoret.....	187
6.4.5	Samarbeid med brukerorganisasjonene.....	191
6.4.6	Oppsummering: Samarbeid med instanser utenfor kommunen.....	193
6.5	Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen.....	195
6.5.1	Oppsummering: Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen.....	199
6.6	Oppsummering kapittel 6.....	200
DEL III KVALITATIVE ANALYSER.....		205
7	Organisering av kommunalt psykisk helsearbeid – 6 cases ..	206
7.1	Innledning.....	206
7.2	Overblikk over valgte organisasjonsløsninger.....	206
7.3	Overblikk over organisering i casekommunene.....	209
7.3.1	Enhetsmodellen: Egen enhet for psykisk helse- arbeid.....	209
7.3.2	Tjenestemodellen: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid.....	215
7.3.3	Integrert modell: Psykisk helsetjeneste integrert i annen tjeneste.....	222

7.3.4	Oppsummering: Organisering av psykisk helse- arbeid	224
7.4	Kommunal organisasjonskontekst	225
7.4.1	Flat struktur.....	226
7.4.2	Forvaltningsenhet	228
7.4.3	Ledelse	235
7.4.4	Helhetlig tjenestetilbud og ressurser	245
7.4.5	Oppsummering: Kommunal organisasjonskontekst	248
7.5	Samarbeid utover pleie- og omsorg.....	250
7.5.1	Horisontalt samarbeid i kommunen.....	251
7.5.2	Oppsummering: horisontalt samarbeid	261
7.5.3	Vertikalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten	262
7.5.4	Oppsummering: samarbeid med spesialisthelsetjenesten	266
7.6	Avslutning og diskusjon.....	267
DEL IV KONKLUSJONER		272
8	Oppsummeringer, konklusjoner og anbefalinger	273
8.1	Innledning	273
8.2	Oppsummeringer	274
8.3	Konklusjoner	286
8.4	Refleksjoner og anbefalinger:	295
Litteratur		299
Vedlegg 1	Spørreskjema del I-III	304
Vedlegg 2	Spørreskjema del IV	333
Vedlegg 3	Frafallsanalyse.....	339
Vedlegg 4	Tabeller	342
Vedlegg 5	Intervjuguide.....	354
Vedlegg 6	Kort sammendrag	357

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Kommuner og valgt organisasjonsmodell i materialet	59
Tabell 2.2	Oversikt over informantenes yrkestilhørighet og relevante videreutdanninger	62
Tabell 3.1	Hvor mange faktiske ledernivåer er det mellom administrasjonssjefnivået i kommunen og lederne for de utøvende tjenestene? Prosent 2004 og 2008 ...	66
Tabell 3.2	Typer administrative enheter som rapporterer direkte til administrasjonssjefnivået i kommunene. Prosent, absolutte tall i parentes. N= 326 og 311	67
Tabell 4.1	Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid for voksne, 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	79
Tabell 4.2	For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Hvor er det psykiske helsearbeidet plassert i kommuneorganisasjonen? 2005 og 2008	81
Tabell 4.3	Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon). 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	83
Tabell 4.4	Oppfatninger av individuelle planer, 2008. Prosent. N=**	87
Tabell 4.5	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? 2002, 2005 og 2008. Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”	89
Tabell 4.6	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”. 2008. Tall fra 2002 i (kursiv).....	89

Tabell 4.7	Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, 2002, 2005 og 2008. Prosent som sier samarbeidet er ”svært godt”	90
Tabell 4.8	Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means (1=Lite/ikke noe samarbeid, 4=Samarbeidet er svært godt)	91
Tabell 4.9	Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med planer innenfor psykisk helse? 2002, 2005 og 2008. Prosent av kommunene som svarer ”sterkt involvert” eller ”koordinerende ansvar” (evt. enhet for psykisk helsearbeid er ikke tatt med).....	93
Tabell 4.10	Antall ulike forebyggende tiltak iverksatt innenfor relevante tjenester. 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means (Min=0; Max=12).....	94
Tabell 4.11	Antall tjenester involvert i ulike forebyggende tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet, 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means (Min=0; Max=7) ...	95
Tabell 4.12	Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall ulike opplæringstiltak i tjenestene i 200, 2005 og 2008. Estimated marginal means (0=0 tiltak, 4=4 tiltak)	96
Tabell 4.13	Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen? 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means. (0=0 tjenester, 9=9 tjenester).....	97
Tabell 4.14	Hvilke tjenester er styrket med rekruttering i løpet av de siste tre årene? 2005 og 2008. Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet.	98
Tabell 4.15	Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer ”helt enig”. N=264-265 (N2008=179-182).....	100
Tabell 4.16	Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, etter organisasjonsmodell. 2005 og 2008. Estimated marginal means.....	101
Tabell 4.17	Inngår kommunen i noe tjenestesamarbeid med andre kommuner? 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	105
Tabell 4.18	Inngår kommunen i noe faglig samarbeid med andre kommuner? 2002, 2005 og 2008. Prosent.	105

Tabell 4.19	Inngår kommunen i tjenstesamarbeid eller faglig samarbeid med andre kommuner? 2008. Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet.	106
Tabell 4.20	Har kommunen noe samarbeid med 2. linjen? 2002, 2005 og 2008. Prosent	108
Tabell 4.21	Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS eller sykehjem? 2002, 2005 og 2008. Prosent ..	109
Tabell 4.22	Får kommunen besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten? 2002, 2005 og 2008. Prosent	110
Tabell 4.23	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne brukere? 2002, 2005 og 2008. Prosent	111
Tabell 4.24	Vurdering av voksne innbyggeres tilgang på andrelinjetjenester innfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008.	112
Tabell 4.25	Rådgiverens rolle, 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller ”i stor grad”	114
Tabell 4.26	Samarbeider kommunen med Aetat/NAV Arbeid? 2002, 2005 og 2008. Prosent	116
Tabell 4.27	Samarbeider kommunen med NAV Arbeid? 2008. Prosent	117
Tabell 4.28	Samarbeider kommunen med Trygdekontoret/ NAV Trygd? 2002, 2005 og 2008. Prosent	118
Tabell 4.29	Samarbeider kommunen med NAV Trygd? 2008. Prosent	119
Tabell 4.30	Samarbeider kommunen med brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse? 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	120
Tabell 4.31	Har kommunen etablert brukerråd eller tilsvarende knyttet til psykisk helsearbeid? 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	121
Tabell 4.32	Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005 og 2008. Prosent (N=253)	123
Tabell 4.33	Vurdering av kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet, etter organisasjonsmodell. 2008. Tall for 2005 i parentes. Prosent	124
Tabell 4.34	Vurderinger av utviklingen i tjenestene til ulike grupper i egen kommune. Prosent som svarer	

	”vesentlig bedre tilbud”. 2002 og 2005. N=254-265.....	126
Tabell 4.35	Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv). Prosent	128
Tabell 4.36	Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv). Prosent	128
Tabell 4.37	Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune. 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer ”svært viktig”. N=250-261 (2002), N=257-265 (2005) og N=185-189 (2008).....	130
Tabell 4.38	Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune, etter vurdering av kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008. Prosent som svarer ”svært viktig” hindring.....	132
Tabell 4.39	Kommunens vurdering av om samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen er en hindring i arbeidet, etter om kommunen har samarbeidsavtale eller ikke. 2008. Prosent.....	133
Tabell 4.40	Kommunens vurdering av voksne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester, etter om de har samarbeidsavtale eller ikke. 2008. Prosent	134
Tabell 4.41	Hvilken betydning har formelle avtaler mellom kommunen og andrelinjen for samarbeid og tjenestetilgjengelighet? Korrelasjon (Pearsons r). (N=175-182)	134
Tabell 5.1	Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge. Hovedkategorier 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	144
Tabell 5.2	Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge, detaljert oversikt. Prosent	146
Tabell 5.3	Samordning i psykisk helsearbeid for barn og unge, 2008 (2005-tall i kursiv). N=212	148
Tabell 5.4	Har kommunen etablert ansvarsgruppe (eller tilsvarende) som metode for samordning av tjenester	

	overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	149
Tabell 5.5	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? 2002, 2005 og 2008. Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”.....	151
Tabell 5.6	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? 2005. Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”.....	152
Tabell 5.7	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2002, 2005 og 2008. Prosent	154
Tabell 5.8	Vurdering av barn og unges tilgang på andrelinjetjenester innfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008.....	155
Tabell 5.9	Vurderinger av utviklingen i tjenestetilbudet til barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, etter organisasjonsmodell for arbeidet. 2008. Prosent.....	156
Tabell 5.10	Vurderinger av utviklingen i tjenestetilbudet til barn og unge med moderate og lettere psykiske vansker, etter organisasjonsmodell for arbeidet. 2008. Prosent	157
Tabell 5.11	Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv)	157
Tabell 5.12	Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv)	158
Tabell 6.1	Organisering av det psykiske helsearbeidet, etter kommunestørrelse. Prosent. 2008. Tallene for 2002 i (kursiv)	164
Tabell 6.2	Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for voksne og for barn/unge de tre siste årene? 2005 og 2008.....	165
Tabell 6.3	Andel kommuner som ikke benytter ulike typer samordningstiltak, på individnivå og på systemnivå. 2008 (tall for 2005 i kursiv). Prosent.....	166

Tabell 6.4	Utarbeider kommunen individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for langvarig hjelp? 2002, 2005 og 2008. Prosent.....	168
Tabell 6.5	Oppfatninger av individuelle planer. Prosent som sier seg "helt enig" i påstandene. 2008 og 2005. Estimated marginal means N=206-213 (2005) og N=157-160 (2008)	169
Tabell 6.6	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne? 2008. Prosent av kommunene som svarer at ulike tjenester er "I stor grad involvert".....	170
Tabell 6.7	Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge? 2008. Prosent av kommunene som svarer at ulike tjenester er "I stor grad involvert".....	171
Tabell 6.8	Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall opplæringstiltak i ulike tjenester, 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means. N=724.....	172
Tabell 6.9	Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptappingsplanen? 2002, 2005, 2008, Estimated marginal means. N=724	172
Tabell 6.10	Antall tjenester som er blitt styrket med rekruttering av personell gjennom Opptappingsplanen, 2005 og 2008. Estimated marginal means	173
Tabell 6.11	Vurdering av samarbeidet med ulike tjenester i psykisk helsearbeid, 2008. Prosent som svarer at samarbeidet med ulike tjenester er "svært godt".....	174
Tabell 6.12	Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune. Prosent som svarer helt enig. N=179-182. 2008. Tallene fra 2002 kursiv	175
Tabell 6.13	Interkommunalt tjenestesamarbeid, etter kommunestørrelse. Prosent. N=219. 2008. Tall fra 2002 i (kursiv)	178
Tabell 6.14	Interkommunalt faglig samarbeid, etter kommunestørrelse. 2008. Tall fra 2002 i (kursiv).....	179
Tabell 6.15	Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? Andel kommuner som svarer at det ikke er inngått noen formell avtale. 2002, 2005 og 2008.....	180
Tabell 6.16	Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? 2008. Prosent	181

Tabell 6.17	Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus eller sykehjem? Andel kommuner som svarer at andrelinjen sjelden rådfører seg med kommunen. 2002, 2005 og 2008.....	182
Tabell 6.18	Får kommunen besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at kommunen får besøk	183
Tabell 6.19	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne enkeltbrukere? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider	183
Tabell 6.20	Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider	184
Tabell 6.21	Hvordan vurderer du voksne innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet"	185
Tabell 6.22	Hvordan vurderer du barn og unges (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet"	186
Tabell 6.23	Rådgiverens rolle. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller "i stor grad". 2008. Tall for 2002 i (kursiv)	187
Tabell 6.24	Samarbeider kommunen med Aetat/NAV Arbeid? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer "Nei, det er ikke vanlig med møter"	188
Tabell 6.25	Samarbeider kommunen med Aetat/NAV Arbeid? Prosent. 2008. Tall for 2002 i (kursiv)	189
Tabell 6.26	Samarbeider kommunen med trygdekontoret/ NAV Trygd? 2002 og 2005. Prosent som svarer "Nei, det er ikke vanlig med møter"	190
Tabell 6.27	Samarbeider kommunen med trygdekontoret/ NAV Trygd? Prosent. 2008. Tall for 2002 i (kursiv)	191

Tabell 6.28	Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Andel som svarer at det er "Lite/ikke noe samarbeid". 2002, 2005 og 2008.....	192
Tabell 6.29	Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Prosent.2008. Tall for 2002 i (kursiv)	193
Tabell 6.30	Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005 og 2008. Prosent som svarer "Svært godt i forhold til innbyggernes behov"	196
Tabell 6.31	Utviklingen i tjenestene for ulike grupper. Prosent som svarer "vesentlig bedre tilbud". 2008. Tall fra 2002 i (kursiv).....	197
Tabell 6.32	Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune, etter kommunestørrelse. Prosent som svarer "svært viktig". 2008.....	199
Tabell 7.1	Casekommunenes organisering av psykisk helsearbeid for voksne 2003/2004, 2005/2006 og 2008	208

Figuroversikt

Figur 3.1	Eksempel på horisontal og vertikal integrasjon.....	71
-----------	---	----

Sammendrag

Trine Monica Myrvold og Marit Kristine Helgesen

Kommunalt psykisk helsearbeid

Organisering, samarbeid og samordning

NIBR-rapport 2009:4

Formålet med undersøkelsen

Analysene i denne rapporten kartlegger utviklingen i det kommunale psykiske helsearbeidet i perioden 2002 til 2008. I rapporten belyser vi følgende grupper av spørsmål:

- Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen i organisering vært over tid?
- Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?
- Makter kommunene å gi et bredt tilbud til innbyggere med psykiske problemer? Hvilke tjenester bidrar til det psykiske helsearbeidet i kommunen? Hvordan er samarbeidet mellom tjenestene?
- Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, NAV og brukerorganisasjonene?
- Hvilken betydning har organiseringen av det psykiske helsearbeidet for involvering av tjenester og for samarbeid internt og eksternt?

- Hvordan fungerer fagmiljøet i psykisk helsearbeid i kommunene? Hvilken betydning har organisering og ledelse for hvordan fagmiljøet oppleves å fungere?
- Hvordan er utviklingen i tjenestene for barn og unge? Hvordan sikres bredde og samarbeid i dette arbeidet?
- Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor? Hvilken utvikling kan man se i forhold til samarbeid og fagmiljø?

Data og metode

Dataene som analyseres i rapporten er hentet fra tre spørreskjemaundersøkelser sendt til alle norske kommuner i 2002, 2005 og 2008, samt to omganger med casestudier i et mindre antall kommuner.

Spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen består av to deler, ett omfattende skjema om ressursbruk og organisering i det psykiske helsearbeidet i kommunen, og et kort skjema om respondentenes vurdering av tjenester og samarbeidsrelasjoner (se vedleggene 1 og 2). Spørreskjemaene er sendt til kontaktperson/administrativt ansvarlig for psykisk helsearbeid i kommunen. Drøyt 56 prosent av kommunene returnerte spørreskjemaet i utfylt stand.

Frafallsanalyse av datamaterialet viser at det er relativt betydelige forskjeller mellom fylkene når det gjelder svarprosent, men at ingen landsdel er spesielt over- eller underrepresentert. I snitt har de kommunene som har besvart spørreskjemaet høyere folketall enn de som ikke har svart. Det er imidlertid små forskjeller når det gjelder kommuneøkonomi, dekningsgrader, og sosiale indikatorer. Levekårsindeksen samlet sett er så å si lik for de to gruppene av kommuner. Selv om kommunene i utvalget synes ganske representative for samtlige norske kommuner med hensyn til demografiske, økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer, kan det ikke utelukkes at det eksisterer skjevheter i materialet når det gjelder det psykiske helsearbeidet.

Skjemaene som ble sendt ut våren 2008 var en revidert utgave av skjemaene som ble brukt i 2005-undersøkelsen, som igjen var en revidert versjon av 2002-utgaven. Dette muliggjør sammenlikning av data på de tre tidspunktene, slik at vi kan studere hvordan

kommunenes implementering av Opptrappingsplanen utvikler seg over tid.

Analysene i rapporten er stort sett enkle rapporteringer av fordelinger og gjennomsnitt. Noe av fokuset ligger på hvilken betydning organisasjonsmodellen for det psykiske helsearbeidet har for bredden i involveringen av ulike tjenester, for samarbeidsforhold internt i kommunen og mellom kommunen og andre aktører. Da et fåtall kommuner har integrerte tjenester, og ingen i 2008 har ansvaret for psykisk helsearbeid lagt til rådmannens stab, velger vi ikke å ta disse modellene med i analysene av betydningen av organisasjonsmodell.

Casestudien

Casestudien består av to runder med intervjuer med ledere og medarbeidere i de tjenestene som yter psykisk helsetjenester til innbyggere i seks (syv) kommuner. Kommunene varierer i størrelse og organisering. Antallet intervjuede og hvilke posisjoner de innehar i kommunene, vil derfor også variere.

Utvalg av casekommuner er gjort ut fra flere hensyn. Vi har sett det som vesentlig å få med i materialet et knippe kommuner som kan illustrere noe av mangfoldet både i kommunenes *forutsetninger* for å drive psykisk helsearbeid, og i kommunenes *faktiske* implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Selv om de valgte kommuner kan gi et innblikk i variasjonen i kommunenes psykiske helsearbeid, kan observasjonene som gjøres i casestudien ikke generaliseres til hele populasjonen av norske kommuner.

Casestudiene er gjennomført for å få et bredere bilde av hvordan opptrappingsplanen gjennomføres i kommunene. Casestudiene retter oppmerksomheten spesifikt mot organisering av det psykiske helsearbeidet, og det er sett på hvilke faktorer som virker fremmende eller hemmende for arbeidet med psykisk helse i kommunene.

Sentrale funn

Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Kapittel 4)

Organisering og samarbeid internt i kommunen

I løpet av evalueringsperioden 2002 – 2008 har det vært en klar økning i andel kommuner som har en egen enhet for psykisk

helsearbeid rettet mot voksne. Samtidig er det en nedgang i andelen kommuner som sier de har det psykiske helsearbeidet som en egen tjeneste innenfor en enhet med større ansvarsområde. Det er nå nesten ingen kommuner som sier at de har en integrert modell for psykisk helsearbeid, dvs. at arbeidet er fullstendig integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat.

For de kommunene som har psykisk helsearbeid organisert innenfor et større tjenesteområde har det de senere årene skjedd store endringer i hvor i kommuneorganisasjonen det psykiske helsearbeidet er plassert. Mens utviklingen tidligere gikk i retning av at arbeidet ble plassert innenfor enheter som primært driver med helsetjenester, viser tallene fra 2008 at en større del av kommunene igjen har lagt det psykiske helsearbeidet til pleie- og omsorgstjenesten.

De aller fleste kommunene har iverksatt ulike tiltak for å koordinere tjenestene til innbyggere med psykiske problemer og lidelser. I løpet av Opptrappingsperioden har det vært en klar økning i andelen kommuner som rapporterer at de bruker individuell plan og ansvarsgrupper. Til tross for dette er det fremdeles en god del kommuner som har liten faktisk erfaring med å benytte individuell plan. Holdningene til individuelle planer er stort sett positive, selv om mange synes det er ressurskrevende å utarbeide slike planer.

I siste halvdel av Opptrappingsplanen er det satt fokus på fastlegenes rolle i kommunenes psykiske helsearbeid. Analysene viser at legetjenesten over tid er blitt mer involvert i arbeidet. Samarbeidet med legene oppleves også å ha blitt bedre, på lik linje med samarbeidet med barnehager/grunnskoler og helsestasjons-/skolehelsetjenesten. Det foreligger klare indikasjoner på at skolene, helsestasjonene og skolehelsetjenesten er blitt sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet de senere årene. Disse tjenestene har iverksatt betydelig flere forebyggende tiltak, og de er – i større grad enn andre tjenester – blitt styrket med rekruttering knyttet til psykisk helsearbeid. Alt i alt ser det ut til at tjenester som er rettet mot store deler av befolkningen i større grad involveres i det psykiske helsearbeidet, mens tjenester som har å gjøre med mer marginale grupper, som barnevernet og sosialtjenesten, i noe mindre grad involveres. Dette kan sies å være i tråd med satsingene i Opptrappingsplanen. Samtidig er det visse kommunale tjenester,

bl.a. innenfor kultur, som i liten grad trekkes med i arbeidet rettet mot innbyggere med psykiske problemer og lidelser.

Fagmiljøet innen psykisk helsearbeid vurderes som bedre i 2008 enn seks år tidligere. Et klart flertall av kommunene mener at Opptrappingsplanen har bidratt til å styrke fagmiljøet. Det er små forskjeller i vurderingen av fagmiljøet mellom kommuner med ulike modell for organisering av det psykiske helsearbeidet. Kommuner med tjenesteorganisering har imidlertid en noe større tendens enn kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid til å mene at fagmiljøet blir for lite og at folk med kompetanse spres på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen, snarere enn å samles i et sterkere faglig miljø.

Samarbeid med instanser utenfor kommunen

Til tross for at Helsedirektoratet i veilederen fra 2005 anbefaler kommunene å samarbeide om administrative oppgaver og tjenester knyttet til brukere med omfattende psykiske problemer, har det skjedd liten utvikling av det interkommunale samarbeidet de siste tre årene. Noen flere kommuner rapporterer om samarbeid om sysselsetting og arbeid, men det er færre som sier at de inngår i et faglig samarbeid med andre kommuner. Sammenliknet med kommuner med en egen enhet for psykisk helsearbeid, har kommuner som har det psykiske helsearbeidet plassert som en tjeneste innenfor en større enhet oftere samarbeid med andre kommuner, først og fremst i form av felles kurs og veiledning.

Fra 2005 har myndighetene vært eksplisitte i sine forventninger om at kommuner og andrelinjetjenesten etablerer formelle samarbeidsavtaler. Vi finner også en klar økning i rapporteringen av slike avtaler fra 2005 til 2008. Særlig sterk er økningen i avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om rutiner ved utskrivning. På direkte spørsmål til kommunene om de får delta i beslutninger knyttet til utskrivningsprosessen fra sykehus, DPS og sykehjem, er det imidlertid beskjedne endringer i svarene. Det kan med andre ord se ut til at større bruk av formelle avtaler foreløpig bare i begrenset grad har endret andrelinjens faktiske atferd mht. å trekke med kommunene ved utskrivning av pasienter.

De siste tre årene har det skjedd en økning i andelen kommuner som får besøk av ambulerende team fra andrelinjen. To av tre

kommuner får nå besøk av ambulerende team. Det er også flere kommuner som mottar veiledning til faste tider fra andrelinjen.

Kommunene vurderer voksne innbyggers tilgang på tjenester fra andrelinjen som klart bedre i 2008 enn tidligere. Bedringen i tilgangen på tjenester ser ut til å ha økt jevnt i perioden fra 2002 til 2008.

Sammenliknet med 2002 oppfatter kommunene rådgiverne for Opptrappingsplanen hos fylkesmennene i 2008 mer som kontrollører, men også mer som støttespillere. Det synes ikke å eksistere noen klar konflikt mellom de ulike rollene til rådgiverne: rollen som overordnet kontrollør går i noen grad hånd i hånd med rollen som støttespiller, dialogpartner og pådriver.

Kommunene forventes å samarbeide med NAV Arbeid og NAV Trygd (tidligere Aetat og Trygdekontoret) om innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Over tid er det skjedd en jevn økning i kommunenes kontakt med disse instansene. Økningen er størst for kommunenes samarbeid med NAV Arbeid om enkeltbrukere. Et fåtall kommuner har samarbeidsmøter med NAV på overordnet nivå.

Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene har utviklet seg positivt i hele perioden fra 2002 til 2008. Det er nå betydelig færre kommuner som sier at de ikke har noe samarbeid med brukerorganisasjonene, og det er en klar økning i andelen kommuner som oppgir å ha brukerråd eller tilsvarende knyttet til sitt psykiske helsearbeid.

Vurdering av kommunens arbeid med Opptrappingsplanen

Kommunene vurderer sin egen innsats innenfor psykisk helsearbeid som betydelig bedre i 2008 enn i 2005. Dobbelt så høy andel kommuner mener egen innsats er "svært god" nå sammenliknet med for tre år siden. Kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid er noe mer tilfreds med innsatsen enn kommuner som har det psykiske helsearbeidet som en tjeneste innenfor en større enhet.

Det ligger fra statens side ingen entydige føringer på kommunenes prioriteringer innenfor det psykiske helsearbeidet. Vår undersøkelse tyder på at tjenestene til alle gruppene av psykisk syke er bedret i perioden fra 2002 til 2008. Tjenestene til barn og unge har

opplevd den største bedringen, men tilbudet til denne gruppen var svært dårlig i utgangspunktet.

Vurderingen av bedringen i tilbudet henger sammen med hvordan kommunene opplever utviklingen i egne tjenester for psykisk syke. Kommuner som synes egen innsats på dette området er svært god, mener i større grad at tilbudet til voksne med lette eller alvorligere problemer er blitt bedre. Vi finner ingen tilsvarende sammenheng mellom tilgangen på andrelinjetjenester og vurdering av bedring i tilbudet. Kommunene synes med andre ord å forklare bedringen i tilbudet til mennesker med psykiske problemer først og fremst med kommunenes egen innsats.

Kommunenes bedrede økonomi de siste par årene ser ut til å innebære at kommunene opplever økonomien som et mindre problem for implementeringen av Opptrappingsplanen. Sammenliknet med tidligere sees nå problemer knyttet til kunnskap om psykisk helsearbeid, antall ansatte i det psykiske helsearbeidet og lite hensiktsmessig organisering som en større hindring for arbeidet med Opptrappingsplanen. Også samarbeidsproblemer med andrelinjetjenesten oppleves som en viktig hindring, til tross for økningen i etableringen av formelle samarbeidsavtaler. Nærmere analyser viser at det er små forskjeller i vurderingen av samarbeidsproblemer med andrelinjen mellom kommuner som har samarbeidsavtale og kommuner som ikke har slik avtale. Samarbeidsavtaler ser heller ikke ut til å ha betydning for kommunenes vurdering av egne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester.

Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Kapittel 5)

Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge

Kommunene organiserer i stadig større grad sitt psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge i en egen tjeneste plassert innenfor en større enhet med et bredere ansvarsområde. En av åtte kommuner har en egen enhet som yter tjenester til barn og unge med psykiske problemer og lidelser. Så å si alle disse kommunene har arbeidet for barn og unge organisert i samme enhet som arbeidet for voksne. Bare én av ti kommuner oppgir nå å ha en integrert modell for psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge.

Mens helsestasjonstjenesten tidligere utgjorde et helt sentralt tilknytningspunkt for det psykiske helsearbeidet for barn og unge, går utviklingen nå i retning av større variasjon i tilknytningen.

Det er stor stabilitet i ulike samordningstiltak i det psykiske helsearbeidet. De aller fleste kommunene har felles tiltak for barn/unge og voksne. Svært få kommuner har egne tiltak rettet mot samordning av arbeidet for barn og unge.

På noen områder har det vært en økning i bruk av samordnende tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer. Flere kommuner benytter bestillekontor og ansvarsgrupper. Det har også vært en økning i bruken av individuell plan overfor denne gruppen, men fremdeles har en del kommuner liten erfaring i å utarbeide individuelle planer for barn og unge.

I perioden fra 2002 til 2008 synes det å ha skjedd en klar endring i involveringen av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge. Utviklingen har skjedd som en dreining bort fra tjenester som særlig møter barn i vanskelige situasjoner – som barnevernet og sosialtjenesten – til tjenester som møter de fleste barn og unge, som helsestasjons-/skolehelsetjenesten og legene.

Det synes å være ganske bred involvering av kommunale tjenester i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Samarbeidet med helsestasjonene, skolehelsetjenesten, barnehager og grunnskoler har også utviklet seg positivt de senere årene.

Samarbeid mellom kommunen og andrelinjen i psykisk helsearbeid for barn og unge

Mens det er flere kommuner som sier at de får besøk av ambulante team knyttet til voksne med psykiske vansker, er det en reduksjon i andelen kommuner som sier de får slik hjelp fra andrelinjen til barn og unge. På den annen side er det nå flere kommuner som får fast veiledning til denne gruppen fra andrelinjen.

Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen – tjenestene for barn og unge

Kommunene synes ikke det har skjedd noen vesentlig bedring i barn og unges tilgang på andrelinjetjenester de siste tre årene. Fremdeles mener halvparten av kommunene at barn og unges tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

Kommunene mener det har skjedd en klar bedring i tilbudet til barn og unge med psykiske problemer og lidelser i perioden fra 2002 til 2008. Kommuner som synes egen innsats innenfor psykisk helsearbeid er svært god, vurderer bedringen i tilbudet som vesentlig bedre enn kommuner som synes innsatsen er dårlig.

Småkommunenes psykiske helsearbeid (Kapittel 6)

Organisering og samarbeid internt i kommunen

Det er fremdeles en tendens til at større kommuner i større grad enn mindre kommuner har egen enhet for psykisk helsearbeid. Ellers er det nå relativt små forskjeller i organisering mellom kommuner av ulik størrelse. Også når det gjelder tendensen til å omorganisere det psykiske helsearbeidet finner vi nå større likhet mellom store og små kommuner.

Små kommuner har gjennomgående etablert færre tiltak for samordning enn større kommuner, men denne tendensen er svekket de siste tre årene.

Mens det i 2002 var store forskjeller mellom kommunene når det gjaldt erfaring med utarbeidelse av individuelle planer, benytter nå alle typer kommuner individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for slik plan. Mindre kommuner opplever litt flere problemer knyttet til arbeidet med individuelle planer. Bare når det gjelder involvering av alle aktuelle tjenester synes store kommuner å oppleve større utfordringer enn småkommunene.

Vi finner ingen enkle sammenhenger mellom kommunestørrelse og involvering av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet. Legetjenesten oppgis å være minst involvert i de største kommunene. For kultursektoren er det omvendt: kultur fremstår som noe mer trukket inn i det psykiske helsearbeidet i større kommuner enn i små.

Antall tjenester som får opplæringstiltak som ledd i kommunens implementering av Opptrappingsplanen øker med økende kommunestørrelse. Flere tjenester styrkes dessuten med flere ulike typer tiltak i de store kommunene.

Det er klare forskjeller mellom store og små kommuner i vurderingen av samarbeidet med ulike kommunale tjenester. Samarbeidet oppleves jevnt over bedre i de mindre kommunene. De største

kommunene skiller seg særlig negativt ut. Det er bare samarbeidet med kultursektoren som vurderes like godt i de største kommunene som i småkommunene.

De minste kommunene opplever i større grad enn mer folkerike kommuner enkelte problemer knyttet til fagmiljøet i egen kommune. Fagmiljøet blir ofte svært lite i småkommunene, og i en del av disse kommunene mener de at folk med kompetanse spres for mye på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen i stedet for å samles i et sterkere faglig miljø.

Samarbeid med instanser utenfor kommunen

Helsedirektoratet anbefalte i 2005 småkommunene å inngå interkommunale samarbeidsløsninger innenfor det psykiske helsearbeidet. Våre analyser viser at små kommuner har noe mer tjenestesamarbeid med andre kommuner i 2008 sammenliknet med tidligere. Likevel er det fremdeles et mindretall blant småkommunene som har samarbeid med andre kommuner om ulike typer tiltak rettet mot mennesker med psykiske vansker. Det synes ikke å ha vært noen tilsvarende økning i det interkommunale faglige samarbeidet innenfor psykisk helsearbeid, snarere tvert i mot.

Mens det tidligere var en klar tendens til at små kommuner i mindre grad enn større kommuner hadde formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen, er disse forskjellene nå sterkt redusert. Likevel synes de større kommunenes avtaler å omfatte flere forhold enn småkommunenes avtaler. De minste kommunene mener dessuten i større grad at andrelinjen sjelden rådfører seg med dem ved utskrivning av pasienter.

Tidligere undersøkelser viste at en høyere andel av de små kommunene fikk besøk av ambulante team fra andrelinjen. Denne forskjellen mellom store og små kommuner er nå borte. Det er imidlertid fremdeles betydelige forskjeller mellom ulike typer kommuner mht. i hvilken grad de benytter seg av muligheten til å få veiledning fra andrelinjen. Forskjellen dreier seg først og fremst om veiledning knyttet til voksne brukere, der de største og de mellomstore kommunene oftest benytter seg av tilbudet om veiledning. For barn og unge er det ikke tilsvarende forskjeller mellom kommunene.

Tidligere fant vi en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og kommunens vurdering av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester: jo større kommune, desto mer negativ vurdering av tilgangen på tjenester. I 2008 er det fortsatt en slik sammenheng, men forskjeller mellom små og store kommuner er mindre enn tidligere. Det synes med andre ord som om de større kommunene har opplevd størst bedring i tilgangen på andrelinjetjenester. Likevel er det fortsatt tre ganger så mange blant de store kommunene enn blant de minste som mener innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

Mens de tidligere undersøkelsene viste at de største kommunene hadde mest kontakt med NAV Arbeid, er forskjellene betydelig mindre nå. De største har fremdeles mest kontakt på overordnet nivå, men ellers er det ingen systematiske forskjeller mellom kommunestørrelse og kontakt. Det er heller ingen klar sammenheng mellom kommunens størrelse og kontakt med NAV Trygd, bortsett fra en tendens til at de aller største kommunene svarer at de har mindre kontakt med NAV Trygd om enkeltbrukere.

Det har vært en klar økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene for alle typer kommuner i løpet av årene fra 2002 til 2008, men det er fremdeles slik at andelen kommuner som ikke samarbeider med brukerorganisasjonene reduseres med økende kommunestørrelse. De største kommunene er også gjennomgående mer tilfreds med samarbeidet med organisasjonene.

Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen

Små og mellomstore kommuner er mest fornøyd med egen innsats innenfor psykisk helsearbeid. Nesten ingen av de største kommunene synes innsatsen er svært god.

I 2008 mener alle typer kommuner at det har vært en betydelig bedring i tilbudet til innbyggere med psykiske problemer og lidelser, både voksne og barn/unge. Den klareste økningen i tilfredshet med tilbudet finner vi for de små kommunene.

De minste kommunene opplever enkelte problemer knyttet til implementeringen av Opptrappingsplanen som større hindringer enn mellomstore og store kommuner. Dette gjelder problemer med å rekruttere fagfolk, problemer med at kommunen har for få ansatte som arbeider med psykisk helse, og for liten kunnskap om

dette arbeidet i politisk ledelse. Også kommunens generelle økonomiske situasjon fremstår som en større hindring i de minste kommunene. De største kommunene, derimot, synes organiseringen av det psykiske helsearbeidet representerer en betydelig utfordring.

Casestudiene: Organisering og ledelse i kommunalt psykisk helsearbeid (Kapittel 7)

Organisering av psykisk helsearbeid

Kommunene endrer ofte og mye i sine organisasjoner. Blant våre casekommuner har noen gjort endringer i hele kommuneorganisasjonen, mens andre har foretatt endringer bare i psykisk helse-tjeneste. Noen kommuner har vært gjennom større organisasjons-endringer ved hver av evalueringens milepæler.

Tre kommuner har på tidspunktet for våre intervjuer etablert forvaltningsavdelinger der brukerrettede tjenester utredes, vurderes og utmåles, og der det fattes beslutninger om hvilken kommunal avdeling brukerne skal motta tjenester fra. Slike enheter blir oppfattet ulikt av medarbeiderne.

Selv om organisasjonene er endret mye, har det skjedd en positiv utvikling over tid på de fleste områder av psykisk helsetjeneste i alle casekommunene. Det er ansatt flere medarbeidere som yter tjenester til flere grupper av brukere. Det er også bygget flere boliger for psykisk syke i alle kommunene, bortsett fra i den minste kommunen. Det har vokst frem en erkjennelse av et behov for å kunne differensiere boliger i forhold til bemanning og tilsyn. Fordi Husbanken har trukket seg tilbake fra den generelle boligbyggingen, og bankens virkemidler ikke oppfattes som tilstrekkelig for at mennesker på uføretrygd skal ha mulighet til å skaffe seg en bolig, opplever medarbeidere og ledere i psykisk helsetjeneste bolig som et stort ansvar kommunene bør ta.

Psykisk helsetjeneste har også utviklet seg med hensyn på tverrfaglighet. I alle kommunene er det ansatt medarbeidere med forskjellig utdanningsbakgrunn. Kommunene har tilgang på vernepleiere og ergoterapeuter, og de større kommunene har også sosionomer ansatt i tjenesten. Medarbeidere er i stor grad ansatt i henhold til hvilken kompetanse ulike utdanningskategorier antas å besitte. Vi finner stort sett vernepleiere i boliger og sykepleiere i det som oppfattes å være psykisk helses hjemmetjeneste, som i noen kommuner kalles ambulansetjeneste. I de kommunene det

kalles ambulante tjenester finner vi også sosionomer i det daglige arbeidet med brukere. Benevnelsen miljøarbeid er i noen kommuner i bruk om den brukerrettede virksomheten uten at det observeres store forskjeller i måten tjenester ytes til brukerne. I alle kommunene drar medarbeidere hjem til brukere, men brukere kan også komme til kontoret for samtaler.

Kommunal organisasjonskontekst

Kommunalt psykisk helsearbeid er i stadig endring. Som vist endres det på grunnlag av beslutninger enheter og tjenester fatter selv, på grunnlag av beslutninger fattet på kommunalt nivå, eller på grunnlag av endrede betingelser fra statlig nivå. Betingelser gitt på alle tre nivåene utgjør altså den konteksten psykisk helsearbeid gjennomføres innenfor.

Endring gjennomført som resultat av beslutninger fattet internt i den psykiske helsetjenesten finner vi bare i én av våre kommuner. Endringen medførte at det ble skapt nye interne prosedyrer for samarbeid. Medarbeiderne i enheten tilpasset seg de nye samarbeidsprosedyrene forholdsvis raskt.

Endringer gjennomført som resultat av beslutninger fattet på kommunalt nivå finner vi i alle kommunene, for noen flere ganger. Dette er endringer som berører psykisk helsearbeidskontekst, og dermed mulighetene for å samarbeide horisontalt mellom enheter og tjenester på kommunalt nivå. Den mest markante endringen er innføring av flat struktur, som for så vidt alle kommunene mener de har. I et par av kommunene innebærer flat struktur at det blir etablert skjulte ledelsesnivåer. Den flate strukturen i de to største kommunene ser ut til å sementere gamle konflikter, eller la gamle konflikter få spille seg ut på ny. Flere av kommunene har også etablert en forvaltningsenhet. Opplevelsen av forvaltningsenheten variere mellom kommunene fra å være en *kilde* til konflikt til å bli sett som en mulig konfliktløser.

Tre av kommunene har et ledernivå mer enn de tre andre kommunene, noe som gjør dem mer hierarkiske. Etter vår erfaring ser flere ledernivåer ut til å være et suksesskriterium når det er en målsetting å få til internt samarbeid mellom tjenester knyttet til pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

Håndteringen av individuelle planer er forskjellig i case-kommunene. En av kommunene har etablert tjenesteledermøter, formelle møter mellom alle tjenesteledere i en forholdsvis stor helse- og omsorgsavdeling. På møtene skjer fordeling av brukere på enheter, og koordinering av arbeidet med individuelle planer. Planene blir iverksatt av en koordinator som kan beskrives som møtets sekretariat. Individuelle planer er altså løftet opp på systemnivå. Mens denne ordningen ser ut til å fungere godt i denne kommunen, får en av de andre kommunene, som har en noenlunde tilsvarende ordning, ikke systemet til å fungere. To av case-kommunene har etablert egne koordinatorstillinger for individuell plan, og også her kan det konkluderes med at individuell plan er løftet til systemnivå.

Samarbeidet horisontalt i pleie- og omsorgssektoren fungerer altså godt i noen kommuner, og mindre godt i andre. Trekk ved den kommunale konteksten som ser ut til å fungere godt er trekk som legger til rette for samarbeid mellom enheter som defineres som å tilhøre pleie og omsorg. Blant våre kommuner fungerer samarbeidet med pleie og omsorgs hjemmetjenester godt bare i to kommuner, og til dels i en tredje. Dette er de tre minste kommunene, og det er bare én av disse som har flat struktur med ren tonivåmodell. Ingen har forvaltningsavdeling, og organisatorisk er det altså lagt opp til at vedtak og gjennomføring skal ses i sammenheng. I disse kommunene sørges det for koordinering, og det er etablert ledernivåer med myndighet til faktisk å koordinere mellom enheter innenfor pleie og omsorg.

I to av kommunene ses vedtak og gjennomføring ikke i sammenheng. Flat struktur og forvaltningsenhet ser ut til å ha formalisert konflikter som tidligere var uformelle. Når nye prosedyrer har blitt etablert ser det altså ut til at de har tatt opp i seg uformelle trekk i organisasjonskulturen. Slike trekk har fått forme betingelsene det psykiske helsearbeidet gjennomfører sine tjenester under, trolig fordi koordinering og samarbeid i liten grad har vært på agendaen.

Samarbeid horisontalt

Kommunenes psykiske helsearbeid utvider stadig sin virksomhet til nye områder. De tre mest markante områdene det er endringer på er samarbeidet med NAV, utviklingen med hensyn på brukere med rusrelaterte tilleggsdiagnoser, og satsingen på tilbud til barn og unge. Etablering av NAV-kontorer er den mest markante

endringen i organisasjonskonteksten, og utgjør både en endret fysisk-materiell struktur i form av nytt kontor, samt endret formell struktur fordi samarbeidet går langs nye linjer: Etablering av NAV-kontor har medført nye prosedyrer og rutiner angående økonomistyring for brukere som er i behov av det. Mens noen kommuner løfter disse prosedyrene opp på systemnivå, beholder andre dem på individnivå og overlater til medarbeiderne i psykisk helse-tjeneste å finne individuelle løsninger for sine brukere.

I flere av kommunene skjer samarbeid med sosialkontoret ikke på systemnivå, men rundt enkeltbrukere. Samarbeidet med andre enheter utenfor pleie og omsorg blir til dels oppfattet som bedre, men det er langt mye arbeid ned i å få på plass både tjenester til barn og unge og til mennesker med rusrelaterte lidelser. Flere kommuner har samarbeid på systemnivå om tjenester til barn og unge, bl.a. i form av et familiesenter.

I noen av kommunene er det etablert team for å yte tjenester til personer med rusrelaterte lidelser, og i en i av kommunene inngår brukere med denne typen problematikk som en del av brukerporteføljen til medarbeiderne i enhet for psykisk helsearbeid. I alle kommunene ser det ut til å ha vært motstand mot å integrere barn og unge og personer med rusproblemer som brukere, bl.a. fordi det skaper bekymring for løsningen av det som blir oppfattet som enhetens kjerneoppgaver; nemlig å yte tjenester til voksne med psykiske vansker. For én av kommunene kan det synes som at det reduserte samarbeidet med kulturavdelingen er et resultat av at enheten i større grad må konsentrere seg om sin kjernevirksomhet når organisasjonen blir utsatt for det ytre presset den oppfattet at integrering av tjenester for brukere med rusrelaterte lidelser innebærer.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Avtalene som er laget (eller burde vært laget) mellom kommunene og DPS er et forsøk på å skape stabile og forutsigbare rammebetingelser for kommunalt psykisk helsearbeid. Tre av casekommunene har DPS innenfor kommunegrensene, uten at det ser ut til å skape mer forutsigbarhet for disse kommunene enn for de andre. Ett DPS trakk seg ut av rollen avtalen skulle gi det, som en del av psykisk helsearbeids stabile kontekst.

Konklusjoner

Med utgangspunkt i analysene som er gjennomført i rapporten, vil vi her gi relativt kortfattede svar på spørsmålene stilt i prosjektet.

Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid?

Opptrappingsplanen for psykisk helse sier lite konkret om hvordan kommunene skal organisere sitt psykiske helsearbeid. Planen er imidlertid klar på at kommunene ikke skal bygge opp særtjenester for innbyggere med psykiske vansker, men at det psykiske helsearbeidet skal integreres i kommunenes ordinære tjenester. Senere dokumenter som kom i kjølvannet av Opptrappingsplanen har moderert dette synet i betydelig grad.

I løpet av opptrappingsplanperioden har kommunene bygget opp egne enheter og egne tjenester for psykisk helsearbeid både for voksne og for barn og unge. Psykisk helsearbeid er utviklet til å bli et eget, definert politikkområde i mange kommuner. Et definert ansvarsområde og en leder for arbeidet blir ofte sett som nødvendig for å forsvare tjenesten mot bl.a. budsjettkutt og invadering av brukere fra andre tjenester. Etablering av en kommunal psykisk helsetjeneste har imidlertid i de fleste kommuner gått hånd i hånd med oppbygging av kompetanse på psykisk helse også i de ordinære tjenestene. Undersøkelsene viser en stadig sterkere involvering av de ordinære tjenestene i det psykiske helsearbeidet.

Gjennom hele Opptrappingsplanens virkeperiode har det vært gjennomført omfattende omorganiseringer av det kommunale psykiske helsearbeidet. For kommuner som har organisert arbeidet i en egen tjeneste innenfor en enhet med videre ansvarsområde har utviklingen gått i bølger: fra organisering av psykisk helsearbeid sammen med pleie- og omsorgstjenestene, til større grad av organisering sammen med helsetjenestene, tilbake til organisering med pleie og omsorg. Det kan synes som om kommunene strever med å finne den ideelle organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Det psykiske helsearbeidet skal ivareta mange hensyn og funksjoner, og ulike tilknytningspunkter for arbeidet har fordeler og ulemper i forhold til disse hensynene.

Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer?

De aller fleste kommunene har nå etablert en rekke tiltak for å samordne tilbudet til brukere med psykiske vansker. Tre av fire

kommuner har koordinator på systemnivå for psykisk helsearbeid rettet mot voksne. I løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode har det vært en klar økning i andelen kommuner som benytter ansvarsgrupper for de aller fleste innbyggere med behov for langvarig oppfølging. Så å si alle kommunene har erfaring med å bruke primærkontakt for brukere som mottar tjenester fra flere tjenestesteder.

Utviklingen i samordningstiltak i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge viser stort sett samme utvikling som det vi finner for voksne. De aller fleste tiltakene som benyttes for barn og unge omfatter også voksne brukere. Det er svært få kommuner som iversetter egne samordningstiltak for barn og unge med psykiske vansker.

Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?

I løpet av opptrappingsplanperioden har myndighetene stadig lagt større vekt på nytten av at det utvikles individuelle planer for brukere med langvarig behov for koordinerte tjenester. Bruken av individuell plan har økt betydelig i løpet av de siste årene. Samtlige kommuner i undersøkelsen sier nå at de benytter individuell plan for noen eller alle brukere med psykiske lidelser som har behov for en slik plan. Den anslåtte dekningsgraden for individuell plan er også økt, både for voksne og for barn/unge. Dekningsgraden er lavere blant barn og unge enn blant voksne.

Holdningene til bruken av individuelle planer har utviklet seg positivt de senere årene. Det er stor enighet om at slike planer bidrar til å samordne tjenester og avklare ansvarsforhold. Samtidig mener mange at individuelle planer er et ressurskrevende verktøy, og at det kan være en utfordring å få involvert alle relevante tjenester i arbeidet.

Selv om bruken av individuelle planer er økt, og selv om holdningene til å bruke slike planer generelt er positive, ser vi at det fremdeles er ganske mange kommuner som i praksis har liten erfaring med å utvikle individuelle planer for sine innbyggere, spesielt for barn og unge. Mange kommuner har heller ikke oversikt over behovet for individuelle planer blant sine innbyggere. Også her er oversikten over behovene hos barn og unge dårligere enn tilsvarende hos voksne.

Makter kommunene å gi et bredt tilbud til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er samarbeidet mellom tjenestene?

Opptrappingsplanen setter et klart mål om at mennesker med psykiske vansker skal møtes som hele mennesker, og at de skal bli tilbudt tjenester som ivaretar alle aspekter ved livet. En viktig utfordring for kommunene har derfor vært å involvere tjenester som ikke tidligere – i hvert fall ikke eksplisitt – har jobbet med mennesker med psykiske problemer i det psykiske helsearbeidet. En annen sentral utfordring har vært å få de ulike tjenestestedene til å samarbeide om tjenestene til innbyggere med psykiske vansker.

Våre undersøkelser tyder på at kommunene i noen grad har klart å mobilisere det ordinære tjenesteapparatet i forhold til psykisk helsearbeid, og at samarbeidet mellom ulike tjenester er blitt bedre gjennom årene. Legetjenestens rolle innenfor Opptrappingsplanen var i utgangspunktet ikke klart definert, selv om legene utvilsomt utgjør en viktig tjeneste for mennesker med psykiske vansker. Etter hver som det er blitt et sterkere fokus på å trekke legene mer med i det kommunale psykiske helsearbeidet, er de også blitt mer involvert. Samtidig har pleie- og omsorgstjenestens rolle blitt noe mindre sentral. Mens psykisk helsearbeid tidligere i mange kommuner ble betraktet som en ”ren” pleie- og omsorgstjeneste, har Opptrappingsplanen bidratt til en bredere oppfatning av hva psykisk helsearbeid består i. Vi ser også klare indikasjoner på at barnehager, grunnskoler og helsestasjons-/skolehelsetjenesten spiller en klart viktigere rolle i det psykiske helsearbeidet nå enn for seks år siden. Generelt ser det ut til at tjenester som møter ”alle” innbyggerne er blitt sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet, mens tjenester som møter mer marginale grupper er blitt noe mindre sentrale. Enkelte kommunale tjenester, for eksempel innenfor kultursektoren, er fremdeles i mange kommuner i liten grad mobilisert i forhold til det psykiske helsearbeidet.

Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen?

For å ivareta helheten i tilbudet til psykisk syke innbyggere forventes kommunene å samarbeide med en rekke instanser utenfor kommunen.

Til tross for at myndighetene anbefaler kommuner, ikke minst små kommuner, å samarbeide seg i mellom om tilbudet til innbyggere med psykiske vansker, gjøres dette i relativt liten grad. Tidligere undersøkelser av andre tjenesteområder har vist at interkommunalt samarbeid er lettere å få til når kommunene har relativt lik organisering av tjenesten, og der tjenesten er klart definert med egen leder. Det er grunn til å tro at samarbeid om psykisk helsearbeid mellom kommuner i noen grad vanskeliggjøres ved at kommunene har organisert arbeidet svært ulikt. Det er visse formelle begrensninger for tjenestesamarbeid på dette området, men disse er ikke til hindrer for at kommunene samarbeider om for eksempel dagsentra eller andre fritidstilbud til innbyggere med psykiske vansker.

Opptrappingsplanen innebærer at psykisk syke så langt det er mulig skal bo i sin hjemkommune, og motta tjenester fra kommunen. Samtidig skal andrelinjen yte spesialisttjenester når det er nødvendig. Denne organiseringen betyr at kommunene og andrelinjen må samarbeide for at brukerne skal få et helhetlig tjenestetilbud. Samarbeidsproblemer med andrelinjen har imidlertid vært sett som en av de største hindringene for kommunene i deres implementering av Opptrappingsplanen. Over tid er samarbeidet noe bedret.

I løpet av opptrappingsperioden ser vi en forsiktig økning i kommunenes rutinemessige besøk av ambulerende team fra andrelinjen, og i kommunenes bruk av muligheten for å få veiledning fra andrelinjetjenesten. Kommunene vurderer også innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester som bedre ved utgangen av Opptrappingsplanens virkeperiode sammenliknet med seks år tidligere.

Det har skjedd en betydelig økning de senere årene i andel kommuner som har formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen. Slike formelle avtaler ser imidlertid ut til å ha begrenset faktisk betydning, i hvert fall i løpet av det (relativt korte) tidsrommet vi har sett på. I vår undersøkelse er det ingen sammenheng mellom om kommunen har en formell avtale med andrelinjen, og kommunens vurdering av samarbeid med, og tilgang på tjenester fra, andrelinjen.

De siste årene av opptrappingsperioden har det skjedd en stor omorganisering av de tidligere trygdekontorene, sosialkontorene og Aeat til NAV. Prosessen knyttet til omorganiseringen av disse

tjenestene, som er av stor betydning for det psykiske helsearbeidet, har trolig representert en betydelig utfordring for samarbeidet mellom kommunene og tjenestene. Et fåtall kommuner samarbeider med NAV på et overordnet nivå, men det er en økning i andelen kommuner som samarbeider med NAV om arbeidstiltak for enkeltbrukere med psykiske vansker. På samme måte har det vært en økning i andelen kommuner som samarbeider med NAV Trygd om enkeltbrukere.

Opptrappingsplanen har lagt stor vekt å bedre brukervedvirkningen i psykisk helse, blant annet gjennom styrking av brukerorganisasjonene. Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene har bedret seg betraktelig i løpet av opptrappingsperioden. Bedringen i samarbeidet med brukerorganisasjonene har kommet i både store, mellomstore og små kommuner.

Hvilken betydning har organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet for involvering, samarbeid og fagmiljø?

Utbyggingen av det kommunale psykiske helsearbeidet har skjedd samtidig med at kommunene har gjennomgått endringsprosesser også på andre områder. Av størst relevans her er utviklingen i retning av flat (eller flater) struktur. Mange kommuner har valgt å organisere sin tjenesteytende virksomhet i avgrensede enheter, med budsjett- og personellansvar. Samtidig fjernes ledernivåene mellom enhetene og rådmannsnivået, slik at enhetslederne rapporterer direkte til rådmannsnivået, som i prinsippet skal stå for prioriteringer og avveininger mellom enhetene. Når mellomlederne forsvinner, forsvinner gjerne fagsjefene. I en kommune med flat struktur kan for eksempel stillingen som skolesjef bli borte, og rektorene forholder seg direkte til rådmannsnivået. En slik organisering blir gjerne innført for at kommunens ledelse skal få større økonomisk kontroll, samtidig som den enkelte enhetsleder blir ansvarliggjort og får større frihet i forhold til enhetens interne prosesser. Et problem med flat struktur er imidlertid at rådmannsnivået i praksis har vist seg ikke å fungere godt som et organ som skal ivareta samordning og faglige avveininger og prioriteringer. Kombinert med faren for at enhetene opptrer som ”enhets-egoister”, er resultatet at samarbeid og samordning mellom enhetene ofte blir vanskelig innenfor enhetsmodellen. Dette har

direkte betydning for organisering og samarbeid i kommunalt psykisk helsearbeid.

Den generelle utviklingen i retning av mer eller mindre selvstendige tjenesteytende enheter har trolig bidratt til tendensen til at kommunene etablerer egne enheter eller distinkte tjenester for psykisk helsearbeid. Enhetsmodellens klare utfordringer knyttet til samordning og samarbeid ser vi også i det psykiske helsearbeidet. I kommuner der det ikke sitter noen fag- eller sektorsjef som leder arbeidet innenfor et større område, er det – særlig i større kommuner – helt nødvendig med institusjoniserte tiltak for samordning og samarbeid. Mange kommuner har etablert ulike samordningstiltak, men inntrykket fra vår studie er at kommunene fremdeles finner det utfordrende å få tiltakene til å fungere godt. I casestudien finner vi tilfeller som grenser mot ”enhetsegoisme”, med kontinuerlige diskusjoner om hvilke brukere som hører hjemme hvor, og om hvilke enheter som har ansvar for hvilke oppgaver. Enhetsmodellen oppleves enkelte steder som en institusjonisering av gamle og/eller latente konflikter mellom tjenester.

En egen leder for det psykiske helsearbeidet kan være hensiktsmessig av flere grunner. For det første kan en egen leder bidra til å skape rom for faglig utvikling, blant annet ved å fungere som en buffer i forhold til eksterne krav til det psykiske helsearbeidet. På denne måten blir en del beslutninger og oppgaver løftet vekk fra enkeltmedarbeiderne. For det andre kan en egen leder være viktig som et kontaktpunkt for tjenesten mot omverdenen, og slik sett øke mulighetene for godt samarbeid med andre kommunale tjenester, og med tjenester i andrelinjen. Og – ikke minst – vil en leder kunne forsvare det psykiske helsearbeidet internt i kampen om kommunens ressurser.

Hvordan er utviklingen i tjenestene for barn og unge?

Oppsummeringen av de første årene med Opptrappingsplanen, som kom i 2002, viste at de kommunale tjenestene til barn og unge med psykiske vansker ikke utviklet seg som forventet. Myndighetene satte derfor et krav til kommunene om at 20 prosent av de øremerkede midlene innenfor psykisk helse skulle brukes til tiltak for barn og unge. Allerede i 2005 mente vi å kunne se at kommunenes fokus på barn og unges psykiske helse var styrket. Denne utviklingen har fortsatt etter 2005, men fremgangen er

beskjeden. Av positive utviklingstrekk ser vi at helsestasjons-/skolehelsetjenesten og legetjenesten er noe mer involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i 2008. Den positive utviklingen for skolenes involvering som vi så i 2005 ser imidlertid ut til å ha stoppet opp. Bruken av enkelte samordningstiltak for barn og unge med psykiske vansker har tiltatt i perioden, som ansvarsgrupper og individuell plan. Samordningstiltakene som er etablert på systemnivå er stort sett felles tiltak for voksne og barn/unge. Slike fellestiltak kan være gunstige i den grad de betyr at barn og unge får nyte godt av den kompetanse som eksisterer for voksne, og i den grad tiltak for voksne og barn/unge blir sett i sammenheng, men det kan være grunn til å stille spørsmål ved om slike fellestiltak makter å gi barn og unges behov samme oppmerksomhet som egne tiltak for denne gruppen kunne gitt.

En del kommuner har i løpet av Opptrappingsperioden fått det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge inn i mer faste former. Noen flere kommuner får fast veiledning fra andrelinjen. Mange kommuner mener også at kommunens eget tilbud til barn og unge er blitt vesentlig styrket i løpet av planperioden, men at tilgangen på andrelinjetjenester for denne gruppen ikke oppleves å ha blitt så mye bedre. Fremdeles vurderes tilbudet til barn og unge å være klart dårligere enn tilbudet til voksne.

Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor?

Norge har mange små kommuner. Mer enn én av tre kommuner har under 3000 innbyggere. Likevel forventes alle kommunene, uansett størrelse og beliggenhet, å ivareta de samme oppgavene overfor sine innbyggere. De minste kommunene har ganske andre forutsetninger for å yte avanserte velferdstjenester, spesielt tjenester rettet mot små grupper i befolkningen. Fagmiljøene blir nødvendigvis ganske små, og småkommunene kan ikke bygge opp spesialkompetanse eller differensierte tilbud innenfor sine tjenester. På den annen side vil små kommuner være mer oversiktlige, noe som ofte vil lette samordning og samarbeid mellom ulike tjenester.

I vår undersøkelse finner vi forskjeller mellom store og små kommuner. Småkommunene har færre institusjonaliserte samarbeids- og samordningstiltak, men det er større tilfredshet med samarbeidet med andre tjenester i det psykiske helsearbeidet i småkommunene. Samtidig er det en erkjennelse i mange små

kommuner at fagmiljøene blir små og at den kompetansen som finnes på psykisk helsearbeid i kommunen spres på for mange ulike tjenester, i stedet for å samles i et sterkere fagmiljø.

Informantene i det psykiske helsearbeidet i små kommuner sier de har stor nytte av interkommunalt samarbeid og kontakt. Likevel er det mange små kommuner som ikke har noe tjenestesamarbeid eller faglig samarbeid med ansatte i andre kommuner.

På noen områder ser det ut til å skje en konvergering mellom store og små kommuners psykiske helsearbeid over tid. Mens det tidligere var klart færre små kommuner som benyttet individuelle planer, er denne forskjellen nå utvisket. Likevel kan vi se at de små kommunene opplever litt flere problemer med implementeringen av individuell plan sammenliknet med store kommuner. Noen av disse problemene skyldes sannsynligvis kommunens størrelse, men det er også grunn til å tro at dette til dels er nybegynnerproblemer.

De siste tre årene er det etablert mange samarbeidsavtaler mellom kommuner og andrelinjen. Mens det tidligere var mest vanlig at de største kommunene hadde slike avtaler, er forskjellene mellom store og små kommuner nå betydelig mindre. Likevel synes avtalene til de små kommunene å omfatte færre forhold enn større kommuners avtaler. Flere småkommuner rapporterer dessuten at de ikke får delta i beslutningsprosessene rundt utskrivning av pasienter. Det er grunn til å anta at dette i noen grad skyldes at sykehusene og DPSene prioriterer avtaler med kommuner som de har mange pasienter fra, og dermed et mer regelmessig forhold til. Samtidig kan noe av årsaken til forskjeller i samhandlingen mellom kommunene og andrelinjen være knyttet til at de større kommunene ofte har mer ressurser, kanskje også bedre kompetanse, å sette inn i samarbeidsrelasjonen.

Også når det gjelder samarbeid med NAV finner vi forskjeller mellom kommuner: små kommuner har jevnt over i mindre grad samarbeidsmøter med NAV på overordnet nivå. Samarbeid med brukerorganisasjonene henger klart sammen med kommune-størrelse. De største kommunene har oftere samarbeid med brukerorganisasjonene enn små kommuner. Én årsak til dette er sannsynligvis at mange brukerorganisasjoner ikke er representert i små kommuner.

Som vi tidligere har drøftet, synes det å være liten sammenheng mellom eksistensen av en formell avtale med spesialisthelse-tjenesten og kommunenes opplevelse av å bli ivaretatt av den samme tjenesten. Vurderingen av innbyggernes tilgang på andre-linjetjenester synker med økende kommunestørrelse. Sammen-liknet med små kommuner mener de store kommunene at innbyggernes tilgang på tjenester er langt mindre enn behovet.

Små kommuner vurderer sin innsats i psykisk helsearbeid som god, og de mindre kommunene har hatt størst fremgang i vurderingen av egen innsats. De små kommunene skiller seg fra større kommuner ved at de er særlig positive i forhold til bedringen i det forebyggende psykiske helsearbeidet. Det kan synes som om psykisk helsearbeid jevnt over hadde lav prioritet i de små kommunene før Opptappingsplanen, men at planen, spesielt mot slutten av planperioden, har bidratt til at dette tjenesteområdet har fått en definert plass også i småkommunene.

Til tross for fremgangen i arbeidet, rapporterer de minste kommunene om noe større problemer i implementeringen av Opptappingsplanen. Det er flere små kommuner som klager over problemer med å rekruttere fagfolk, og det er flere som mener dårlig kommuneøkonomi og for få ansatte representerer hindringer for det psykiske helsearbeidet. Manglende lokal politisk kunnskap og prioritering oppgis også som årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen.

Alt i alt tyder våre analyser på at forskjellene mellom store og små kommuners psykiske helsearbeid blir mindre over tid, men at de små kommunene fremdeles står overfor spesielle utfordringer knyttet til det lave befolkningsgrunnlaget i kommunene.

Refleksjoner og anbefalinger

Med utgangspunkt i konklusjonene vi har trukket på bakgrunn av analysene i denne rapporten, vil vi til slutt komme med noen refleksjoner rundt den videre oppfølgingen av det kommunale psykiske helsearbeidet.

Organisering og samarbeid internt i kommunen:

Opptappingsplanen har utvilsomt vært et viktig bidrag for å bygge opp psykisk helsearbeid som en kommunal tjeneste. Kommunene har etablert enheter og fagmiljøer med særlig kompetanse på

psykisk helse. Opptrappingsplanen har dessuten gitt økt oppmerksomhet rundt, og styrket kompetanse på, psykisk helse i de etablerte tjenestene i mange kommuner.

Selv om mye har skjedd i retning av å utvikle det kommunale psykiske helsearbeidet i løpet av opptrappingsplanperioden, er dette fremdeles et nytt tjenesteområde i mange kommuner. Psykisk helsearbeid vil fortsatt trenge styrking og konsolidering. All erfaring tilsier at kommunene reagerer på finansielle virkemidler og insentiver. Når de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid nå faller bort, vil det være viktig å følge utviklingen i dette arbeidet i kommunene nøye.

Norske kommuner er svært forskjellige, og har ulike utfordringer i det psykiske helsearbeidet. Det er derfor vanskelig å anbefale én enkelt modell for kommunenes psykiske helsearbeid. En bedre strategi vil trolig være å finne frem til konkrete eksempler på gode praktiske organisatoriske løsninger, som kan fungere som modeller og inspirasjon for andre kommuner

Uansett valg av organisasjonsmodell for det psykiske arbeidet, vil det etter vår mening være viktig med en klar forankring av arbeidet, i form av en definert leder/koordinator for det psykiske helsearbeidet.

Som vi har drøftet i rapporten, møter det psykiske helsearbeidet noen utfordringer knyttet til den generelle tendensen til å organisere kommunal virksomhet etter enhetsmodellen, eller tonivåmodellen. Enhetsmodellen innebærer, særlig i større kommuner, at samordnings- og samarbeidstiltak på tvers av enhetene må institusjonaliseres. For å sikre at mennesker med psykiske vansker får koordinerte og helhetlige tjenester, vil det være nødvendig å ha fokus på utvikling av gode modeller og tiltak for samhandling.

I de siste årene av Opptrappingsplanens virkeperiode har det vært en klar utvikling i bruken av individuelle planer for mennesker med psykiske lidelser i kommunene. Holdningene til å bruke individuelle planer har også utviklet seg positivt. Likevel gjenstår det en del arbeid før alle kommuner får gode rutiner på bruken av individuelle planer. Mange kommuner trenger bedre oversikt over behovene for slike planer og mer erfaring med utarbeidelsen av planer. Ikke minst mangler mange kommuner oversikt over og

erfaring med bruk av individuelle planer overfor barn og unge med psykiske vansker. Det er dessuten fortsatt vanskelig å få involvert alle relevante tjenester i arbeidet med individuelle planer.

I løpet av opptrappingsplanperioden har utviklingen gått i retning av at tjenester som møter det brede lag av befolkningen synes å ha blitt sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet. Denne utviklingen kan bidra til bedre forebyggende arbeid og tidligere intervensjoner, og til at mennesker med psykiske vansker får et bredt og helhetlig tilbud. Selv om dette er positive utviklingstrekk, er det åpenbart rom for atskillig bredere og sterkere engasjement fra det ordinære tjenesteapparatets side. Det kan synes som om oppmerksomheten rundt skolens rolle i det psykiske helsearbeidet har avtatt noe de siste årene, etter å ha vært høyt prioritert i en kort periode frem til 2005. Etter vår mening er det viktig å fortsatt holde et sterkt fokus på skolens bidrag til det kommunale psykiske helsearbeidet.

Opptrappingsplanen er opptatt av at hele mennesket skal ivaretas gjennom det psykiske helsearbeidet, og vektlegger tjenester som møter åndelige og kulturelle behov. Likevel spiller kultursektoren en beskjeden rolle i de fleste kommunenes psykiske helsearbeid. Det er grunn til å tro at arbeidet for å skape et godt liv for mennesker med psykiske vansker fremdeles har mye å hente i det lokale kulturlivet.

Det er nå en tendens til at det kommunale psykiske helsearbeidet åpner opp og inkluderer ”nye” grupper, både barn og unge og rusmisbrukere. Dette er bra, og er sannsynligvis blant annet et resultat av økonomiske insentiver. Når de øremerkede midlene gjennom Opptrappingsplanen nå faller bort, vil det imidlertid være viktig at ikke kommunene mister fokus på utviklingen av tjenester for voksne med relativt alvorlige psykiske lidelser.

Samarbeid med instanser utenfor kommunen

Samarbeidet mellom kommunene og andrelinjen er kommet inn i fastere former i løpet av Opptrappingsplanens siste fase. Fremdeles synes det imidlertid å gjenstå en del arbeid for å få til et godt samarbeid mellom alle kommunene og spesialisthelsetjenesten. Formelle avtaler er ingen garanti for et godt og smidig samarbeid. Det er derfor viktig fortsatt å følge opp utviklingen i kvaliteten på

samarbeidet mellom de ulike tjenestenivåene som tilbyr hjelp til mennesker med psykiske lidelser.

Den omfattende omorganiseringen av sosialkontorene, Aetat og Trygdekontorene til NAV har representert en utfordring for kommunene, og det vil trolig fortsatt ta tid før samarbeidet mellom mange kommuners psykiske helsearbeid og deres respektive NAV-kontor faller helt på plass. Også her vil det være nødvendig fortsatt å ha fokus på utviklingen i samarbeidsrelasjonen mellom tjenestene, for å sikre seg at innbyggere med psykiske vansker får helhetlige og koordinerte tjenester.

Kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge

I likhet med tjenestene for voksne med psykiske problemer og lidelser, har også det kommunale tilbudet til barn og unge utviklet seg i løpet av opptrappingsplanperioden. Særlig etter at myndighetene la inn et krav om at 20 prosent av de øremerkede midlene skulle benyttes til arbeidet for barn og unge med psykiske vansker, har denne gruppen fått økt oppmerksomhet. Likevel ser vi at det er få kommuner som har en leder eller koordinator med eksklusivt fokus på denne gruppen. Ofte er ledelsen av arbeidet for barn og unge organisert sammen med tilsvarende for voksne. Samtidig vil psykisk helsearbeid for barn og unge ofte kreve andre arbeidsformer og tiltak og andre samarbeidspartnere. Vi vet foreløpig lite om hvilken betydning organisering av tjenestene for barn og unge sammen med tjenestene for voksne har for ivaretagelsen av de unges behov. Det er vesentlig å følge opp hvordan arbeidet for barn og unge med psykiske vansker ivaretas og utvikles i kommunene.

Småkommunenes utfordringer i det psykiske helsearbeidet

Etter hvert som mange små kommuner har utviklet sitt psykiske helsearbeid, ser vi på en del områder en konvergering mellom store og små kommuner. Fremdeles har imidlertid de små kommunene større utfordringer i arbeidet. Dette gjelder spesielt forhold som er knyttet til størrelsen på fagmiljøet innenfor psykisk helsearbeid. Små kommuner med et lite befolkningsgrunnlag har ikke mulighet til å utvikle spesialiserte miljøer eller differensierte tjenester. Samarbeid med andre kommuner og tett oppfølging fra DPS/BUP kan oppveie noen av de begrensingene de små kommunene opplever i arbeidet. Etter vårt syn gjenstår det her fremdeles mye arbeid. Det

er liten utvikling i småkommunenes samarbeid med andre kommuner. Det bør være hensiktsmessig for flere kommuner å styrke både tjenestesamarbeidet på områder som dagsentra, turer og fritids- og arbeidstiltak, og det faglige samarbeidet for å få faglige diskusjoner og faglig utvikling i et større miljø enn den enkelte småkommune selv kan tilby.

Vår studie tyder på at småkommunenes avtaler med andrelinjen jevnt over er mindre omfattende, selv om de fleste småkommunene nå har formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen. De minste kommunenes fagmiljøer er små, personavhengige og sårbare, og vil derfor kunne dra stor nytte av tett oppfølging fra andrelinjen. Det vil derfor etter vår mening være behov for å opprettholde spesiell oppmerksomhet rundt samhandlingen mellom småkommunene og spesialisthelsetjenesten.

Summary

Trine Monica Myrvold and Marit Kristine Helgesen

Municipal mental health work

Organization, cooperation and coordination

NIBR Report 2009:4

This is the final report from the project “The Impact of the National Action Programme on Mental Health on the Organization of Local Authorities’ Mental Healthcare Efforts”.

The report is written on commission of the Norwegian Research Council within the evaluation of The National Action Programme on Mental Health running from 1999 through 2008. The project started up in 2001 and has been executed in several phases comprising three separate surveys of all local authorities in Norway and two in-depth studies of a small number of local authorities.

The main purpose of the project is to study the development of involvement and cooperation within the mental health work during the period of the National Action Programme. We compare data from three surveys, conducted in 2002, 2005 and 2008. We also analyze information from two rounds of case studies in six Norwegian municipalities.

The municipalities’ organization of mental health work

During the period of the National Action Programme the municipalities have developed separate units and separate services aimed at citizens with mental health problems. Mental health work has come to be a defined policy area in many municipalities. The establishment of a separate municipal mental health service has, however, been developed hand in hand with spreading competence on mental health work also in the ordinary municipal services. Our analyses indicate that the municipalities strive to find an ideal mode of organizing mental health work. Mental health

NIBR-rapport 2009:4

work has many considerations and functions to attend to, and different modes of organization imply strengths and weaknesses in the pursuit of these considerations.

What measures do the municipalities use to coordinate services to citizens with mental problems?

Most Norwegian municipalities have established several measures to coordinate services to people with mental problems: for instance coordinators, responsibility groups, primary contacts. Very few municipalities have separate measures aimed at coordinating services for children and youth. Most coordinating measures for this group also comprise adults with mental problems.

How is the use of “individual plans” developing?

The use of individual plans for people with mental illnesses has increased considerably the past years. All municipalities participating in our study report to use individual plans for some or all citizens in need of such a plan. The estimated coverage has increased, for adults as well as for children. Coverage is lower among children and youth than among grown-ups.

Attitudes towards using individual plans have changed in a favourable direction the past few years. Even if the use of plans has increased, and the attitudes in general are positive, many municipalities still lack experience in working out individual plans for their citizens, especially for children and youth. Many municipalities have no idea of the need for such plans among inhabitants.

Do the municipalities manage to provide wide-range services for people with mental health problems?

The municipalities have to a certain degree managed to mobilize the ordinary services to participate in mental health work. The cooperation between different services appears to improve over the years. Local medical practitioners are more included in the municipal work. We also observe that kindergartens, schools, public health centres and school medical services are more involved in local mental health care work. Generally, services aiming at helping “all” citizens are more heavily involved now compared to six years ago, whereas services meeting more

marginalized groups are somewhat less involved. Some municipal services, for instance within the cultural sector, are still in many municipalities to a very little degree mobilized in local mental health work.

How is the cooperation between municipalities and services provided by the state?

Municipalities and the state hospitals must cooperate to secure coordinated services to people with mental illnesses. Problems in cooperation with state services have been perceived as one of the main obstacles for the municipal implementation of the National Action Programme on Mental Health. In recent years the cooperation is seen as gradually improving, and the municipalities judge their citizens' access to hospital services as better in 2008 compared to six years earlier.

The past years have witnessed a clear increase in the proportion of municipalities which have a formal collaboration agreement with the hospital sector when it comes to mentally ill citizens. Such formal agreements seem, however, to have only limited impact on the relationship between the municipalities and the hospitals: municipalities with agreement do not evaluate their cooperation with the hospitals better than municipalities without agreement, nor do they consider their citizens' access to hospital services to be better.

The municipalities' cooperation with user organization within mental health work has developed positively throughout the National Action Programme period.

The importance of organization and leadership for involvement, cooperation and workplace environment

The general tendency for the municipalities to organize their services according to a "unit model", with more or less self governed service units, has probably contributed to the establishment of separate units or distinct services within mental health work. Many municipalities have introduced several mechanisms for securing cooperation and coordination between services, but our impression is that the municipalities still find it challenging to make these mechanisms function as intended.

How is the development of services to children and youngsters with problems relating to mental health?

Since the Norwegian government in 2004 put a demand on the municipalities to reserve 20 per cent of the earmarked grant to work among children and youngsters, the municipalities' focus on the mental health of this group has increased. The increase was strongest up to 2005, and has been less pronounced after 2005. The involvement of the school medical services, public health centres and local medical practitioners in mental health work for young people is somewhat stronger in 2008, whereas the positive trend for the involvement of schools that we observed in 2005, now appears to have halted.

During the 10 year National Action Programme period many municipalities have established defined services for children and youngsters with mental problems, whereas the hospitals' services – as judged by the municipalities – are not substantially better. Still the services to young people are considered poorer than services to adults.

What are the main challenges for the smallest municipalities?

Even though the past few years have experienced that large and small municipalities in many aspects tend to converge when it comes to mental health work, we can still observe differences depending on the size of the municipal population. Small municipalities have established fewer mechanisms for cooperation, but they are more satisfied with the cooperation with other municipal services regarding mental health work. At the same time many small municipalities acknowledge that their competence on mental health is meagre. The smallest municipalities more often than others report problems in recruiting professionals in this field of work.

The central government advises municipalities to cooperate in giving good services to people with mental health problems. Our informants in the small municipalities assert that contact with professionals in other municipalities is of great advantage for them. Still, many small municipalities do not engage in any cooperation with other municipalities on mental health work.

Whereas larger municipalities earlier had a larger tendency to have agreements on collaboration with the hospitals, the differences

between large and small municipalities are now more marginal. The small municipalities' agreements seem, however, to cover fewer issues than the larger municipalities' agreements. A higher proportion of small municipalities also report that they are not consulted when citizens are discharged from mental hospitals. On the other hand, small municipalities are much more satisfied with their citizens' access to hospital services. Small municipalities also judge their own achievements within mental health work as good, and smaller municipalities perceive the *improvements* of their services as larger than other municipalities do.

DEL I

INNLEDNING

1 Innledning

1.1 Opptrappingsplanens mål og satsinger

Et grunnleggende element i Opptrappingsplanen for psykisk helse består i å styrke det kommunale psykiske helsearbeidet, slik at mennesker med psykiske problemer og lidelser så langt det er mulig skal kunne bo i sitt hjemmemiljø med nødvendige tjenester fra kommunen.

Planen understreker at personer med psykiske problemer må sees som hele mennesker ”med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale” (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Opptrappingsplanen vektlegger med dette at bredden i tjenestetilbudet til innbyggere med problemer relatert til psykisk helse må bli større enn det i mange tilfeller har vært. Behovet for bolig, meningsfylt aktivitet, sosial omgang og kulturell og åndelig stimulans nevnes eksplisitt.

Opptrappingsplanen har få eksplisitte anvisninger på hvordan kommunene skal organisere sitt arbeid. Et viktig mål for planen er imidlertid å bedre samordningen og samarbeidet i det psykiske helsearbeidet:

Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus (St.prp.nr. 63 (1997-98)).

Gjennom Opptrappingsplanens tiårige virkeperiode er planen presisert på flere punkter, eksisterende virkemidler er forsterket, og nye tiltak er kommet til for å sikre en ønsket utvikling i det psykiske helsearbeidet. Denne rapporten er derfor ikke en direkte evaluering av Opptrappingsplanen slik den opprinnelig ble

utformet, men snarere en kartlegging av utviklingen i det kommunale psykiske helsearbeidet over tid.

I St.prp. nr. 1 (2004-2005) oppsummerte Helse- og omsorgsdepartementet erfaringene med Opptrappingsplanen så langt. Departementet pekte på at det fremdeles var viktige mangler i tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsearbeidet. Spesielt ble det lagt vekt på behovet for å styrke fokuset på samordning og samarbeid, både innenfor kommunen og mellom kommunen og andrelinjen:

Det er viktig å få til et helhetlig, sammenhengende og kvalitativt godt tjenestetilbud til den enkelte. (...) Uavhengig av organisering er det viktig at kommunen sørger for god koordinering av disse tjenestene med sikte på et helhetlig og sammenhengende tilbud. Gjennom brukermedvirkning og lokalt planarbeid, skal tjenestene ivareta den enkeltes behov for hjelp. I en del kommuner har man kommet for kort i dette arbeidet, og en hovedutfordring er å få løftet de kommunene som fortsatt gir feltet for lav prioritet. En del kommuner synes å mangle et godt fagmiljø for arbeid med psykisk helse (St.prp. nr. 1 (2004-2005):185).

I forbindelse med gjennomgangen av status for Opptrappingsplanen i 2002, ble det klart at det var behov for en sterkere satsing på utbyggingen av tilbudet for barn og unge. Oppfatningen var at planen ikke hadde gitt tilstrekkelig fokus på denne gruppen, særlig i kommunene. I 2003 kom Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: "... sammen for psykisk helse..." For å sikre at kommunene prioriterte denne gruppen ble det lagt inn en forutsetning om at minst 20 prosent av de øremerkede midlene skulle gå til psykisk helsearbeid blant barn og unge.

I kjølvannet av statusrapporten for Opptrappingsplanen ble også fastlegenes rolle i det lokale psykiske helsearbeidet presisert. Det ble dessuten iverksatt et prosjekt for implementering av individuell plan, både for voksne og for barn/unge. Helsedirektoratet utarbeidet nye forskrifter og ny veileder for arbeidet med individuell plan. Veilederen vektlegger også styrkingen av samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på dette området.

Involvering av brukere og brukernes organisasjoner står sentralt i Opptrappingsplanen. Fra og med 2005 ble det stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd til kommunene at de sørget for reell brukermedvirkning, og at de satte av midler til å støtte brukerorganisasjonene (St.prp. nr. 1 (2004-2005):187).

I løpet av de siste årene av Opptrappingsplanen har Helse- direktoratet utviklet veiledere for psykisk helsearbeid for voksne (2005) og for barn og unge (2007) (Sosial- og helsedirektoratet 2005, 2007). Veilederne gir kommunene en grundig innføring i hva som bør inngå av tjenester i det psykiske helsearbeidet, og hvordan ulike oppgaver bør løses.

I denne rapporten vil vi særlig ha et fokus på om disse satsingene kan spores i kommunenes psykiske helsearbeid. Det er imidlertid viktig å nevne at satsingene har virket ulikt lenge, slik at forventningene til hvilke endringer de til nå har gitt, også vil variere. Vi kommer nærmere tilbake til dette i de avsnittene der vi diskuterer de relevante sidene ved det kommunale psykiske helsearbeidet.

1.2 Spørsmål for evalueringen

I rapporten belyser vi følgende grupper av spørsmål:

- Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen i organisering vært over tid?
- Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?
- Makter kommunene å gi et bredt tilbud til innbyggere med psykiske problemer? Hvilke tjenester bidrar til det psykiske helsearbeidet i kommunen? Hvordan er samarbeidet mellom tjenestene?
- Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, NAV og brukerorganisasjonene?
- Hvilken betydning har organiseringen av det psykiske helsearbeidet for involvering av tjenester og for samarbeid internt og eksternt?

- Hvordan fungerer fagmiljøet i psykisk helsearbeid i kommunene? Hvilken betydning har organisering og ledelse for hvordan fagmiljøet oppleves å fungere?
- Hvordan er utviklingen i tjenestene for barn og unge? Hvordan sikres bredde og samarbeid i dette arbeidet?
- Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor? Hvilken utvikling kan man se i forhold til samarbeid og fagmiljø?

2 Data og metode

2.1 Innledning

I denne rapporten benytter vi data fra to kilder:

- Survey sendt til alle norske kommuner i tre omganger: 2002, 2005 og 2008
- Case-studier i et mindre utvalg kommuner, i 2003/2004 og 2008. Vi refererer også til en undersøkelse i de samme kommunene gjennomført i forbindelse med et annet prosjekt i 2005/2006.

Kapitlet redegjør nærmere for innsamlingen og analysene av de to datasettene.

2.2 Surveyen til kommunene

Spørreundersøkelsen til kommunene er nom tidligere nevnt gjennomført tre ganger, i 2002, 2005 og 2008. Undersøkelsen består av to skjemaer, et omfattende skjema om ressursbruk og organisering i det psykiske helsearbeidet i kommunen, og et kortere skjema om respondentenes vurdering av tjenester og samarbeidsrelasjoner (se vedleggene 1 og 2). Skjemaene ble utarbeidet av SINTEF Helse og NIBR i fellesskap, med SINTEF Helse som administrativt ansvarlig for utsendelse og koding.¹ Spørreskjemaene ble sendt til kontaktperson/administrativt

¹ Ved utarbeidelse av de første skjemaene hadde vi god hjelp fra en referansegruppe for prosjektet. Et utkast til skjema ble også sendt en rekke kommuner for kommentering. Prosessene rundt utarbeidelsen av skjemaene står nærmere beskrevet i første rapport fra prosjektet (Myrvold 2004).

ansvarlig for psykisk helsearbeid i kommunen. Undersøkelsene fra 2002 og 2005 er beskrevet i tidligere rapporter fra prosjektet (Myrvold 2004, 2006). Her velger vi derfor å se nærmere på trekk ved spørreskjemaundersøkelsen fra 2008.

189 kommuner besvarte hele eller deler av skjemaet, dvs. en svarprosent på 56. Svarprosenten var i 2002 60% og i 2005 63%. Noe av reduksjonen i svarprosenten kan trolig tilskrives at Helse- direktoratet få uker før vår undersøkelse sendte ut et omfattende rapporteringsskjema til kommunene, der noen av spørsmålene fra vårt skjema ble stilt.

Frafallsanalyse

Frafallsanalyse av datamaterialet viser at det er relativt betydelige forskjeller mellom fylkene når det gjelder svarprosent (se vedlegg 3). Mens bare 33 prosent av kommunene i Buskerud og hhv. 35 prosent og 37 prosent av kommunene i Møre- og Romsdal og Troms har besvart skjemaet, har samtlige kommuner i Aust-Agder og 92 prosent av kommunene i Oppland svart. Ingen landsdel er imidlertid spesielt over- eller underrepresentert i materialet.

I snitt har de kommunene som har besvart spørreskjemaet høyere folketall enn de som ikke har svart. Brutto kommunale utgifter pr. innbygger er imidlertid nesten identisk i de to gruppene. Antall ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid pr. 1000 innbyggere er marginalt høyere i kommuner som ikke har svart. Kommuner som ikke har returnert skjemaet har også større dekning av helsestasjoner for ungdom. De to siste resultatene skyldes sannsynligvis at folketallet i kommunene som ikke har svart stort sett er lavere enn i kommunene som har svart. I mindre kommuner som for eksempel har et tilbud om helsestasjon for ungdom blir gjerne dekningsgraden av tilbudet relativt høy.

Når det gjelder sosiale indikatorer, som andel sosialhjelpsmottakere og andel arbeidsledige, skiller svarkommunene seg ikke fra de kommunene som ikke har besvart spørreskjemaet. Levekårs- indeksen samlet sett er også så å si lik for de to gruppene av kommuner. Kommunene som ikke har besvart skjemaet har imidlertid relativt sett litt færre uføretrygdede og litt høyere utdanningsnivå enn kommuner som deltar i undersøkelsen.

Selv om kommunene i utvalget synes ganske representative for samtlige norske kommuner med hensyn til demografiske,

økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer, kan det ikke utelukkes at det eksisterer skjevheter i materialet når det gjelder det psykiske helsearbeidet. Hvis det er slik at kommunene med den sterkeste organiseringen rundt dette arbeidet i større grad har besvart skjemaene, vil dataene gi et skjevt – kanskje mer optimistisk – bilde av kommunenes psykiske helsearbeid. Slike skjevheter er vanskelige å unngå. Det er likevel viktig å ha dette in mente i tolkningen av resultatene.

Oslo kommune er ikke med i det datamaterialet som presenteres her. I Oslo er deler av ansvaret for det psykiske helsearbeidet delegert til bydelene. Da ikke alle bydelene i disse to kommunene har returnert skjemaet, er det vanskelig å inkludere dem i analysene. Oslo kommune har dessuten fylkeskommunale oppgaver, i tillegg til de kommunale oppgavene. Dette gjør det problematisk å behandle Oslo på lik linje med andre kommuner i en undersøkelse der kommunen er analyseenhet.

Analysene

Analysene i rapporten er stort sett enkle rapporteringer av fordelinger og gjennomsnitt. Noe av fokuset i rapporten ligger på hvilken betydning organisasjonsmodell har for bredden i involveringen av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet samt for samarbeidsforhold internt i kommunen og mellom kommunen og andre aktører. Da de aller fleste kommunene i 2008 har organisert sitt psykiske helsearbeid enten i form av en egen enhet eller som en egen tjeneste, dreier drøftingene seg i hovedsak om disse to modellene.

Vi har i det prosjektet som rapporteres her ikke sett på brukernes involvering i og vurdering av de kommunale tjenestene. Disse problemstillingene er behandlet i andre NIBR-prosjekter knyttet til evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Marit Helgesen benytter intervjumateriale fra de samme kommunene som utgangspunkt for sin analyse av brukerinvolvering i psykisk helsearbeid (Helgesen 2004). Fire av kommunene har også vært utgangspunkt for trekking av et utvalg brukere (voksne, barn/unge og pårørende) som er intervjuet i Sverdrups prosjekt om brukernes vurdering av tjenestetilbud og medvirkning (Sverdrup et.al, 2005).

Kopling og analyse av data

Spørsmålene om organisering og involvering i spørreskjemaundersøkelsen er i noen tilfeller koplet sammen med andre spørsmål i surveyen, for eksempel spørsmålet om dekningsgrader eller spørsmålet om vurderingen av kommunens innsats.

Koplingen gir muligheter for en analyse av mulige forklaringer på forhold knyttet til involvering og samarbeid.

Dataene fra våre egne surveyer er også koplet til opplysninger fra NSDs kommunedatabase, bl.a. om folketallet i kommunen.

2.3 Gjennomføring av casestudiene

Denne undersøkelsen er gjennomført som metodetriangulering. Det vil si at både survey, intervjuer og dokumentstudier er tatt i bruk. Casestudier gjennomføres for å få et bredere bilde av hvordan opptrappingsplanen gjennomføres i kommunene. Casestudiene retter oppmerksomheten spesifikt mot organisering av det psykiske helsearbeidet, og det er sett på hvilke faktorer som virker fremmende eller hemmende for arbeidet med psykisk helse i kommunene. Prosjektet har utarbeidet problemstillinger som legger særlig vekt på om tjenestene som er knyttet til psykisk helse ytes gjennom kommunens ordinære apparat for å yte pleie- og omsorgstjenester eller om det er etablert en særskilt enhet eller tjeneste for å utvikle og yte disse tjenestene. Hvordan kommunene velger å organisere sine psykiske helsetjenester kan legge betingelser for evnen til å gi et bredt, helhetlig og samordnet tilbud. Problemstillingene omfatter derfor også dette tema, og vi har kartlagt hvilke tjenester som er involvert i det psykiske helsearbeidet og hvilket tilbud som gis til brukerne av tjenestene.

Datamaterialet i casestudiene er intervjuer med ledere og medarbeidere i de tjenestene som yter psykisk helsetjenester til innbyggere i seks kommuner.² Kommunene varierer i størrelse og

² I rapporter og notater som er utgitt fra dette prosjektet og et prosjekt om brukermedvirkning (** ha med tittel), har sju kommuner vært inkludert som case. Det syvende caset var eksplisitt knyttet til prosjektet om brukermedvirkning som ble avsluttet i 2006. Det opereres derfor i hovedsak med seks case i denne rapporten. Det henvises likevel til det syvende caset der

organisering, antallet intervjuede og hvilke posisjoner de innehar i kommunene vil derfor også variere. Både kommuner og intervju-personer er anonymisert.

Valg av kommuner i casestudien

Allerede her er det viktig å påpeke at observasjonene som gjøres i casestudien ikke kan generaliseres til hele populasjonen av norske kommuner. Utvalget av kommuner er gjort ut fra flere hensyn, og problemstillingene som skal belyses er mange og omfattende. Vi har derfor sett det som vesentlig å få med et knippe kommuner som kan illustrere noe av mangfoldet både i kommunenes forutsetninger for å drive psykisk helsearbeid, og i deres faktiske implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I valget av kommuner har det vært viktig å få med kommuner av ulik størrelse. Nesten 60 % av norske kommuner har 5000 innbyggere eller færre, mens en tredjedel av kommunene har 3000 innbyggere eller færre. Det er dermed grunn til å tro at betingelsene for implementering av Opptrappingsplanen er forskjellig i små og store kommuner. To hypoteser det har vært kommentert på ved tidligere rapporteringer er for eksempel at små kommuner har utfordringer med hensyn på rekruttering av personell, mens store kommuner kan ha utfordringer med hensyn på koordinering og samordning av ulike tjenester som skal ytes til brukergruppene. Dette skal også kommenteres på i denne rapporten.

Kommunenes økonomiske situasjon vil også kunne påvirke deres muligheter og evne til å realisere intensjonene i Opptrappingsplanen. I prosessen med å velge ut kommuner har vi derfor valgt ikke å inkludere de aller rikeste og aller fattigste kommunene i hver størrelsesgruppe.

Kommunenes geografiske plassering, sentralt eller perifert, har tidligere vist seg å være av betydning; både når det gjelder iverksetting av sentrale/statlige planer og programmer og når det gjelder mulighet for å rekruttere fagpersonell til kommunen. Sentralitet kan forstås på to måter: plassering i forhold til staten – hovedstaden – og plassering i forhold til regionale sentra og større byer. Vi har derfor inkludert to nordnorske kommuner som case,

det oppfattes som relevant. Det syvende caset er kommune E i oversikten under.

samtidig som utvalget ellers også varierer med hensyn til beliggenhet i forhold til regionale sentra.

Den andre betydningen sentralitet kan ha i spørsmålet om psykisk helse er beliggenhet i forhold til Distriktpsikiatriske sentra (DPS) eller Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Avstanden til slike institusjoner kan ha betydning for hvordan kommunene legger opp sitt arbeid, ikke minst fordi nærhet kan innebære at kommunen – og den enkelte innbygger – i større grad enn andre kommuner kan trekke veksler på spesialistkompetansen i DPS/BUP. Ambulerende team i DPS/BUP kan kanskje motvirke forskjeller i kommunenes tilgang på spesialisthelsetjenester. Dette er et empirisk spørsmål som belyses i analysene. Vi har derfor tatt med casekommuner som har ulik reiseavstand til spesialisthelsetjenester i psykisk helse.

Kommuneloven fra 1992 ga kommunene stor frihet til selv å velge hvordan de skal organisere sin virksomhet. Dette har skapt stor variasjon i kommunale organisasjonsløsninger. Hovedtendensen er at mange kommuner har forlatt den tradisjonelle hovedutvalgsmodellen som hadde politisk sammensatte utvalg med selvstendig beslutningsmyndighet, til fordel for en modell med komiteer eller utvalg uten, eller med svært liten, beslutningsmyndighet. Mange kommuner har valgt å avskaffe sektorutvalgene og har dannet bredere utvalg der flere politikkområder ses i sammenheng. Et eksempel er at alle ”myke” saksområder i kommunen organiseres til ett utvalg som kan kalles ”utvalget for levekår”. Der finner vi da skole, barnehager, barnevern, pleie- og omsorg, helsetjenester av ulike typer og sosiale saker; alle diskutert og sett i sammenheng i samme politiske komité. For implementeringen av et program av den karakter Opptrappingsplanen er, vil overordnet organisasjonsmodell kunne ha betydning. Særlig tenker vi oss at organisasjonsmodellen vil ha betydning for koordinering og samordning.

Kommunenes frihet med hensyn på organisering har også medført at det er stor variasjon angående administrativ organisering. Omlag 60 % av norske kommuner har reorganisert fra administrative sektorer med et forholdsvis dypt hierarki og tilsvarende mange ledernivåer, til resultatenheter eller virksomheter der ledere er direkte ansvarlige mot rådmannsnivået. Kommunene i utvalget avspeiler denne utviklingen, og de fleste har nå organisert seg med såkalt flat struktur på sin administrative organisasjon.

Spørreskjemaundersøkelsen, som er gjennomført tre ganger (2002, 2004 og 2007), gir opplysninger om hvilken hovedmodell den enkelte kommune har valgt for organisering av sitt eget psykiske helsearbeid. Fordi en viktig hensikt med prosjektet har vært å undersøke hvordan ulike modeller fungerer i praksis, har vi i det opprinnelige utvalget av kommuner sørget for variasjon i organisasjonsmodeller. De viktigste kjennetegnene ved kommunene gjengis i Tabell 2.1.

Tabell 2.1 *Kommuner og valgt organisasjonsmodell i materialet*

Kommune	Beliggenhet	Innbyggere	Politisk organisering	Administrativ organisering	Organisering av psykisk helsearbeid
A ³	Vestlandet, sentralt	28 000	Parlamentarisme med komiteer	Resultatenheter	Egen resultat-enhet
B	Østlandet, sentralt	24 000	Utvalg	Virksomheter	Egen virksomhet i plo
C	Nord-Norge, sentralt	23 000	Komiteer	Resultatenheter	Egen resultat-enhet
D	Østlandet, mindre sentralt	15 000	Komiteer	Virksomheter	Egen virksomhet i helse- og sosial
E	Nord-Norge, mindre sentralt	2900	Utvalg	Virksomheter	Integrert i boenhet
F	Vestlandet, mindre sentralt	2400	Utvalg	Resultatenheter	Egen tjeneste i pleie- og omsorg

(Kilder: Kommunenøkkel, intervjuer i kommunene)

Som det framgår av Tabell 2.1 varierer den kommunale organisasjonen i de valgte kommunene. Med hensyn på den administrative organisasjonen oppfatter alle kommunene selv at de har en variant av flat struktur, men som det kan leses av tabellen er antallet ledelsesnivåer ikke det samme. Fem av de seks kommunene som inngår i analysen har valgt en variant av egen tjeneste når de har valgt organisasjonsmodell for sitt psykiske helsearbeid (A, B, C, D og F). Kommunene A og C har organisert sitt psykiske helsearbeid som egen resultat-enhet, da kan det forventes at det også er en to-nivå modell med hensyn på ledelse, mens det i de to andre

³ Caset utgjør en bydel.

kommunene med stor sannsynlighet vil være flere ledelsesnivåer. De to andre kommunene har valgt en variant av egen tjeneste innenfor rammene av andre virksomheter. Det har vært endringer i noen kommuner siden forrige rapportering. Dette vil bli nærmere kommentert i kapittel to.

Intervjuene

Ulikhetene i kommunenes organisering innebærer at informantene vi er interessert i å snakke med har forskjellige ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Derfor er det hensiktsmessig med et fleksibelt opplegg, og intervjuene er gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det er utarbeidet intervjuguide der det er bestemt hvilke tema som skal belyses i intervjuene, mens noen spørsmål er faste for alle informantene. Intervjuguiden foreligger som vedlegg 5. Opplegget er valgt fordi det gjør det mulig å stille oppfølgings-spørsmål tilpasset den enkelte kommune og informant. Hoveddelen av intervjuene er gjort med medarbeidere i casekommunenes enheter og tjenester for psykisk helsearbeid. I løpet av evalueringsperioden er det gjennomført intervjuer med medarbeidere i alle kommunenes administrasjoner, i noen av kommunene er det intervjuet ved hver milepæl. I noen tilfeller er det intervjuet representanter for samarbeidende tjenester. Det dreier seg først og fremst om helsesøstere, i et par tilfeller er det intervjuet medarbeidere fra enheter for pleie og omsorg. I første runde med intervjuer ble det gjort en stor innsats for å rekruttere fastleger som informanter. Dette var en tidkrevende prosess, og lite vellykket i den forstand at vi fikk få leger i tale. De vi fikk i tale var leger som også hadde posisjon som kommunelege. I andre⁴ og tredje intervjurunde er legene derfor utelatt. For å kompensere noe for dette er det lagt vekt på å spørre informantene hvordan de oppfatter sitt samarbeid med leger i kommunen.

Så langt som mulig er det de samme ansatte som er intervjuet hver gang. Ved store reorganiseringer, for eksempel der tjenesteyting til rusmisbrukere er integrert i psykisk helse, eller ved etablering av koordinator for boliger, er medarbeidere med kompetanse på

⁴ For dette prosjektet er det gjennomføres to runder med intervjuer (2003/2004 og 2008). Det er imidlertid gjennomført en runde med intervjuer spesielt for prosjekt "Brukerdeltakelse og brukermedvirkning. Evaluering av Opptrappingsplanens fokus på brukere" i 2006. Informasjon fra denne runden vil inngå i analysene der det er relevant.

respektive felt forsøkt inkludert i gruppen informanter. Det har i stor grad vært vellykket. I noen tilfeller er også både ledere og medarbeidere skiftet ut, to kommuner hadde for eksempel forskjellige ledere for psykisk helsearbeid ved hver av de tre intervjurundene som er gjennomført. Hvis medarbeidere har sluttet eller er sykemeldte, er det holdt fokus på informantenes utdanning. Det vil si at hvis en sosionomutdannet medarbeider har sluttet er det intervjuet en annen sosionom hvis det var mulig. Det gis en oversikt over informantenes utdanning i Tabell 2.2.

Langt de fleste informantene er utdannede sykepleiere. Det dreier seg både om ledere og medarbeidere i enheter og virksomheter for psykisk helsearbeid. Det er også fortsatt slik at den videreutdanningen de fleste informantene har er som psykiatrisk sykepleier. Hovedårsaken til dette er i 2005/2006 og 2008 at det, så langt det har latt seg gjøre, er holdt fast ved den opprinnelige gruppen informanter, og at den tverrfaglige utdanningen var forholdsvis ny og dermed ikke så utbredt i kommunene i 2003/2004. Selv om de fleste informantene til denne evalueringen er psykiatriske sykepleiere er det viktig å understreke at enhetene og virksomhetene der informantene er medarbeidere er mer mangfoldige med hensyn på medarbeidernes utdanningsbakgrunn. Antallet sosionomer og vernepleiere er voksende, det er ansatt ergoterapeuter i noen kommuner, og det uttales ønsker i flere kommuner om å ha ergoterapeuter som en del av staben. Trolig finnes det ergoterapeuter tilgjengelig for psykisk helsearbeid i fem av de seks casekommunene, men designet for utvalg av informanter har medvirket til at disse ikke er fanget opp som informanter i vår studie. Noen enheter kan også dra veksler på fysioterapi-kompetanse som deres kommune er i besittelse av.

Tabell 2.2 *Oversikt over informantenes yrkestilhørighet og relevante videreutdanninger*

Yrkes- gruppe	Sykepleiere			Sosionomer			Ergoterapi/ Miljøterapi			Vernepleie/ Hjelpepleie		
	03/ 04	05/ 06	08 ¹	03/ 04	05/ 06	08	03/ 04	05/ 06	08	03/ 04	05/ 06	08
År/ Utdanning												
Allmenn/ til sammen	25	24	15	4	3	5	5	5		3	3	4
Psykiatrisk sykepleie	16	11	7									
Tverrfaglig videreutd.	1	5		1	2	2		1		3	3	3
SEPREP²	5	5	3	1			1					1
Kognitiv spes.	2	2	2	1								
Helse- søster	5	2	1									
Rusfaglig videreut.				1		2						

¹ I 2008 er det inkludert seks kommuner mot sju de to foregående datainnsamlingsrundene

² SEPREP er en forkortelse for Senter for psykoseterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser. Dette senteret organiserer en etterutdanning som har fått navnet SEPREP Tverrfaglig utdanningsprogram.
(Kilde: Intervjuer i kommunene, noen informanter har flere videreutdanninger)

3 Organisering av kommunale tjenester

3.1 Innledning

Denne rapporten dreier seg om hvordan kommunene organiserer sitt psykiske helsearbeid. Det psykiske helsearbeidet utføres innenfor en større kommunal organisasjon. Hvor i denne organisasjonen det psykiske helsearbeidet plasseres – hvilken status det har i forhold til andre politikkområder, hvordan ledelsen av arbeidet er organisert, og hvilke tjenester det psykiske helsearbeidet er organisert sammen med – kan være av betydning for hvordan oppgavene i det psykiske helsearbeidet løses.

Klassisk administrasjonsteori fremholder at de formelle organisasjonsstrukturene utgjør sentrale betingelser for organisasjonenes atferd eller funksjonsmåte (Egeberg 1984:30). Luther Gulicks arbeid fra 1930-tallet *Notes on the theory of organization. With special reference to government* (Gulick 1969), omhandler hvordan organisering påvirker behandlingen av saker. Oppgaver som legges *innenfor* en organisasjonsenhet sees i sammenheng og koordineres, mens avveining av ulike hensyn og interesser i mindre grad forekommer *mellom* organisasjonsenheter. Hva som legges til samme enhet, og hvilket spesialiseringsprinsipp som benyttes for inndeling i enheter vil derfor ha stor betydning for hvilke saker som avveies i forhold til hverandre, og hvilket nivå i organisasjonen som forestår prioritering mellom ulike områder.

Gulick skiller mellom tre hovedprinsipper for spesialisering som er av særlig relevans i forhold til organisering av psykisk helsearbeid: spesialisering etter formål/funksjon, etter geografisk nedslagsfelt, eller etter klientell. En inndeling etter funksjonelle kriterier

impliserer en sterkere tendens til standardisering av tiltak på tvers av geografiske områder, for eksempel for å sikre høy faglig standard og likhet i tjenestetilbudet. Inndeling etter det geografiske prinsippet bidrar på den annen side til geografisk differensiering, gjerne motivert ut fra målet om tilpasning til lokale ønsker og behov. Organisering med basis i klientellet som betjenes innebærer gjerne at ulike tjenester som er rettet mot en avgrenset klientgruppe organiseres i samme enhet (Egeberg 1984:31-32, Gulick 1969). Valg av spesialiseringsprinsipp kan slik sett oppfattes som valg av policy – organiseringen er, i dette perspektivet, et instrument for måloppnåelse.

Gulicks perspektiv har møtt mye motstand og kritikk, først og fremst for å overdrive de *formelle* strukturenes betydning. Organisasjonene er ikke bare rasjonelt konstruerte enheter, men er institusjoner med en egenverdi som også utgjør mål i seg selv (Scott 1981, Selznick 1957). Organisasjonene består av individer og grupper med egne – gjerne uformelle – mål for organisasjonens virksomhet (March og Olsen 1976). Organisasjonene reflekterer dessuten forhold i sine omgivelser, og kan ikke analyseres uavhengig av disse omgivelsene. Røvik (2007) er opptatt av hvordan organisasjoner består av mer usynlige kulturer som bæres av menneskene som befolker organisasjonen, og som har identiteter og kunnskaper og som har lært gjennom erfaring.

Analysene i denne rapporten er inspirert både av den rasjonelle organisasjonsteorien og av det som gjerne kalles det naturlige organisasjonsperspektivet (Egeberg 1984:36-). Spesielt i analysene av det kvalitative materialet i kapittel 7 (**), trekkes det veksler på begge perspektivene i drøftingene av observasjoner av det psykiske helsearbeidet i case-kommunene.

3.2 Om kommunale organiseringstrender

Frem til begynnelsen av 1990-tallet var norske kommuner underlagt en rekke reguleringer knyttet til organiseringen av den kommunale virksomheten. Kommunene benyttet stort sett hovedutvalgsmodellen. Modellen innebar at det var etablert politiske utvalg rundt alle de mest sentrale kommunale politikk-områdene, f.eks. skolestyre, helse- og sosialutvalg, kulturstyre, bygningsråd og teknisk utvalg. Utvalgene hadde relativt stor

beslutningsmyndighet på sitt område. Administrativt var kommunen organisert med etater innenfor hvert av disse politikkområdene. Fordelen med en slik organisering var at kommunen fikk sektorspecialister på alle områdene – både politikere og ansatte hadde spesialkompetanse på sitt felt. Ulempene var at en slik struktur kunne medføre at folk ble sektorpolitikere og- forsvarere, og at helheten i de politiske beslutninger ble neglisjert.

Kommuneloven av 1992 ga kommunene stor frihet til å organisere sin virksomhet slik de selv finner hensiktsmessig. Samtidig ble det anbefalt kommunene å gå over til en modell med politiske komiteer, der komiteene innstiller til kommunestyret, men ikke har beslutningsmyndighet som de tidligere utvalgene.

Norske kommuner er svært forskjellige i størrelse, beliggenhet og demografisk struktur. Disse forskjellene innebærer at hva som ansees som hensiktsmessig organisering også varierer. I årene etter Kommuneloven av 1992 har det derfor vokst frem stor variasjon i den kommunale organiseringen.

Til tross for den økte valgfriheten er det også mulig å spore klare organisasjonstrender – eller ”moter” – i kommunene (Christensen et. al. 2004, Røvik 1998). Fra begynnelsen av 1990-tallet har det vært en utstrakt bruk av ulike virkemidler innenfor det som gjerne kalles New Public Management (NPM). Ett slikt organisatorisk virkemiddel som kan sies å tilhøre kretsen av NPM-tiltak er såkalt ”flat struktur”. Som vi senere skal se, kan denne modellen være særlig relevant i forhold til organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunene. Vi velger derfor å behandle denne modellen i noe mer detalj.

3.2.1 Flat struktur

”Flat struktur” kalles også ”to-nivå-modellen” eller ”enhetsmodellen”. En *flat struktur* er mest rendyrket der en kun har 2 administrative ledelsesnivåer (Opedal et.al. 2002). Når organisasjonen flates ut får en færre ledere og færre nivåer per ansatt. Flat struktur innebærer gjerne at tjenesteytende virksomheter får status som mer eller mindre selvstyrte resultatenheter. Den viktigste endringen i flat struktur-modellen kan sies å være fjerningen av

mellomledersjiktet og desentraliseringen av myndighet til virksomhets-/resultatenhetslederne.

Utviklingen i kommunenes organisering kartlegges hvert fjerde år av NIBR for Kommunal- og regionaldepartementet. Dataene fra registreringene foreligger i Organisasjonsdatabasen. Siste kartlegging ble gjennomført våren 2008.

Organisasjonsdatabasen viser at det generelt har vært lavere endringstakt i den kommunaladministrative organisasjonen i perioden etter 2004 enn i perioden 2000-2004 (Hovik og Stigen 2008:90-91). Det er også færre kommuner som har planer om å endre den overordnede administrative organiseringen i 2008 sammenliknet med tidligere. Svært mange av de kommunene som gjennomførte endringer i administrativ organisering i perioden 2000-2004 innførte en flatere organisasjonsstruktur, eller en såkalt to-nivåmodell (Tabell 3.1).

Tabell 3.1 *Hvor mange faktiske ledernivåer er det mellom administrasjonssjefnivået i kommunen og lederne for de utøvende tjenestene? Prosent 2004 og 2008*

	2004	2008
Ingen	41	42
Ett	39	31
To	13	8
Flere	5	1
Varierer	3	18
Totalt (N=)	101 (329)	100 (312)

Kilde: Hovik og Stigen (2008:92)

Andelen kommuner med en ”ren” tonivåmodell, der det ikke er noe ledernivå mellom lederne for de utøvende tjenestene og administrasjonssjefsnivået, holder seg helt stabil fra 2004 til 2008. Den entydige trenden i retning av å innføre flat struktur i kommunene, ser altså ut til å ha stoppet opp de senere årene.

En nærmere analyse viser at noen av kommunene som oppgir at ikke har noen ledernivåer mellom lederne for de utøvende tjenestene og administrasjonssjefsnivået viser at mange enkelt-

virksomheter ikke rapporterer direkte til rådmannsnivået (Tabell 3.2). Omtrent én av tre kommuner i datamaterialet har en rendyrket to-nivåmodell, der det ikke er noe mellomliggende ledernivå, og der lederne for enkeltvirksomhetene rapporterer direkte til rådmannsnivået (Hovik og Stigen 2008:93).

Tabell 3.2 *Typen administrative enheter som rapporterer direkte til administrasjonsjefnivået i kommunene. Prosent, absolutte tall i parentes. N= 326 og 311*

	2004	2008
Enkeltvirksomheter (f.eks. den enkelte skole, barnehage, sykehjem)	43 (82)	52 (161)
Mer overordnet enhet hvor flere virksomheter inngår (f.eks. noen skoler, og /eller barnehager)	17 (32)	25 (79)
Etat eller lignende hvor f.eks alle skoler eller pleie- og omsorgstjenester inngår	54 (103)	42 (129)
Virksomheter innenfor geografiske områder (distrikter, soner)	4 (8)	3 (10)
Funksjonsorganiserte enheter (f.eks. driftsenhet, utviklingsavdeling)	20 (37)	27 (85)

(Kilde: Hovik og Stigen 2008)

Tabellen viser at antallet kommuner der det er etater som rapporterer har sunket; fra 54 prosent i 2004 til 42 prosent i 2008. Den tradisjonelle etatsmodellen er altså å finne i stadig færre kommuner.

Andelen som bare har ett ledernivå mellom rådmannsnivået og lederne for de utøvende tjenestene har i samme periode sunket fra 39 prosent til 31 prosent. Dette er sannsynligvis de kommunene som har en modell med fagetater med etatssjefer som leder, som var den vanlige modellen på 1990-tallet.

Andelen kommuner som oppgir at antall ledernivåer varierer fra sektor til sektor har økt betydelig fra 2004 til 2008 (Tabell 3.1). Forskerne bak organisasjonsdatabasen mener at dette indikerer at den administrative organiseringen innenfor mange kommuner er blitt mer differensiert over tid. I noen sektorer praktiseres to-nivåmodell, mens en innenfor andre sektorer har en mer hierarkisk lederstruktur (Hovik og Stigen 2008:93).

Flat struktur: Mål og konsekvenser

Opedal, Stigen og Laudal (2002:33-34) finner i en casestudie av ni kommuner med flat struktur at innføringen av to-nivåmodell er motivert ut fra flere hensyn: ønske om tydeligere rolle- og ansvarsfordeling mellom politikk og administrasjon i kommuneorganisasjonen og tydeligere resultatansvar på ulike nivåer, og ønske om innsparinger, bedre ressursutnyttelse og kostnadskontroll er noen hensyn som ligger bak omorganiseringer til to-nivåmodell. Økt fokus på bukerorientering og brukermedvirkning er også en sentral begrunnelse for valg av flatere strukturer. Gjennom flatere strukturer blir det kortere avstand mellom brukere, administrasjon og politikere. Samtidig blir mye ansvar delegert ned til det leddet i kommuneorganisasjonen som står nærmest brukerne.

Omleggingen fra den tradisjonelle etatsmodellen til flat struktur har i all hovedsak bestått i å fjerne mellomledersjiktet og desentralisere myndigheten fra dette sjiktet til virksomhetslederne. Når f.eks. skolesjefen og helse- og sosialsjefen forsvinner ut, er det rektorene og sykehjemsbestyrerne som blir ansvarliggjort. Enhetslederne kommer slik sett i en posisjon der de er fullt og helt ansvarlige for den enheten hun eller han leder, men der de samtidig er underlagt politikerne og rådmannen, dvs. de skal være "politikernes forlengede arm på stedet" (Opedal, Stigen og Laudal 2002:73). Rollen som enhetsleder kan derfor oppleves å være både sammensatt og potensielt konfliktfyllt.

Erfaringene med enhetslederrollen, slik de fremgår av undersøkelsen til Opedal, Stigen og Laudal (2002:82-83), er at rollen gir større innflytelse over eget arbeid og enhetens virksomhet. Omfattende delegasjon har virket ansvarliggjørende på lederne, samtidig som trivselen og utfordringene har økt. Men enhetslederne har også fått betydelig større arbeidsbelastning, særlig knyttet til økonomi og administrasjon. Mange av enhetslederne synes at de får for liten tid til å holde seg faglig á jour, og at mulighetene for å utvikle seg selv og enheten faglig blir mindre. Noen opplever også at dette har som konsekvens at det blir vanskeligere å rekruttere og holde på de beste fagfolkene. I en slik modell kan det dessuten være vanskelig å plassere ansvaret for hvem som skal sørge for at enheten ikke blir hengende etter faglig.

Ansvar for å samarbeide og koordinere på tvers av enhetene skal i prinsippet ligge på rådmannsnivået i en kommune med flat

struktur, men rådmannsnivået er i liten grad i stand til å fylle denne rollen på samme måte som de tidligere etatssjefene gjorde. Enhetslederne opplever at det i stor grad er opp til dem selv å finne frem til gode samarbeidsløsninger med andre enhetsledere. Slikt samarbeid er avhengig av gjensidig vilje (og ressurser) til samarbeid. Hvis en av partene ikke ønsker å delta i samarbeidet, eller mener at enheten ikke har ressurser å bruke på samarbeid, kan denne parten ødelegge samarbeidet, uten at det er åpenbart hvem som kan pålegge enheten å samarbeide. Små resultatenheter kan tendere til å bli ”enhetsgoister”. Egen måloppnåelse kan gå på bekostning av samarbeid og koordinering. Opedal, Stigen og Laudal (2002:85) refererer til at noen av de intervjuede enhetslederne mente at store og målgruppeorganiserte resultatenheter, som omfatter en rekke ulike tjenester rettet mot en gitt gruppe, har klare fortrinn når det gjelder å få til effektivt tjenestesamarbeid – ikke minste overfor brukere med sammensatte behov.

Kommunal organisering med flat struktur med resultatenheter kan med andre ord utfordre – og stille sterke krav til – koordinering og samarbeid mellom ulike tjenesteenheter.

3.3 Om integrasjon, samarbeid og samordning

Forholdet mellom spesialisering og koordinering står sentralt i all tenkning om organisasjoner. Når den horisontale spesialiseringen eller oppsplittingen i enheter øker, øker også behovet for koordinering mellom enhetene. Desentralisering av ansvar og myndighet krever en viss sentralisering av den overordnede koordineringen (Mintzberg 1979, Scott 1987), eller at det etableres formelle eller uformelle koordineringstiltak mellom enhetene. Ofte vil avveiningen mellom formelle og uformelle tiltak avhenge av organisasjonens størrelse. Store organisasjoner krever gjerne mer formaliserte tiltak enn små organisasjoner. I kapittel 6 kommer vi nærmere inn på forskjeller mellom trekk ved koordinering og samarbeid i det psykiske helsearbeidet i store og små kommuner.

Policy integration

I Opptrappingsplanen for psykisk helse er det lagt vekt på at det psykiske helsearbeidet skal integreres i det ordinære tjenesteapparatet i kommunen. Integrering av tjenestene vil – hevdes det –

kunne bidra til integrasjon av psykisk syke i sitt lokalmiljø. Integrering kan dessuten bety sterkere samarbeid mellom tjenestene, og derved et mer helhetlig tjenestetilbud til mennesker med psykiske problemer og lidelser.

Integrasjon av politikkområder – ”policy integration” – er diskutert innenfor statsvitenskapen, i Norge først og fremst når det gjelder miljøpolitikk, men også på matsikkerhetsområdet (Lafferty and Hovden 2002, Ugland 2003, Veggeland og Ugland 2005).⁵ Spørsmålet er gjerne hvordan man på best mulig måte kan sikre at for eksempel miljøhensyn blir tatt innenfor relevante politikkområder. I nyere litteratur gjøres et skille mellom vertikal integrasjon og horisontal integrasjon (Lafferty and Hovden 2002:19-) – eller mellom integrasjon *innen* og *mellom* sektorer.

Vertikal integrasjon dreier seg om hvorvidt et politikkområde er innbakt i sektorpolitikken. I hvilken grad har ulike statlige eller kommunale sektorer tatt opp i seg de mål, hensyn og verdier som ligger til politikkområdet og avstemt dem i forhold til andre mål og hensyn innenfor sektoren?

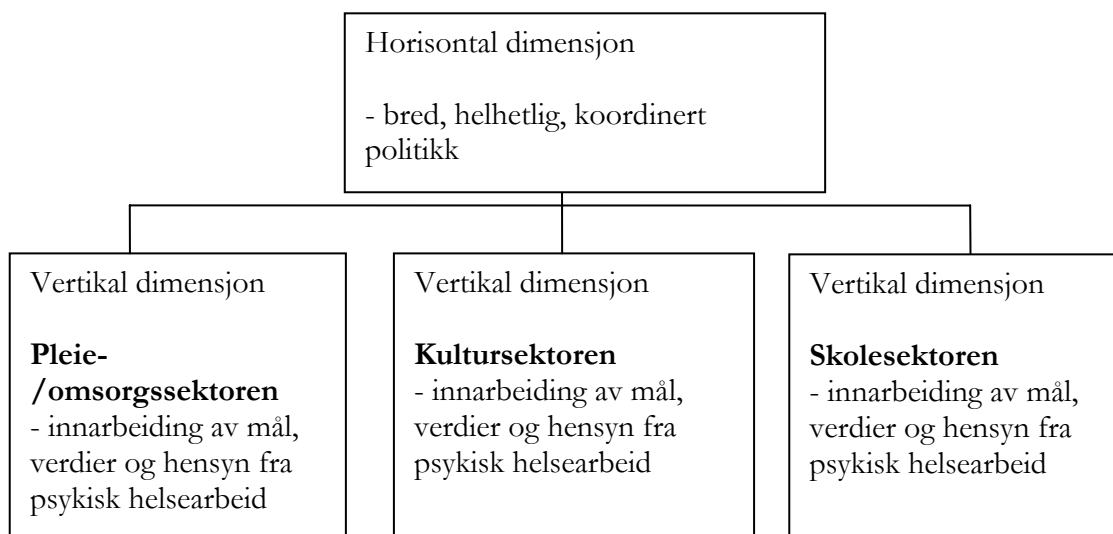
Horisontal integrasjon omhandler i hvilken grad det er utviklet ordninger som sørger for at det utvikles en samlet politikk for et gitt område – på tvers av eksisterende sektorer. I hvilken grad eksisterer det organisasjons- og ledelsesstrukturer som sikrer en tverrsektoriell og samordnet politikk?

Disse begrepene er relevante også i forhold til diskusjonene om integrering av psykisk helsearbeid som et kommunalt politikkområde. Spørsmålet om vertikal integrasjon av psykisk helsearbeid dreier seg om i hvilken grad relevante kommunale sektorer – som helse, pleie/omsorg, skole og kultur – makter å ta opp i seg de mål, hensyn og verdier som ligger i det psykiske helsearbeidet.

Horisontal integrasjon innebærer spørsmålet om kommunene faktisk makter å skape et bredt, helhetlig og koordinert tilbud til innbyggere med problemer relatert til psykisk helse.

⁵ Deler av dette avsnittet er en gjengivelse av deler av et tidligere notat fra prosjektet, se Myrvold og Helgesen (2005) (** Sjekk)

Figur 3.1 Eksempel på horisontal og vertikal integrasjon



I faglitteraturen har det vært relativt lite diskusjon om forholdet mellom de to dimensjonene (Veggeland og Ugland 2005). Er det slik at de to elementene i integrasjonsbegrepet gjensidig støtter hverandre, eller kan de være i konflikt? Innebærer en styrking av den vertikale integrasjonen at horisontal integrasjon vanskelig-gjøres, eller er vertikal integrasjon tvert i mot en forutsetning for å få til større helhet og sterkere koordinering i arbeidet?

Opptrappingsplanen for psykisk helse er opptatt av en styrking av begge dimensjonene. Den vertikale integreringen skal styrkes ved at psykisk helsearbeid integreres i allerede etablerte tjenester. Og den horisontale integrasjonen skal bli bedre, slik at tilbudet til innbyggere som trenger hjelp skal bli mer helhetlig og koordinert. Opptrappingsplanen gir imidlertid ingen anvisninger på hvordan slik horisontal integrering skal realiseres.

Spørsmålet dreier seg altså om hvorvidt det er mulig å få til *både* en styrking av de etablerte tjenestene *og* den overordnede samordningen samtidig, og hvordan arbeidet best kan organiseres for å sikre dette. Diskusjonen i fagmiljøene har gått på om det psykiske helsearbeidet er best tjent med at kompetanse spres på de ulike kommunale tjenestene, eller om etableringen av en egen tjeneste i større grad fremmer psykisk helsearbeid som politikkområde i

kommunene. Mens en styrking av de etablerte tjenestene kan bety at psykisk helsearbeid forblir et noe sterkere, men fremdeles relativt svakt vertikalt integrert element i de ulike sektorene, kan etableringen av en egen tjeneste innebære at det dannes én sterkt vertikalt integrert enhet. Kan en slik sterk enhet bidra til den horisontale integrasjonen, eller vil en slik konsentrasjon av kompetanse tvert i mot svekke samordningen?

Det er denne diskusjonen som er utgangspunkt for analysene av organisering i denne rapporten. I drøftingene vil det etter vår mening være viktig å ta hensyn til fire forhold:

- At mulighetene for integrering på tvers av sektorer også er avhengig av kommunens overordnede organisasjonsmodell og eksistensen av samordnende strukturer i kommunen
- At mulighetene for integrering internt i en tjeneste avhenger av hvordan lederskapet organiseres og utøves
- At psykisk helse som et prioritert arbeidsfelt er ganske nytt for mange kommuner (selv om det nok har vært mye psykisk helsearbeid implisitt i det arbeidet som har vært utført av mange kommunale tjenester), og at dette kan ha betydning for hvordan feltet bør organiseres
- At norske kommuner er svært forskjellige, både i folketall, areal og beliggenhet. Det som er optimal organisering for en stor kommune, kan være lite hensiktsmessig for en liten kommune

I de neste kapitlene ser vi nærmere på hvordan de ulike hovedmodellene for organisering av psykisk helsearbeid arter seg i praksis, og hvordan modellene tilpasses ulike kommunale forutsetninger. Særlig utforsker vi hvordan kommunens overordnede organisering av sin virksomhet – spesielt i form av flat struktur – preger funksjonsmåten til ulike modeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet. I den kvalitative delen av studien (kapittel 7) ser vi også på hvordan ledelsen av det psykiske helsearbeidet er ivaretatt i de ulike modellene. I hvilken grad ivaretar ulike organisasjonsmodeller behovet for vertikal integrering av fagfeltet, f.eks. i form av å skape handlingsrom for de profesjonelle medarbeidernes yrkesutøvelse?

DEL II

KVANTITATIVE ANALYSER

4 Kommunalt samarbeid og koordinering i psykisk helsearbeid for voksne

4.1 Innledning

I statsbudsjettet for det siste året av Opptrappingsplanen for psykisk helse gjør Helse- og omsorgsdepartementet opp status for hvilke mål som er nådd i løpet av de ni første årene av Opptrappingsplanen. Blant resultatene departementet trekker frem er økt fokus på psykisk helse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, etablering av boliger og støttetiltak i kommunene, økt vekt på bruker- og pårørendeperspektivet og betydelig mer bruk av arbeidsstøttende tiltak for personer med psykiske lidelser (St.prp. nr. 1 (2007-2008)).

Etter departementets vurdering er det flere utfordringer som gjenstår innenfor det kommunale psykiske helsearbeidet, blant annet styrking av forebyggende tiltak, utbygging av lavterskeltiltak, oppfølging etter utskriving og bedring av samarbeidet mellom ulike tjenester. Et sentralt punkt for departementet er utbygging av bedre og mer likeverdige kommunale tilbud. Departementet vil prioritere utviklingen av det kommunale tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser, til personer med samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser og tilbudet til særlig ressurskrevende voksne med sammensatte behov.

Oppmerksomheten rundt utvikling av gode samarbeids- og samordningsformer innenfor tjenestetilbudet til mennesker med psykiske problemer og lidelser har vært sterk i siste del av Opptrappingsplanen. Statusgjennomgangen for planens resultater i

2003 viste ikke tilfredsstillende utvikling i samarbeid og samordning:

Helhet og kontinuitet i tilbudet mangler fortsatt i betydelig grad. Dette gjelder både innenfor den enkelte kommune, innenfor det enkelte helseforetak og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (St. prp. nr. 1 (2004-2005))

I denne rapporten blir det gjennomgående foretatt sammenlikninger med svarene fra kommunene gitt i spørreskjemaundersøkelsene fra 2002 og 2005 (Myrvold 2004; Myrvold 2006). Mens det i de foregående årene ble gjennomført en rekke nye tiltak og prosjekter i regi av Opptappingsplanen, har Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i hovedsak å styrke eksisterende tiltak i siste del av opptappingsperioden. I rapporten fra 2006 så vi særlig etter om det kunne spores resultater av følgende satsinger:

- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: ”... sammen om psykisk helse...”
- Samarbeidsprosjekt med Aetat om styrking av arbeidstilbudet til mennesker med psykiske lidelser: ”Vilje viser vei”
- Prosjekt for implementering av individuell plan, både for voksne og for barn/unge. Nye forskrifter og ny veileder for arbeidet med individuell plan. Veilederen vektlegger også styrkingen av samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på dette området
- Klarere presisering av fastlegenes rolle i det lokale psykiske helsearbeidet
- Det blir stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd til kommunene at de sørger for reell brukervedvirkning og at midler avsettes til støtte til brukerorganisasjonene (St.prp. nr. 1 (2004-2005):187)

Som nevnt i rapporten fra 2006 var de fleste av disse tiltakene ganske nyoppstartet da vår undersøkelse ble gjennomført i 2005. Det er grunn til å tro at eventuelle resultater av satsingene vil være mer uttalt i 2008, fordi tiltakene nå har fått virke ytterligere tre år.

Av nyere tiltak med særlig relevans i forhold til problemstillingene i denne rapporten, er to veiledere utgitt av Helsedirektoratet:

- Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (IS-1332), utgitt i desember 2005
- Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405), utgitt i mars 2007

Veilederne beskriver fagfeltet, gir råd og veiledning om arbeidet i kommunene, og trekker opp de overordnede rammer for kommunenes psykiske helsearbeid. Veilederne kan sees som et virkemiddel for å utvikle fagfeltet i kommunene, og også som en måte å stimulere til et mer likeverdig tilbud til psykisk syke i de ulike kommunene. Vi refererer til innholdet i disse veilederne der det er relevant for analysene i rapporten.

4.2 Spørsmål som belyses i kapitlet

Helsedirektoratet understreker at et sentralt mål for kommunenes arbeid er å sikre at ”personer som har behov for hjelp får hjelp – at det psykiske helsearbeidet blir tydelig nok i organisasjonen og presentasjonen av denne utad” (Sosial- og helsedirektoratet 2005:7). For å oppnå dette er det behov for et bredt samarbeid, der ulike tjenester og ulike nivåer bidrar:

Et nært samarbeid mellom de kommunale helse- og sosialtjenestene, spesialisthelsetjenesten, Aetat, trygdeetat, arbeidsgiver og frivillige organisasjoner er viktig (Sosial- og helsedirektoratet 2005:17).

I dette kapitlet ser vi nærmere på utviklingen i organisering, samarbeid og samordning i kommunenes psykiske helsearbeid for voksne. Vi stiller følgende spørsmål:

- Hvordan har utviklingen i organiseringen av arbeidet vært i perioden 2002 – 2008?
- Hvordan har utviklingen i samarbeid og samordning vært i perioden – både internt i kommunen og mellom kommunen og andre aktører?

- Benytter kommunene i større grad individuelle planer i 2008 sammenliknet med i 2002 og 2005? Hvilke holdninger og oppfatninger eksisterer i kommunene mht individuelle planer?
- Hvilke tjenester involveres i det psykiske helsearbeidet i kommunene, og hvordan oppleves samarbeidsrelasjonene mellom tjenestene? Makter kommunene å trekke med flere tjenesteområder i arbeidet? Hvordan er utviklingen mht fastlegenes involvering?
- Hvordan er utviklingen i samarbeidet mellom kommunene og brukerorganisasjonene i det psykiske helsearbeidet?
- Hvordan vurderer kommunene sitt psykiske helsearbeid og utviklingen i tjenestene for innbyggerne?

Fokuset i den første rapporten fra prosjektet lå i stor grad på hvilken betydning overordnet organisering (egen enhet, egen tjeneste, integrert tjeneste) har for samordning og samarbeid. Særlig så vi på effektene av en integrert modell for psykisk helsearbeid, som var den modellen Opptappingsplanen anbefalte kommunene å bruke. I 2008 har nesten ingen kommuner valgt en integrert modell. I den grad vi fokuserer på betydningen av organisasjonsmodell, vil vi derfor særlig se på forskjellene mellom kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid og kommuner der dette arbeidet er en egen tjeneste plassert innenfor en større enhet sammen med andre tjenester.

4.3 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2008

I Opptappingsplanen ble det forutsatt at kommunene ikke skulle etablere noen særtjeneste for innbyggere med psykiske problemer, men at tjenestene for denne gruppen skulle integreres i det ordinære kommunale tjenesteapparatet (**). Rapporten med data fra 2002 viste at svært få kommuner hadde valgt å organisere det psykiske helsearbeidet i tråd med en integrert organisasjonsmodell (Myrvold 2004). Både denne rapporten og en case-studie av et utvalg kommuner pekte dessuten på at den integrerte modellen ikke nødvendigvis øker samarbeidet og samordningen for innbyggere med behov for hjelp (Myrvold og Helgesen 2005). Den

integrerte modellen ble også oppfattet av fagfolk i mange kommuner som lite heldig for fagmiljøet.

I undersøkelsen fra 2005 (Myrvold 2006) var andelen kommuner med integrert modell for det psykiske helsearbeidet for voksne ytterligere redusert. Veilederen for voksne i kommunene, som ble utgitt av Helsedirektoratet i desember 2005, inneholder ikke noe krav om integrerte tjenester (Sosial- og helsedirektoratet 2005:7):

Det er gjennom en veileder ikke mulig å peke ut konkrete organisasjonsmodeller som i kraft av modell løser utfordringene.

Direktoratet velger heller å presisere noen grunnleggende krav til det psykiske helsearbeidet som skal ivaretas uansett hvilken organisasjonsmodell kommunene har valgt for arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2005:7):

- Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud
- Et godt fagmiljø
- At brukeren behandles med respekt
- Kontinuitet for brukeren

I spørreskjemaene fra 2002, 2005 og 2008 ba vi respondentene fra kommunene krysse av for hvilken av følgende forenklete modellbeskrivelser som passet best for det psykiske helsearbeidet i deres kommune:

Modell 1: Arbeidet med psykisk helse er plassert i en egen enhet, på lik linje med pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og legetjenesten. Enheten har egen leder, eget budsjett og egen personalgruppe, som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid.

Modell 2: Kommunen har etablert en egen 'psykiatritjeneste', med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. I tillegg legges det vekt på å styrke de etablerte tjenestenes arbeid med psykisk helse ved kompetanseoppbygging blant ansatte i de ordinære tjenestene.

Modell 3: Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helse i stab hos rådmannen/hos helse- og sosialsjefen

(stryk det som ikke passer). Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. De etablerte tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid.

Modell 4: Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggere med psykiske problemer benytter. Ansatte i de etablerte tjenestene har eller bygger opp kompetanse i psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.

Undersøkelsen fra 2008 viser at nesten ingen kommuner nå har en integrert modell for det psykiske helsearbeidet for voksne (Tabell 4.1).

Tabell 4.1 *Kommunenes overordnede organisering av psykisk helsearbeid for voksne, 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Modell 1: Egen enhet for psykisk helsearbeid	17	16	34	17
Modell 2: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid	68	74	59	-9
Modell 3: Ansvar plassert i stab hos rådmann/helse- og sosialsjef	4	4	0	-4
Modell 4: Integrerte tjenester	9	6	1	-8
Ubesvart	2	1	6	4
Totalt	100	101	100	
(N=)	(N=254)	(N=274)	(N=219)	

Det er en klar økning i andel kommuner som oppgir at de har en egen enhet for psykisk helsearbeid i 2008 sammenliknet med i 2002 og 2005, mens det er en nedgang i andelen som sier de har psykisk helsearbeid plassert som en egen tjeneste innenfor en større tjenesteenheter.

Det er viktig å merke seg at skillet mellom modellene i praksis kan være utydelig, særlig mellom modell 1 og modell 2. I modell 1

utøves det psykiske helsearbeidet i prinsippet en egen spesialisert enhet, med egen leder og eget budsjett. I modell 2 er det psykiske arbeidet i hovedsak lagt til en egen tjeneste, men der ressurser knyttet til psykisk helsearbeid i større grad også er kanalisert til de ordinære tjenestene. I motsetning til kommuner som har en egen enhet for psykisk helsearbeid (modell 1), innebærer tjenestemodellen at det psykiske helsearbeidet er plassert innenfor en paraply av en større kommunal tjeneste, for eksempel pleie- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Dette betyr at det psykiske helsearbeidet i tjenestemodellen blir en egen faglig enhet, men der arbeidet ofte sees i sammenheng med andre relevante kommunale tjenester. I modell 2 vil det variere om kommunen har en egen leder for det psykiske helsearbeidet, eller om personalet inngår i en gruppe med leder fra et annet fagfelt.

Kommuneloven av 1992 ga kommunene svært stor frihet til å bestemme hvordan de ønsker å organisere sin virksomhet. Med store størrelsesforskjeller mellom kommunene i Norge, vil det variere hva som er en hensiktsmessig organisering. Det er betydelige ulikheter i kommunenes inndeling av tjenestene, noe som bidrar til variasjonen i hvilke oppgaver som det psykiske helsearbeidet er organisert sammen med.

Vi har bedt kommunene angi hvor i kommuneorganisasjonen hovedansvaret for det psykiske helsearbeidet er lagt. Tabell 4.2 viser resultatet av denne kartleggingen.

Tabell 4.2 *For kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid: Hvor er det psykiske helsearbeidet plassert i kommuneorganisasjonen? 2005 og 2008*

	2005	2008	Endring 2005-2008
I pleie og omsorg	39	70	31
I helse/rehabilitering	38	13	-25
I sosialtjenesten	8	1	-7
I helse og pleie og omsorg	2	2	0
I helse/sosial/velferd	7	5	-2
I levekår	2	-	-2
I familie (og oppvekst)	2	10	8
I oppvekst og kultur	1	-	-1
Annet	3	1	-2
Totalt	102	102	
(N=)	(196)	(130)	

Undersøkelsen tyder på ganske store endringer i plasseringen av ansvaret for tjenester rettet mot innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Mens vi i 2005 kunne se en utvikling i retning av at psykisk helsearbeid i større grad ble plassert innenfor helse, på bekostning av pleie- og omsorgstjenesten, ser utviklingen nå ut til å gå motsatt vei. I 2008 svarer 7 av 10 kommuner (som har modell 2) at psykisk helsearbeid er organisert innenfor pleie og omsorg. Dette er nesten en dobling fra for tre år siden. Samtidig er det en betydelig reduksjon i andelen kommuner som har plassert arbeidet for innbyggere med psykiske vansker i helsetjenesten. Også sosialtjenesten har en klar nedgang som ”vert” for det psykiske helsearbeidet, noe som kanskje kan skyldes NAV-reformens omorganisering av sosialtjenesten.

4.4 Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet internt i kommunen

I veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet understrekes betydningen av samarbeid i alle delene av det psykiske helsearbeidet – både på systemnivå, i planleggingen og i arbeidet med den enkelte bruker (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Rapporten som angir status halvveis i Opptrappingsplanens virkeperiode viste at det fremdeles var mye ugjørt i forhold til samarbeid og samordning av tjenestene for mennesker med psykiske problemer og lidelser (St.prp. nr. 1 (2004-2005):185).

Vi skal her se nærmere på hvordan samarbeidet og samordningen internt i kommunen har utviklet seg i løpet av perioden 2002 til 2008, slik dette kommer til uttrykk gjennom spørreskjemaundersøkelsene. Vi ser særlig på utviklingen i:

- Tiltak for samordning
- Bruken av og vurderingene av individuelle planer
- Bredden i hvilke tjenester som involveres i det psykiske helsearbeidet, også i planleggingen av arbeidet, opplæringen og rekrutteringen
- Vurderingene av fagmiljøet innenfor psykisk helsearbeid

4.4.1 Tiltak for samordning

Kommunene kan ta i bruk en rekke tiltak både på systemnivå og på individnivå for å koordinere sitt arbeid overfor innbyggere med psykiske problemer. Vi har spurt kommunene om de har ulike typer koordineringstiltak (Tabell 4.3).

Tabell 4.3 *Antall kommuner med ulike tiltak for samordning av tjenester for innbyggere med psykiske problemer (tiltak for voksne eller for voksne/barn i kombinasjon). 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002 (N=254)	2005 (N=274)	2008 (N=219)	Endring 2002- 2008
Koordinator, med ansvar:	70	72	78	8
• på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning)	70	72	75	5
• på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere)	59	60	58	-1
Tverrfaglig team	47	49	47	0
- av disse:				
• på systemnivå (ansvar for plan, økonomi, personell, veiledning)	40	39	37	-3
• på individnivå (ansvar for oppfølging av enkeltbrukere)	34	27	28	-6
Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester overfor enkeltpersoner	47	40	48	1
Individuell plan				
• for noen	59	35	24	-35
• for alle	26	63	76	50
Ansvarsgruppe				
• for noen	72	68	56	-16
• for de aller fleste	21	28	42	21
Annen modell for samordning	17	11	3	-14
Primærkontakt (av og til/vanligvis)	85	96	97	12
Bestillerkontor		22	35	13*
Bestemt kontor/adresse for henvendelser		87	91	4*

* Det ble ikke spurt etter dette i 2002. Endringen er derfor fra 2005 til 2008.

Tre av fire kommuner har en koordinator for psykisk helsearbeid på systemnivå. I løpet av perioden fra 2002 til 2008 har det vært en viss økning i andelen kommuner som sier de har en slik koordinator.

Det har ikke vært økning i andelen kommuner som har tverrfaglig team eller tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester for innbyggere med psykiske vansker. Tvert i mot kan det se ut til at færre har tverrfaglig team, særlig med ansvar for å følge opp enkeltbrukere. Det er mulig at disse tverrfaglige teamene og gruppene nå i stor grad er erstattet av individuell plan som forplikter tjenestene i forhold til brukere med psykiske lidelser.

Det er en klar økning i andelen kommuner som sier de bruker individuell plan for alle innbyggere med psykiske problemer som har behov for en slik plan. Hele tre av fire kommuner sier nå at de utarbeider individuell plan for alle. Ingen kommuner sier nå at de *ikke* bruker individuell plan. Vi kommer tilbake til bruken av individuell plan i neste avsnitt.

Så å si alle kommunene svarer at de benytter ansvarsgruppe for noen eller alle innbyggere med alvorlige psykiske vansker. Også ordningen med primærkontakt er svært utbredt.

Omtrent en av tre kommuner har nå et bestillerkontor som behandler søknader om hjelp fra innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Dette er en betydelig høyere andel enn det som oppgis i Organisasjonsdatabasen. Av denne databasen fremgår det at 14 prosent av kommunene har bestillerkontor på alle eller noen tjenesteområder (Hovik og Stigen 2008:103-104).

4.4.2 Nærmere om individuell plan

I Opptrappingsplanen ble individuell plan trukket frem som et helt sentralt virkemiddel i arbeidet med å samordne hjelpen for mennesker med behov for hjelp fra ulike tjenester og nivåer. Ved gjennomgangen av status for Opptrappingsplanen i 2003, ble det klart at individuelle planer ikke hadde blitt det viktige verktøyet det var ment å være. I St.prp. 1 (2004-2005) skjerper derfor departementet tonen overfor kommunene:

Individuell plan er en lovfestet rett for mennesker med langvarige og sammensatte psykiske lidelser, men det har vist seg at det av forskjellige årsaker har tatt lang tid å realisere gjennomføringen. Slik plan anses som særlig viktig for å sikre samarbeid med bruker og pårørende og for å sikre kontinuitet og tydelige

ansvarsforhold. Kommuner og foretak vil bli bedt om å utarbeide felles skriftlige rutiner for utarbeidelse av individuell plan. I 2005 vil etablerte skriftlige rutiner bli satt som vilkår for øremerkede tilskudd til kommunene (St.prp. 1 (2004-2005):178).

Ny forskrift om individuell plan forelå 1. januar 2005. I oktober 2005 ga Sosial- og helsedirektoratet ut en ny veileder for arbeidet med individuell plan. Også veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene understreker også kommunenes ansvar for å utarbeide og følge opp individuell plan for innbyggere med behov for langvarig hjelp fra flere tjenester:

Faren med et likeverdig ansvar er at ingen tar ansvar og at brukeren blir en kasteball, noe som må unngås. Hovedansvaret for koordineringen av den individuelle planprosessen legges derfor i praksis til kommunen med nærhetsprinsippet som begrunnelse. Om planprosessen starter opp på spesialistnivå, må den videreføres av kommunen hvor brukeren bor.

(...)

Det er viktig å presisere at det i forhold til individuell plan ikke bare er tale om helseproblemer, men også om spørsmål knyttet til arbeid, trygd og utdanning. I forskriften om individuell plan, § 6, første ledd annet punktum, har så vel kommunens helse- og sosialtjeneste som helseforetakene plikt til å samarbeide med A-etat, trygdeetaten og skoleetaten (Sosial- og helsedirektoratet 2005:56).

Hvor hyppig benyttes individuelle planer?

Vår undersøkelse viser at dekningsgraden av individuell plan for voksne i 2008 oppgis å være 0,80, en økning fra 2005, da dekningsgraden var 0,55. For barn og unge anslår kommunene at dekningsgraden av individuell plan er 0,67 i 2008, mot 0,38 i 2005. Blant kommuner som sier de bruker individuell plan for alle med behov for slik plan er dekningsgraden 0,9 for voksne (økt med 50% fra 2005), og 0,8 for barn/unge (økt med 100% fra 2005). I kommuner som sier de bruker individuell plan for noen er dekningsgraden 0,6 for voksne, 0,4 for barn/unge.

Det er interessant å registrere at en del kommuner som sier at de utarbeider individuelle planer for alle med behov for individuell plan ikke har noen innbyggere som faktisk har slik plan. I 2008 hadde for eksempel 17 prosent av kommunene som sier at de bruker individuell plan for alle med behov for plan ingen barn/unge med slik plan, mens 10 prosent hadde 1 barn/ungdom med individuell plan. Dette er likevel en forbedring fra 2005, da 29 prosent av kommunene som svarte at de utarbeider individuell plan for alle med behov ikke hadde noen barn/unge med slik plan, mens 11 prosent hadde 1 barn/ungdom med individuell plan.

Det er også mange kommuner som sier at de ikke har oversikt over behovene for individuell plan. Blant kommunene som i 2005 sa de brukte individuell plan for alle med behov hadde 28 prosent ikke oversikt over behovene for individuell plan hos voksne og 46 prosent ikke oversikt over behovene hos barn/unge. I 2008 var tilsvarende 41 prosent for voksne og 50 prosent for barn/unge.

Synet på individuelle planer

I undersøkelsene fra 2005 og 2008 stilte vi våre informanter i kommunene noen spørsmål om deres vurdering av ulike sider ved arbeidet med individuell plan.

Det generelle inntrykket fra spørreskjemaundersøkelsen er at respondentene er positive til bruken av individuelle planer. Det er et stort flertall som er enig i at individuelle planer bidrar sterkt til samordning og til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov. Et flertall er også enig i at den enkelte bruker oftest deltar sterkt i utformingen av sin individuelle plan. Men det er også et flertall som sier seg enig i at det er vanskelig å involvere samtlige aktuelle tjenester og at individuell plan er et ressurskrevende verktøy.

For å undersøke om det er skjedd noen vesentlige endringer i oppfatningene av individuell plan fra 2005 til 2008, og for å kontrollere for forskjeller i utvalget av kommuner som er med i undersøkelsen de to årene, har vi gjennomført multivariate estimated marginal means analyser av spørsmålene om individuell plan (se tabell V.6 i Vedlegg 4).⁶ Analysene viser at det er svært små forskjeller i svarmønsteret de to årene, og at det ikke

⁶ I analysene har vi inkludert årstall, folketall, kommuneøkonomi og organisasjonsmodell som uavhengige variabler.

foreligger noen signifikante endringer i synet på individuelle planer fra 2005 til 2008.

Tabell 4.4 *Oppfatninger av individuelle planer, 2008. Prosent. N=***

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Totalt
IP er ressurskrevende verktøy	12	25	48	15	100
Sentral mål for IP er vanskelig å tilpasse lokale behov	14	39	39	7	99
Vanskelig å prioritere IP pga ressurs situasjonen i kommunen	26	31	36	7	100
Vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester	10	29	49	12	100
IP bidrar sterkt til samordning	2	4	37	57	100
Vanskelig å følge opp IP	12	39	41	7	99
Den enkelte bruker reserverer seg	18	34	40	8	100
Den enkelte deltar sterkt i utformingen av egen IP	6	21	48	25	100
IP bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold	46	36	14	5	101
IP bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov	2	6	43	49	100
Bedre å bruke ressursene på tjenester enn på IP	37	41	14	7	99

4.4.3 Et bredt og helhetlig tilbud: Involvering av tjenester

Opptrappingsplanen setter et klart mål om at mennesker med psykiske problemer skal behandles som hele mennesker. Hjelpen som tilbys skal være mangfoldig og rettet mot alle de menneskelige behovene – både de rent helsemessige, de åndelige og de sosiale. Den enkelte skal dessuten møte et samordnet tjenesteapparat. For å lykkes med dette arbeidet må et vidt spekter av tjenester inkluderes i arbeidet. En viktig utfordring for kommunene er derfor å engasjere de tjenestene som ikke tradisjonelt har jobbet med mennesker med psykiske problemer, og koordinere de ulike tjenestenes innsats slik at tilbudet blir helhetlig.

Vi skal i denne delen av rapporten se nærmere på utviklingen i hvilke kommunale tjenester som involveres i det lokale psykiske

helsearbeidet for voksne, og på hvordan samarbeidet med ulike tjenester vurderes av respondentene.

Hvilke tjenester er involvert?

Rapporteringen av funnene fra spørreskjemaundersøkelsen i 2002 konkluderte med at det psykiske helsearbeidet i stor grad var dominert av helse- og sosialfeltet, og at skolene, barnehagene og den kommunale kultursektoren i liten grad var aktive deltakere i arbeidet (Myrvold 2004).

I gjennomgangen av status for Opptappingsplanen i 2004, ble det også klart at fokuset på primærlegenes rolle i det lokale psykiske helsearbeidet ikke hadde vært sterkt nok. Det ble derfor satt i gang et arbeid for å klargjøre fastlegenes ansvar i arbeidet. Dette blir presisert i veilederen i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene:

Betydningen av samordning av tilbudet til mennesker med behov for sammensatte tjenester må understrekes. Fastlegen må som medisinskfaglig ansvarlig trekkes inn og delta i dette arbeidet, herunder arbeidet med individuell plan, deltakelse i ansvarsgrupper m.v. (Sosial- og helsedirektoratet 2005:36)

Undersøkelsen fra 2005 viste at legetjenesten i kommunene var sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet sammenliknet med i 2002. Vi fant også at også sosialtjenesten ble oppgitt å være mer aktive i det psykiske helsearbeidet for voksne i 2005, mens det for de andre tjenestene var små endringer. Den kommunale kultursektoren var i 2005 fremdeles ikke noen sentral aktør i dette arbeidet.

Tabell 4.5 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? 2002, 2005 og 2008. Prosent av kommunene som svarer "i stor grad involvert"*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Pleie og omsorg	51	49	41	-10
Sosialtjenesten	43	49	46	3
Legetjenesten	53	66	64	11
Fysioterapi m.v.	7	7	10	3
Kultur	4	4	3	-1

Dataene fra kommunene viser at pleie- og omsorgstjenesten vurderes som mindre sentral i det kommunale psykiske helsearbeidet rettet mot voksne i 2008 sammenliknet med tidligere år (Tabell 4.5). Særlig har det vært en nedgang i pleie og omsorgs involvering fra 2005 til 2008. Legetjenesten er blitt mer involvert i perioden, men her skjedde den store endringen fra 2002 til 2005. For de andre tjenestene er det små endringer, og det er ingen indikasjoner på at kultursektoren over tid er blitt mer involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne.

Tabell 4.6 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne innbyggere? Prosent av kommunene som svarer "i stor grad involvert". 2008. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Egen enhet	Egen tjeneste	Totalt
Pleie og omsorg	30 (33)	48 (51)	42 (51)
Sosialtjenesten	43 (41)	49 (43)	47 (43)
Legetjenesten	52 (50)	72 (54)	65 (53)
Fysioterapi m.v.	3 (7)	17 (6)	10 (7)
Kultur	3 (5)	3 (5)	3 (4)

Det er til dels store forskjeller mellom kommuner med ulike organisering av det psykiske helsearbeidet mht. hvilke tjenester som involveres i arbeidet med voksne (Tabell 4.6). Særlig ser vi at pleie- og omsorgstjenestene er sterkere involvert i kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid organisert innenfor en større paraply av tjenester. Dette skyldes sannsynligvis at det psykiske

helsearbeidet er organisert sammen med pleie og omsorg i mange av disse kommunene.

Også legetjenesten rapporteres å være betydelig mer involvert i det psykiske helsearbeidet i kommuner der arbeidet er organisert i en egen tjeneste sammenliknet med kommuner som har en egen enhet for psykisk helsearbeid. Økningen i legetjenestens involvering har først og fremst kommet i kommuner med en egen tjeneste for psykisk helsearbeid. I kommuner med denne type organisering av arbeidet synes også fysioterapitjenesten (** sjekk hva mer) å være mer involvert i 2008 enn i 2002.

Vurdering av samarbeidsrelasjoner

Både i 2002, 2005 og 2008 har vi bedt våre respondenter om deres vurdering av samarbeidet med ulike kommunale tjenester i forbindelse med det psykiske helsearbeidet (Tabell 4.7). Tabellen viser vurderingen av samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid generelt – det er ikke bedt spesifikt om samarbeidet i tjenestene for voksne vs. barn/unge.

Tabell 4.7 *Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, 2002, 2005 og 2008. Prosent som sier samarbeidet er "svært godt"*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Pleie og omsorg	24	26	20	-4
Sosialtjenesten	33	34	31	-2
Barneverntjenesten	24	25	16	-8
PPT	7	10	8	1
Barnehager/grunnskoler	5	9	12	7
Helsestasjon/skolehelsetj	29	35	38	9
Legetjenesten	23	30	30	7
Fysioterapi m.v.	14	17	17	3
Kultur	6	8	9	3

Hvis vi ser på alle tjenestene samlet, er det høyere tilfredshet med samarbeidet i 2008 enn i 2002, men tilfredsheten var enda bedre i 2005.

Samarbeidet med barnevernet og pleie- og omsorgstjenesten vurderes som dårligere i 2008 enn i 2002 og 2005. Samarbeidet med helsestasjon/ skolehelsetjenesten, legetjenesten og barnehager/grunnskoler oppleves som bedre i 2008 enn i 2002. For

legetjenesten kom bedreingen mellom 2002 og 2005, mens for helsestasjon/skolehelsetjenesten og barnehager/grunnskoler har det vært en jevn bedring i samarbeidet om psykisk helse.

Vi har også gjennomført multivariate analyser av endringer i gjennomsnittlig skåre på svarene om samarbeidsrelasjoner (Tabell 4.8). I analysen av sammenhengen mellom år og samarbeid har vi kontrollert for folketall, kommuneøkonomi og organisering av psykisk helsearbeid. Tabellen gir et litt annet resultat enn forrige tabell, som bare viser andelen som svarer at samarbeidet er ”svært godt”.

Totalt sett vurderes samarbeidet med helsestasjon/skolehelsetjenesten best i 2008 (ser da bort fra enhet for psykisk helsearbeid), med sosialtjenesten som en god nummer to. Deretter kommer legetjenesten og pleie og omsorg. Dårligst vurderes samarbeidet med kultursektoren og PPT.

Tabell 4.8 *Vurderinger samarbeidsrelasjoner i psykisk helsearbeid, 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means (1=Lite/ikke noe samarbeid, 4=Samarbeidet er svært godt)*

	2002	2005	2008	Endring 2002 - 2008
Enhet for psykisk helsearbeid	3,56	3,49	3,57	0,01
Pleie og omsorg	3,07	3,04	3,01	- 0,06
Sosialtjenesten	3,21	3,21	3,20	- 0,01
Barneverntjenesten	2,89	2,99	2,94	0,05
PPT	2,18	2,45	2,44	0,26**
Barnehager/grunnskoler	2,14	2,41	2,61	0,47***
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	3,01	3,14	3,26	0,25***
Legetjenesten	2,94	3,00	3,07	0,13
Fysioterapi/ergoterapi/ rehabiliteringstj.	2,50	2,61	2,73	0,23**
Kultursektoren	2,10	2,17	2,28	0,18*

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Det er små endringer i vurderingen av samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten, barnevernet og sosialtjenesten. Samarbeidet med barnehager/grunnskoler, helsestasjon/skolehelsetjenesten, PPT og fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjenesten vurderes som vesentlig bedre i 2008 enn i 2002, men også samarbeidet med kultursektoren oppfattes som bedre i 2008.

Som vi allerede har sett vurderes legetjenesten som betydelig mer involvert i det psykiske helsearbeidet i 2005 og 2008 enn i 2002, men samarbeidsrelasjonen med legene oppleves ikke som vesentlig bedre. Dette kan indikere at selv om legene har en klarere rolle i forhold til pasienter med psykiske problemer og lidelser, inngår de ikke i særlig grad i samarbeid med andre tjenester om det psykiske helsearbeidet.

I multivariate analyser av sammenhengen mellom organisasjonsmodell og vurdering av samarbeidet med ulike tjenester finner vi at samarbeidet – med noen få unntak – vurderes litt bedre i kommuner med en egen tjeneste for psykisk helsearbeid enn i kommuner med egen enhet (se Tabell V.22 i Vedlegg 4). Forskjellene er imidlertid stort sett små. Det bare samarbeidet med kultursektoren som oppleves som vesentlig bedre i kommuner med en egen tjeneste for psykisk helsearbeid.

Involvering i planarbeid

Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet peker på viktigheten av at planarbeidet i psykisk helse involverer et bredt spekter av tjenester og aktører (Sosial- og helsedirektoratet 2005:63). Både kommunelegen, helse- og sosialtjenestene, kultur, fritids- og friluftsliv, teknisk etat, spesialisthelsetjenesten (særlig DPS), trygdeetaten, Aetat, brukere, pårørende, brukerorganisasjoner og evt. frivillige organisasjoner bør inngå i samarbeidet om å utvikle et bredt og godt tilbud.

Tabell 4.9 *Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med planer innenfor psykisk helse? 2002, 2005 og 2008. Prosent av kommunene som svarer "sterkt involvert" eller "koordinerende ansvar" (evt. enhet for psykisk helsearbeid er ikke tatt med).*

	2002	2005	2008	Endring 2002- 2008
Pleie og omsorg	61	43	39	-22
Sosialtjenesten	61	44	42	-19
Barneverntjenesten	41	30	32	-9
PPT	18	15	15	-3
Barnehager/grunnskoler	15	12	14	-1
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	58	54	58	0
Legetjenesten	43	29	30	-13
Fysioterapi m.v.	15	14	13	-2
Kultur	15	14	13	-2

Vi har spurt våre respondenter om hvilke kommunale tjenester som er involvert i det overordnede planarbeidet innenfor psykisk helseområdet (Tabell 4.9). Resultatene for 2008 er svært like resultatene fra 2005. Sammenliknet med 2002 er samtlige tjenester bortsett fra helsestasjon/ skolehelsetjenesten mindre involvert i planarbeidet knyttet til psykisk helse. Det kan synes som om det var stor oppmerksomhet rundt utviklingen av planer for det psykiske helsearbeidet i begynnelsen av opptrappingsperioden, mens dette er tonet noe ned de senere årene, evt. at planene bare har gjennomgått en enkel oppdatering.

Involveringen av pleie og omsorg og sosialtjenesten er særlig redusert fra 2002 til 2008. Også legetjenesten og barnevernet er klart mindre engasjert i planutviklingen innenfor det psykiske helsearbeidet i 2008 sammenliknet med 2002.

Antall tiltak innenfor de ulike kommunale tjenestene

En annen måte å måle bredden i involveringen på er å telle ulike tiltak i det psykiske helsearbeidet som er iverksatt innenfor de

kommunale tjenestene (Tabell 4.10).⁷ Tabellen viser gjennomsnittlig antall ulike forebyggende tiltak iverksatt innenfor ulike tjenester. Tiltak er her bl.a. tiltak mot selvmord, rusproblemer, spiseforstyrrelser, depresjoner, mobbing, kriser, etc (se neste tabell for oversikt over tiltakene). Dataene sier ingenting om hvor omfattende arbeidet med de ulike tiltakene er eller for eksempel hvor mange skoler tiltaket er iverksatt på.

I 2008 har kommunene i snitt iverksatt flest ulike tiltak knyttet til psykisk helse innenfor helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Også grunnskolen og barnevernet har fått mange tiltak.

Rapporteringen fra kommunene tyder på at flere typer tiltak er satt i gang innenfor de fleste relevante tjenestene. Særlig i skolehelsetjenesten og grunnskolen er det iverksatt et bredere spekter av tiltak de senere årene. Dette kan reflektere det sterkere fokuset på skolen i siste halvdel av Opptrappingsplanens virkeperiode. Også i helsestasjonstjenesten, barnehagene og barnevernet har det vært en liten økning i antall ulike tiltak.

Tabell 4.10 *Antall ulike forebyggende tiltak iverksatt innenfor relevante tjenester. 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means (Min=0; Max=12)*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
I grunnskole	2,4	2,8	3,2	0,8***
I barnehage	1,5	1,7	1,8	0,3
I helsestasjon	4,1	4,6	4,8	0,7**
I skolehelsetjenesten	3,6	4,5	4,6	1,0***
I barnevernet	2,9	3,1	3,1	0,2
I PPT	2,2	2,5	2,3	0,1
I sosialtjenesten	1,5	1,6	1,4	- 0,1

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

En multivariat analyse av sammenhengen mellom organisasjonsmodell og antall tiltak iverksatt innenfor ulike tjenester viser små forskjeller. Kommuner med egen psykisk helsetjeneste har satt i gang noen flere tiltak innenfor grunnskole og PPT sammenliknet med kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid, men forskjellene er ikke signifikante.

⁷ Dette målet viser hvor mange ulike typer tiltak de forskjellige tjenestene har fått, men ikke hvor mange tiltak for eksempel innenfor selvmordsforebygging som er iverksatt.

Antall tjenester involvert i ulike tiltak

Vi har også analysert hvor mange kommunale tjenester som er involvert i ulike typer tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet (Tabell 4.11). Dette kan sees som et mulig mål på hvor bredt kommunen arbeider i sitt forebyggende psykiske helsearbeid.

Bredest nedslagsfelt har arbeid med samspill barn/foreldre (i snitt 2,4 tjenester) arbeid med vennskap/mobbing (2,2), arbeid mot rus (2,1) og arbeid med barn av psykisk syke (2,1). Minst nedslagsfelt har arbeid mot selvmord (1,0) og arbeid mot spiseforstyrrelser (1,1)

Fra 2002 til 2008 er det arbeid med tidlige tegn på psykiske lidelser, arbeid med depresjon, arbeid med vennskap/mobbing og arbeid med barn av psykisk syke som har fått mest markant større ”utbredelse” blant kommunale tjenester.

Tabell 4.11 *Antall tjenester involvert i ulike forebyggende tiltak innenfor det psykiske helsearbeidet, 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means (Min=0; Max=7)*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Arbeid mot selvmord	1,1	1,0	1,0	- 0,1
Arbeid mot rus	2,1	2,2	2,1	-
Arbeid mot spiseforstyrrelser	1,1	1,2	1,1	-
Arbeidet med samspill barn/foreldre	2,2	2,5	2,4	0,2
Arbeid med mestring/kriser	1,4	1,8	1,6	0,2
Arbeid med depresjon	0,9	1,4	1,4	0,5***
Arbeid med utagerende atferd	1,7	2,1	2,0	0,3
Arbeid med tidlige tegn på psykiske lidelser	1,2	1,4	1,7	0,5***
Arbeid med barn av psykisk syke	1,7	2,0	2,1	0,4**
Arbeid med omsorgssvikt	1,9	1,8	1,9	-
Arbeid med etniske minoriteter	1,3	1,5	1,6	0,3
Arbeid med vennskap/mobbing	1,7	2,0	2,2	0,5***

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Multivariat analyse av sammenhengen mellom organiseringen av det psykiske helsearbeidet og antall tjenester involvert i arbeidet viser svært små forskjeller mellom modellene. Den eneste signifikante forskjellen gjelder antall ulike tjenester som er engasjert i arbeidet mot mobbing: her har kommuner med egen psykiatri-

tjeneste i snitt involvert noen flere tjenester enn kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid.

4.4.4 Rekruttering og kompetanseheving

En annen måte å betrakte utviklingen i bredden i det psykiske helsearbeidet på er å se på hvilke tjenester som styrkes med rekruttering og/eller opplæringstiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen.

Opplæringstiltak

Pleie- og omsorgstjenesten og helsestasjon/skolehelsetjenesten får flest ulike typer opplæringstiltak (kurs, voksenopplæring, etterutdanning, videreutdanning) i 2008, mens kultursektoren og legetjenesten får færrest slike tiltak (Tabell 4.12).

Tabell 4.12 *Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall ulike opplæringstiltak i tjenestene i 200, 2005 og 2008. Estimated marginal means (0=0 tiltak, 4=4 tiltak)*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Pleie og omsorg	1,8	1,4	1,2	- 0,6***
Sosialtjenesten	1,1	1,0	0,9	- 0,2***
Barneverntjenesten	0,9	0,8	0,8	- 0,1*
PPT	0,4	0,4	0,4	-
Barnehager/grunnskoler	0,5	0,5	0,5	-
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	0,9	1,0	1,1	0,2*
Legetjenesten	0,4	0,4	0,3	- 0,1
Fysioterapi m.v.	0,5	0,5	0,5	-
Kultur	0,3	0,2	0,2	- 0,1

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Gjennomgående er det færre opplæringstiltak i tjenestene i 2005 og 2008 sammenliknet med 2002. Dette kan skyldes at behovet for kompetanseheving blant personalet sannsynligvis ble sett som større tidlig i opptrappingsperioden. Pleie- og omsorgstjenesten, som fikk klart mest ressurser til opplæring de første årene av Opptrappingsplanens virkeperiode, har større nedgang enn de andre tjenestene. Helsestasjons-/skolehelsetjenesten er den eneste tjenesten som får flere opplæringstiltak i 2008 enn i 2002.

Vi har gjennomført en multivariat analyse av sammenhengen mellom år og bredden i opplæringstiltak i ulike tjenester (Tabell 4.13). Vi finner at det generelt er færre tjenester som får ulike opplæringstiltak i 2008 sammenliknet med i 2002. Resultatene fra 2008 ligger omtrent på samme nivå som i 2005. Mest markant er nedgangen i antall tjenester som styrkes med at personalet får etterutdanningstiltak eller voksenopplæring.

Tabell 4.13 *Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen? 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means. (0=0 tjenester, 9=9 tjenester)*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Kurs	4,1	3,8	3,8	- 0,3
Voksenopplæring	0,2	0,1	0,1	- 0,1***
Etterutdanning	1,1	0,9	0,7	- 0,4***
Videreutdanning	1,3	1,2	1,2	- 0,1

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Vi har også sett på sammenhengen mellom organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunen og antall tjenester som styrkes med ulike typer opplæringstiltak. I kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid gjennomføres kurs i flere ulike tjenester enn i kommuner som har organisert dette arbeidet i en egen enhet. Ellers er det små forskjeller mellom kommuner med ulik organisering.

Rekruttering

Hvilke tjenester som får rekruttert personell innenfor rammene av Opptrappingsplanen kan også være et mål på hvor bred involveringen i det psykiske helsearbeidet er.

I 2005 og 2008 spurte vi kommunene om hvilke tjenester de har styrket med rekruttering de siste tre årene (Tabell 4.14). Vi viser her andelen kommuner som svarer at de har styrket tjenestene som prosent av alle kommunene som deltar i undersøkelsen. Bildet blir annerledes om vi regner prosent av alle kommunene som har besvart hvert enkelt spørsmål. Det er ikke gitt hvilket av disse prosentueringsgrunnlagene som er mest rimelig å benytte. Vi viser derfor til Tabell V.7 i vedlegg 4 for tabellen som angir andeler av kommuner som har besvart spørsmålet.

Tabellen viser at stor spredning i rekrutteringen til psykisk helsearbeid i kommunene. Spredningen synes noe større i 2008 enn i 2005.

Over halvparten av kommunene sier de har styrket helsestasjonen/skolehelsetjenesten med rekruttering innen psykisk helsearbeid de siste tre årene. En tredel av kommunene har styrket pleie og omsorg, mens en av fem har økt rekrutteringen innen barnevernet. For øvrig er det interessant å merke seg at en av syv kommuner sier de har styrket kultursektoren.

Tabell 4.14 *Hvilke tjenester er styrket med rekruttering i løpet av de siste tre årene? 2005 og 2008. Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet.*

	Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet		
	2005 (N=274)	2008 (N=212)	Endring 2005 - 2008
Pleie og omsorg	37	33	-4
Sosialtjenesten	21	19	-2
Barneverntjenesten	21	21	-
PPT	3	8	5
Barnehager/grunnskoler	8	12	4
Helsestasjon/skolehelsetj.	50	56	6
Legetjenesten	4	6	2
Annen helsetjeneste	10	11	1
Kultur	14	14	-

Størst økning viser rekrutteringen av personell til helsestasjons-/skolehelsetjenesten, barnehagene/grunnskolene og PPT. For de to siste tjenestene var imidlertid rekrutteringen i 2005 betydelig lavere enn i de fleste andre tjenestene.

Vi har sett på forskjellen i rekrutteringsmønster i kommuner med ulike modeller for psykiske helsearbeid (se tabell V.8 i Vedlegg 4). Forskjellene er til dels ganske store. Kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid oppgir i større grad å ha styrket barnehager/grunnskoler, kultursektoren helsestasjonene og pleie og omsorg med personell, mens kommuner med egen enhet for dette arbeidet sier at de i større utstrekning rekrutterer til barnevernet og sosialtjenesten.

4.4.5 Fagmiljøet i psykisk helsearbeid

Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet og legger vekt på betydningen av et godt fagmiljø innenfor det psykiske helsearbeidet i kommunen. I statsbudsjettet for 2008 ble dette understreket:

Det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid, slik at det framstår som et tverrfaglig og tverretatlig fagfelt. For å sikre god kvalitet og effekt av tiltak og tjenester for brukerne må det utvikles kompetente fagmiljø innen psykisk helsearbeid både for barn og voksne i kommunene, herunder styrke helsestasjons- og skolehelsetjenestens kompetanse på sosiale problemer og psykisk helse (St.prp. nr. 1 (2004-2005)).

Også Helsedirektoratets veileder i psykisk helsearbeid for voksne er opptatt av fagmiljøene i kommunene:

Det er et utgangspunkt at tjenestetilbudet til enhver tid skal bygge på faglig anerkjente metoder. Arbeidsgiver skal legge til rette for dette gjennom videreutvikling av eksisterende kompetanse, samtidig som ny kunnskap sikres. Den enkelte ansatte har også ansvar for egen kompetanseutvikling. I mange kommuner er imidlertid kompetansen spredt, fagmiljøene små og sårbare, og ansatte opplever mangel på faglig fellesskap (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Både i 2002, 2005 og 2008 har vi bedt respondentene våre ta stilling til en del påstander om fagmiljøet i egen kommune (Tabell 4.15).

Jevnt over ser vi at fagmiljøet innen psykisk helse vurderes mer positivt i 2008 enn i 2002. Opptrappingsplanen oppleves i stadig større grad å styrke fagmiljøet i kommunen. Mens mulighetene for kurs, veiledning o.l. ble oppfattet som litt mindre i 2005 enn i 2002, synes det nå som om mulighetene til kompetanseheving igjen er økt. Det er også flere som synes det er positivt med nært samarbeid med andre fag. Det er dessuten betydelig færre som synes det kommunale fagmiljøet i psykisk helsearbeid blir for lite

eller at personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet i kommunen.

Tabell 4.15 *Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer "helt enig". N=264-265 (N2008=179-182)*

	2002	2005	2008	Ending 2002-2008
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	15	10	8	-7
Nært samarbeidet med andre fag gir nye impulser i arbeidet	34	33	40	6
Gode muligheter til kurs, veil. o.l	44	38	48	4
Folk med kompetanse spres for tynt utover	20	16	12	-8
Personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet	21	16	12	-9
Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet	52	58	62	10
Samarbeid/kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet	58	50	58	-
Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet	27	24	25	-2

Til tross for den generelle positive utviklingen i vurderingen av fagmiljøet i kommunene kan det være viktig å merke seg at en av fire kommuner er helt enig i at ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet innenfor psykisk helse.

En multivariat analyse av utviklingen av synet på fagmiljøet viser en klar og signifikant endring i svaret på flere av påstandene: færre synes fagmiljøet er for lite, færre synes folk med kompetanse i psykisk helsearbeid spres for tynt utover, og færre opplever personell- og ressursmangel som et problem (se Tabell V.9 i Vedlegg 4). Skåren på de positivt formulerte påstandene er dessuten gjennomgående høy. Dette kan tolkes som et tegn på at fagmiljøet i kommunene oppleves som godt, og som bedre nå enn for seks år siden.

Organiseringens betydning for fagmiljøet

I undersøkelsen fra 2002 fant vi at respondenter i kommuner med integrert modell for psykisk helsearbeid var generelt noe mer misfornøyd med fagmiljøet sitt enn folk fra andre kommuner. I 2008 er antall kommuner med integrert modell så lite at vi velger å

fokusere på forskjellen mellom enhetsmodellen og tjenestemodellen.

Tabell 4.16 *Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, etter organisasjonsmodell. 2005 og 2008. Estimated marginal means*

	Egen enhet	Egen tjeneste	Forskjell modell 1 – modell 2
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	1,87	2,11	-0,24***
Nært samarbeidet med andre fag gir nye impulser i arbeidet	3,19	3,13	0,06
Gode muligheter til kurs, veil. o.l	3,28	3,25	0,03
Folk med kompetanse spres for tynt utover	2,13	2,31	-0,18*
Personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet	2,27	2,38	-0,9
Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet	3,50	3,49	0,01
Samarbeid/kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet	3,36	3,41	-0,05
Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet	2,48	2,55	-0,07

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Det er stort sett små forskjeller i vurderingen av eget fagmiljø mellom kommuner med ulike modeller for organisering av psykisk helsearbeid (Tabell 4.16). På to av påstandene ser vi imidlertid klare forskjeller: kommuner med egen psykisk helsearbeidstjeneste mener at fagmiljøet blir for lite og at folk med kompetanse spres for mye utover i større utstrekning enn kommuner med en egen enhet for psykisk helsearbeid.

Selv om vi må ta forbehold om at ledersituasjonen kan variere i kommuner med tjenestemodell, kan disse funnene støtte opp om observasjoner gjort i case-studier, der fagfolk i kommuner som ikke har noe faglig lederskap for det psykiske helsearbeidet etterlyser faglig styring og utvikling (Myrvold og Helgesen 2005). Dette er en av de problemstillingene som vil bli belyst i case-studiene i kapittel 7.

4.4.6 Oppsummering: Organisering og samarbeid internt i kommunen

I 2008 finner vi en klar økning i andel kommuner som oppgir at de har en egen enhet for psykisk helsearbeid rettet mot voksne. Samtidig er det en nedgang i andelen kommuner som sier de har det psykiske helsearbeidet som en egen tjeneste innenfor en enhet med større ansvarsområde. Det er nå nesten ingen kommuner som sier at de har en integrert modell for psykisk helsearbeid, dvs. at arbeidet er fullstendig integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat.

For de kommunene som har psykisk helsearbeid organisert innenfor et større tjenesteområde har det de senere årene skjedd store endringer i hvor det psykiske helsearbeidet er plassert. Mens utviklingen tidligere gikk i retning av at arbeidet ble plassert innenfor enheter som primært driver med helsetjenester, viser tallene fra 2008 at en større del av kommunene igjen har lagt det psykiske helsearbeidet til pleie- og omsorgstjenesten.

De aller fleste kommunene har iverksatt ulike tiltak for å koordinere tjenestene til innbyggere med psykiske problemer og lidelser. I løpet av Opptrappingsperioden har det vært en klar økning i andelen kommuner som rapporterer at de bruker individuell plan og ansvarsgrupper. Til tross for dette er det fremdeles en god del kommuner som har liten faktisk erfaring med å benytte individuell plan. Holdningene til individuelle planer er stort sett positive, selv om mange synes det er ressurskrevende å utarbeide slike planer.

I siste halvdel av Opptrappingsplanen er det satt fokus på fastlegenes rolle i kommunenes psykiske helsearbeid. Analysene viser at legetjenesten over tid er blitt betydelig mye mer involvert i arbeidet. Samarbeidet med legene oppleves også å ha blitt bedre, i likhet med samarbeidet med barnehager/ grunnskoler og helsestasjons-/skolehelsetjenesten. Både skolene, helsestasjonene og skolehelsetjenesten har også iverksatt betydelig flere forebyggende tiltak de senere årene. Kommunene har dessuten styrket disse tjenestene – i større grad enn andre tjenester – med rekruttering knyttet til psykisk helsearbeid. Alt i alt ser det ut til at tjenester som er rettet mot store deler av befolkningen i større grad involveres i det psykiske helsearbeidet, mens tjenester som har å gjøre med mer marginale grupper, som barnevernet og sosialtjenesten, i noe

mindre grad involveres. Dette kan sies å være i tråd med satsingene i Opptrappingsplanen. Samtidig er det visse kommunale tjenester, bl.a. innenfor kultur, som i liten grad trekkes med i arbeidet rettet mot innbyggere med psykiske problemer og lidelser.

Fagmiljøet innen psykisk helsearbeid vurderes som bedre i 2008 enn seks år tidligere. Et klart flertall av kommunene mener at Opptrappingsplanen har bidratt til å styrke fagmiljøet. Det er små forskjeller i vurderingen av fagmiljøet mellom kommuner med ulike modell for organisering av det psykiske helsearbeidet. Kommuner med tjenesteorganisering har imidlertid en noe større tendens enn kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid til å mene at fagmiljøet blir for lite og at folk med kompetanse spres for tynt utover på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen, i stedet for å samles i et sterkere faglig miljø.

4.5 Samarbeid og samordning med instanser utenfor kommunen

For å kunne gi helhetlig og koordinert hjelp til innbyggere med psykiske problemer og lidelser må kommunene forholde seg til en rekke aktører utenfor egen kommune. Vi skal her særlig se på hvordan kommunene vurderer:

- Samarbeidet med andre kommuner, både tjenestesamarbeid og faglig samarbeid
- Samarbeidet med andrelinjen, inkludert bruken av ambulante team og vurdering av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester
- Rådgivernes rolle
- Samarbeid med NAV Arbeid og NAV Trygd
- Samarbeid med brukerorganisasjonene

4.5.1 Samarbeid med andre kommuner

Norske kommuner er såkalte ”generalistkommuner”. Uansett størrelse og beliggenhet skal samtlige kommuner ivareta de samme oppgavene (Myrvold 2001). Dette gjelder også innenfor det psykiske helsearbeidet. I Norge har over halvparten av

kommunene under 5000 innbyggere. Et stort antall kommuner har et folketall på om lag 2000. En liten landkommune på 1000 innbyggere har akkurat det samme ansvaret som en stor bykommune. Samtidig er det åpenbart at hvilket befolkningsgrunnlag en kommune har er av betydning for bl.a. mulighetene for å tilby differensierte tjenester til innbyggerne (Hovik og Myrvold 2001).

Helsedirektoratets veileder fra 2005 anbefaler at kommunene samarbeider om enkelte oppgaver innenfor det psykiske helsearbeidet:

Mange kommuner vil verken ha kompetanse eller ressurser til å møte behovene hos brukere med særlig omfattende problemer. Dette er problemer som langt på vei kan avhjelpest ved et smidig og forpliktende interkommunalt samarbeid. Kommunene kan i dag kun inngå interkommunalt samarbeid om å løse administrative oppgaver og felles utøvelse av tjenestene. Samarbeidsorganene kan imidlertid ikke fatte enkeltvedtak eller ha annen avgjørelsesmyndighet som er knyttet opp til offentlig myndighetsutøvelse (NOU 2005:3) (Sosial- og helsedirektoratet 2005:68).

Undersøkelsen fra 2002 viste at omtrent halvparten av kommunene ikke hadde noe tjenestesamarbeid med andre kommuner, mens én av fire ikke hadde noe faglig samarbeid (definert vidt). Tallene fra 2005 indikerte at det interkommunale samarbeidet ikke hadde økt i perioden fra 2002 til 2005 snarere tvert i mot.

Analysen av dataene fra 2008 antyder en forsiktig økning i tjenestesamarbeidet mellom kommuner (Tabell 4.17), men endringene er ganske beskjedne. Vi finner blant annet at det er en noe høyere andel av respondentene som sier at kommunen samarbeider med andre kommuner om sysselsetting/arbeid til mennesker med psykiske vansker.

Tabell 4.17 *Inngår kommunen i noe **tjenestesamarbeid** med andre kommuner? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Ikke noe samarbeid	51	55	49	-2
Felles botilbud	2	3	4	2
Felles dagsenter	5	6	5	-
Andre sosiale/ kulturelle tiltak	16	16	19	3
Samarbeid om sysselsetting/arbeid	18	19	22	4
(N=)	(250)	(271)	(212)	

Vi har også spurt kommunene om de har noe faglig samarbeid med andre kommuner innenfor det psykiske helsearbeidet (Tabell 4.18). Ut fra vår undersøkelse kan det se ut som om det faglige samarbeidet har avtatt i løpet av den siste halvdel av Opptrappingsplanens virkeperiode.

Tabell 4.18 *Inngår kommunen i noe **faglig samarbeid** med andre kommuner? 2002, 2005 og 2008. Prosent.*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Ikke noe samarbeid	28	32	36	8
Deler fagstillinger	7	4	4	-3
Felles kurs	24	21	24	-
Felles veiledning	36	24	19	-17
Felles samlinger	36	36	39	3
(N=)	(250)	(271)	(212)	

Det synes å være færre kommuner som har et faglig samarbeid med andre kommuner om psykisk helse i 2008 sammenliknet med i 2002. Spesielt er det en reduksjon i andelen som sier de får felles veiledning med andre kommuner. Dette er en type "samarbeid" som stort sett ikke er initiert av kommunene selv, men snarere fra spesialisthelsetjenesten. Felles veiledning betyr gjerne at DPS eller BUP innkaller ansatte fra flere kommuner til veiledning. En reduksjon her kan altså bety at en del DPSer og BUPer har endret praksis på dette området.

Tabell 4.19 viser interkommunalt samarbeid i kommuner med ulik organisering av det psykiske helsearbeidet.

Tabell 4.19 *Inngår kommunen i tjenestesamarbeid eller faglig samarbeid med andre kommuner? 2008. Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet.*

		Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet		
		Modell 1: Egen enhet (N=75)	Modell 2: Egen tjeneste (N=129)	Forskjell modell 1 – modell 2
Tjenestesamarbeid	Ikke noe samarbeid	47	52	-5
	Felles botilbud	4	4	-
	Felles dagsenter	5	5	-
	Andre sosiale/ kulturelle tiltak	19	20	1
	Samarbeid om sysselsetting/arbeid	25	21	4
Faglig samarbeid	Ikke noe samarbeid	44	33	11
	Deler fagstillinger	0	6	-6
	Felles kurs	17	28	-11
	Felles veiledning	12	23	-11
	Felles samlinger	40	40	-

Undersøkelsen gir ulike resultater for de to typene samarbeid. Når det gjelder tjenestesamarbeid er det små forskjeller mellom kommuner med ulik modell. Vi finner bare en beskjeden tendens til at kommuner med egen enhet noe oftere inngår i samarbeid med andre kommuner om tjenester sammenliknet med kommuner med psykisk helsearbeid organisert i en egen tjeneste.

Det er større forskjeller når det gjelder faglig samarbeid. Kommuner med en egen psykisk helsearbeidstjeneste samarbeider oftere enn kommuner som har psykisk helsearbeid i en egen enhet. Først og fremst har kommuner med en egen tjeneste oftere kurs og veiledning sammen med andre kommuner.

4.5.2 Samarbeid med andrelinjen

Flere evalueringsrapporter har pekt på svikt i samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen. Behovet for styrket samarbeid understrekes både av Helse- og omsorgsdepartementet (St.prp.nr. 1 (2004-2005):178 – 179, 188) og Sosial- og helsedirektoratet (2005:69). Myndighetene har lagt inn forventninger om formelle samarbeidsavtaler og om etablering av ambulante team ved samtlige DPS for å sikre økt samarbeid:

Alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder forutsettes innen utløpet av 2005 å ha etablert et fast strukturert samarbeid. Det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv. Brukerorganisasjonene forutsettes trukket inn i samarbeidet. Kommunene forutsettes innen samme tidsfrist å ha etablert fast samarbeid med brukere/pårørende og/eller deres organisasjoner (St.prp.nr. 1 (2004-2005):178).

Samarbeidet viser fortsatt svikt i enkeltsituasjoner, både i tilknytning til utskrivning etter langtidsopphold ved sykehjem og ved utskrivning fra avdelinger ved sykehus/ distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Også samarbeidet mellom akuttavdelinger ved sykehus og DPS er i mange tilfelle mangelfullt og til dels preget av lite fleksibelt samarbeid. Det betyr at DPSene ikke i tilstrekkelig grad er utviklet til å bli det bindeleddet mellom kommunale tiltak og sykehus, som de er forutsatt å bli. Individuell plan er ikke tatt i bruk som forutsatt (St.prp. nr. 1 (2004-2005):172).

Spesialisthelsetjenestens veiledning til de kommunale tjenestene må styrkes. Det er særlig viktig at kommunene settes i stand til også å gi brukere med tunge og omfattende tjenestebehov et tilfredsstillende tilbud. For mange av disse brukerne vil det være nødvendig at spesialisthelsetjenesten bistår med ambulante team og lignende slik at innleggelse kan unngås der dette er forsvarlig (St.prp.nr. 1 (2004-2005):188).

Undersøkelsen fra 2005 tydet ikke på at omfanget av samarbeid var blitt større i årene etter 2002. Flere kommuner svarte at de ikke har noen formell samarbeidsavtale med andrelinjen i 2005 sammenliknet med i 2002. Myndighetenes forsterkede fokus på samarbeid mellom første- og andrelinjen kom imidlertid sent i forhold til undersøkelsen i 2005, og det er grunn til å tro at vi vil se større endringer når kravet om ”fast strukturert samarbeid” har fått virke ytterligere noen år.

Tabell 4.20 *Har kommunen noe samarbeid med 2. linjen? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Ikke noen formell samarbeidsavtale	44	48	15	-29
Avtale som regulerer konflikter	6	6	17	11
Avtale om kompetanseheving	27	20	39	12
Avtale om rutiner ved utskriving	33	36	62	29
Avtale som regulerer andre forhold	22	18	54	32
(N=)	(250)	(271)	(212)	

Vår undersøkelse fra 2008 tyder på at det har skjedd store endringer i (det formelle) samarbeidet mellom kommunen og 2. linjen mellom 2005 og 2008. Tabell 4.20 viser at samarbeidet mellom de to nivåene så ut til å bli mindre omfattende fra 2002 til 2005, mens det har skjedd en betydelig økning i samarbeidet mellom 2005 og 2008.

Det er en sterk reduksjon i andel kommuner som sier de *ikke* har noen formell samarbeidsavtale med 2. linjen fra 2002 til 2008. Det er nå bare 15 prosent av kommunene som sier de ikke har noen slik avtale. Reduksjonen har skjedd etter 2005.

Vi finner nesten en tredobling av andel kommuner som sier at de har en avtale med 2. linjen som regulerer konflikter mellom nivåene. Fremdeles har imidlertid bare en av seks kommuner en slik avtale.

Det er en økning andelen kommuner som har avtale om kompetanseheving, og en sterk økning i andelen kommuner som har

avtale med 2. linjen om rutiner ved utskrivning. I 2008 har over seks av ti kommuner slik avtale. Det er også en sterk økning i andelen kommuner som sier de har avtale med 2. linjen som regulerer andre forhold.

Vi har også spurt kommunene om de får delta i beslutninger knyttet til utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS og sykehjem. Vi fant svært små endringer i svarene fra 2002 til 2005. Undersøkelsen fra 2008 viser at det heller ikke de siste tre årene er skjedd store endringer på dette området, men det er en viss reduksjon i andelen kommuner som sier 2. linjen ikke rådfører seg med kommunen ved utskrivning av pasienter. En av syv kommuner sier de ikke blir tatt med på råd i slike situasjoner. Det er ikke flere kommuner som sier de *vanligvis* får delta i forbindelse med utskrivning av pasienter, men en forsiktig økning i andelen som sier de *av og til* blir involvert i slike prosesser.

Tabell 4.21 *Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS eller sykehjem? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Nei, 2. linjen rådfører seg sjelden med kommunen	20	21	14	-6
Ja, kommunen blir av og til involvert	61	62	65	4
Ja, kommunen får vanligvis delta i beslutningene	20	17	20	-
Totalt (N=)	101 (250)	100 (268)	99 (205)	

Nærmere analyse av sammenhengen mellom organisering av det psykiske helsearbeidet og utbredelsen av samarbeidsavtaler med andrelinjen viser bare små forskjeller mellom kommuner med ulik modell for arbeidet (se Tabell V.10 i Vedlegg 4). Det er heller ikke store ulikheter når det gjelder tilbøyeligheten til å bli tatt med på beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, DPS eller sykehjem, men det er en viss tendens til at kommuner med egen tjeneste i større grad enn kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid blir involvert i slike prosesser.

Ambulante team og veiledning fra andrelinjen

Et viktig virkemiddel i desentraliseringen av det psykiske helsearbeidet er opprettelsen av ambulante team fra spesialisthelsetjenesten:

Ambulante team forutsettes etablert ved samtlige DPS. Dette vil utgjøre et viktig ledd i et desentralisert tjenesteapparat i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner. Norsk og internasjonal erfaring tyder på at dette er et meget velegnet virkemiddel for å forebygge unødvendige innleggelser, gi et raskt alternativt tilbud, øke tilgjengeligheten til tjenesteapparatet og til å bedre samarbeidet med det kommunale tjenesteapparatet og politiet. Ambulante team vil også kunne bidra til å trygge oppfølgingen etter utskrivning fra sykehus eller DPS (St.prp.nr. 1 (2004-2005):179).

Vi har spurt informantene i kommunene om de får besøk av ambulerende team fra andrelinjen (Tabell 4.22).

Tabell 4.22 *Får kommunen besøk av ambulerende team fra 2. linjetjenesten? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Nei	43	43	35	-8
Ja	57	57	65	8
Totalt (N=)	100 (247)	100 (268)	100 (205)	

Fra 2005 til 2008 har det skjedd en økning i andelen kommuner som får besøk av ambulerende team fra 2. linjen. Nesten to av tre kommuner får nå besøk av slike team.

Spesialisthelsetjenesten skal også kunne yte veiledning til kommunene ut over det som gis gjennom ambulante team. Slik veiledning vil bidra til å avhjelpe konsekvensene av kompetansemangel i det lokale tjenesteapparatet. Svarene viser at kommunene primært benytter muligheten til veiledning når det oppstår behov, men de siste tre årene har det vært en økning i andel kommuner som benytter seg av muligheten til å få veiledning fra andrelinjetjenesten til faste tider (ut over det som skjer gjennom

ambulerende team). Nesten en av tre kommuner mottar nå slik veiledning fast (Tabell 4.23).

Tabell 4.23 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne brukere? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Nei/svært sjelden	8	7	6	-2
Ja, ved behov	73	71	64	-9
Ja, til faste tider	20	22	31	11
Totalt (N=)	101 (240)	100 (264)	101 (192)	

Analyser av sammenhengen mellom organisasjonsmodell og besøk fra ambulante team og bruk av veiledning fra andrelinjen viser at det er små forskjeller mellom kommuner med ulik modell (tabellene V.12 og V.13 i Vedlegg 4). Vi kan imidlertid spore en forsiktig, men gjennomgående tendens til at kommuner med tjenestemodell har tettere kontakt med andrelinjen enn kommuner der psykisk helsearbeid er organisert i egen enhet.

Innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester

I løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode har det skjedd en markant utbygging av andrelinjetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Vi har bedt respondentene fra kommunene om deres vurdering av innbyggernes tilgang på tjenester fra andrelinjen. Dette kan gi en indikasjon på hvorvidt utbyggingen av spesialisthelsetjenestene svarer til behovet for slike tjenester, sett fra kommunenes side. Det er imidlertid viktig å merke seg at vurderingen av tilgang på tjenester også gjerne vil påvirkes av hvilke forventninger til utviklingen som foreligger.

Tabell 4.24 *Vurdering av voksne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester innfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008.*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Langt mindre enn behovet	45	39	33	-12
Rimelig god tilgang	52	59	62	10
Svært god tilgang	3	3	5	2
Totalt (N=)	100 (234)	101 (265)	100 (182)	

Kommunenes vurdering av tilgangen på tjenester fra andrelinjen er klart mer positiv i 2008 enn i 2002 (Tabell 4.24). Bedringen i tilgangen på andrelinjetjenester ser ut til å ha økt jevnt over tid. Drøyt seks av ti kommuner mener nå at voksne innbyggere med psykiske lidelser har rimelig god tilgang på andrelinjetjenester. Det er likevel et lite fåtall kommuner som mener innbyggernes tilgang på slike tjenester er svært god.

Det er små forskjeller i vurderingen av tilgangen på andrelinjetjenesten mellom kommuner med enhets- og tjenesteorganisering av det psykiske helsearbeidet for voksne, mens det er ganske betydelige forskjeller i vurderingen av tilgangen på tjenester for barn og unge. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.

I avsnitt 4.6.4 drøfter vi nærmere hvilken betydning formelle samarbeidsavtaler mellom kommunene og andrelinjen har for kommunenes opplevelse av samarbeidet med andrelinjen og tilgangen på andrelinjetjenester.

4.5.3 Rådgivernes roller

Helse- og omsorgsdepartementet valgte i starten av opptrappingsperioden å ansette rådgivere i psykisk helsearbeid hos den enkelte fylkesmann (da stillingene først ble opprettet lå de til fylkeslegen, men fylkeslegen ble senere lagt inn under fylkesmannsembetet). Rådgiverne sees som et av statens viktigste virkemidler for å oppnå Opptrappingsplanens mål og intensjoner i kommunene (St.prp.nr. 1 (2004-2005):184). Ved hjelp av rådgiverne skal den statlige oppfølgingen av planen videreføres og intensiveres:

Rådgiverne skal i samarbeid med Sosial- og helse- direktoratet bidra til utvikling av kommunenes psykiske helsearbeid. Det er fortsatt behov for en mer målrettet innsats ovenfor kommunene. Dette gjelder myndighetsoppgaven som omfatter vurdering og oppfølging av kommunene for utbetaling av øre- merkede tilskudd. Videre skal rådgiverne gi råd og veiledning overfor kommunene og det er viktig at det framover etableres nettverk mellom kommunene der DPSene trekkes inn. Særlig oppmerksomhet må rettes mot å gi bistand til kommuner som er kommet kort i arbeidet med å gjennomføre Opptappingsplanen. Rådgiverne skal bidra til å øke kunnskapen om utviklingen i kommunene og delta i arbeidet med utvikling av ”kommunedagnose”. En prioritert oppgave for rådgiverne er å delta i arbeidet med å sikre utarbeidelse av individuell plan for personer med langvarige og sammensatte behov.

I undersøkelsen fra 2005 fant vi store endringer i kommunenes vurderinger av rådgivernes roller sammenliknet med i 2002. I 2005 ble rådgiverne i større grad enn tidligere oppfattet som kontrollør og pådriver i det psykiske helsearbeidet, og som støttespiller for kommunen.

Vi har også i 2008 spurt kommunene om hvordan de opplever rådgiveren for Opptappingsplanen hos fylkesmannen (Tabell 4.25). Vi ser at kommunenes oppfatning av rådgiverens roller har endret seg en del over tid. Mens halvparten av kommunene i 2002 mente rådgiveren i stor grad var kontrollør, mener nå nesten tre av fire kommuner det samme. Samtidig er det en klar økning i andel kommuner som ser rådgiveren som en støttespiller, dialogpartner og pådriver. I 2008 mener over fire av ti kommuner at rådgiveren er en støttespiller, en av fire ser rådgiveren som en dialogpartner, og tre av ti som pådriver.

Nærmere analyser viser at det er høye korrelasjoner mellom å oppfatte rådgiveren som pådriver, støttespiller og dialogpartner. Men selv om kontrollør-rollen kan oppleves som mer negativ for kommunene, er også denne svakt positivt korrelert med rollene som pådriver og støttespiller. Det ser med andre ord ut til at det ikke er noen helt klar motsetning mellom den mer myndighets-

orienterte rollen som kontrollør og rollene som mer har preg av å være støttende og hjelpende.

Tabell 4.25 *Rådgiverens rolle, 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller "i stor grad"*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Pådriver overfor kommunen	22	34	29	7
Støttespiller for kommunen	31	39	43	12
Erfaringsformidler mellom kommuner	25	24	26	1
Dialogpartner/veileder	16	21	25	9
Kontrollør	51	69	73	22
Kursarrangør	22	25	23	1

4.5.4 Samarbeid med NAV

Samarbeid med NAV Arbeid

Opptrappingsplanen er opptatt av at mennesker med psykiske problemer og lidelser skal ha en meningsfull hverdag. Så langt det er mulig skal det tilrettelegges for at psykisk syke skal delta i arbeidslivet eller på annen måte ha sysselsetting eller aktivitet på dagtid. I Helsedirektoratets veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, heter det at

Deltakelse i arbeidslivet er en sentral verdi i vårt samfunn. Lønnet arbeid har vesentlig betydning for den enkeltes økonomi og bidrar til innflytelse og uavhengighet. Mestring, selvtillit og selvrealisering er i stor grad knyttet til arbeid. (...) Uansett alvorlighetsgrad og diagnose vil tilrettelegging av arbeidet være viktig. Et nært samarbeid mellom de kommunale helse- og sosialtjenestene, spesialisthelsetjenesten, Aetat, trygdeetat, arbeidsgiver og frivillige organisasjoner er viktig.

Det sees som et mål at arbeidsplassene tilpasses på en slik måte at det er mulig for folk med psykiske vansker å fortsette i (eller skaffe seg) arbeid.

Etter vår forrige undersøkelse i 2005 har det skjedd en omorganisering av den tidligere arbeidsmarkedsetaten Aetat til NAV

Arbeid, men i utgangspunktet skal den nye etaten ivareta de samme funksjonene overfor folk med psykiske problemer. Den nye arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) innebærer en felles førstelinjetjeneste med et arbeids- og velferdskontor i hver kommune. Borgerne får ett sted å henvende seg, mot tre i dag. Noe av hensikten med NAV-reformen var å bringe de statlige og de kommunale organene nærmere hverandre, og øke samarbeid og samordning mellom staten og kommunene på områdene arbeid, trygd og sosialhjelp.

Et annet viktig element i arbeidet for å sikre sysselsetting for mennesker med psykiske problemer er intensjonsavtalen mellom regjeringen og partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv. Avtalen uttrykker et ønske om å tilrettelegge for at folk skal kunne være i arbeid selv om de har begrenset funksjonsevne.

I vår undersøkelse fra 2005 fant vi at det hadde skjedd en viss økning siden 2002 i andelen kommuner som sa at de samarbeider med Aetat om enkeltbrukere (Myrvold 2006). Bare én av seks kommuner sa at de ikke har møter med Aetat, enten på overordnet nivå eller om enkeltbrukere.

Etter at vår forrige undersøkelse ble gjennomført har arbeidet for sysselsetting av psykisk syke blitt intensivert. I statsbudsjettet for 2005 ble det bevilget 103 millioner kroner til disposisjon for Aetats arbeid med målrettede tiltak for denne målgruppen, en økning på 20 millioner fra året før (St.prp. 1 (2004-2005)). I desember 2005 utga Sosial- og helsedirektoratet en veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Veilederen beskriver tilbudet fra Aetat, og viser hvordan kommunen i samarbeid med Aetat kan bidra til at mennesker med psykiske problemer og lidelser kan delta i arbeidslivet.

Arbeidsliv og psykisk helse har også vært en sentral del av informasjonssatsingen knyttet til Opptrappingsplanen. Rådet for psykisk helse ivaretar denne delen på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rådet har bl.a. laget en rekke hefter som informerer om forhold knyttet til psykisk helse i arbeidslivet.

Tabell 4.26 *Samarbeider kommunen med Aetat/NAV Arbeid? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og Aetat/NAV Arbeid	22	17	13	-9
Kommunen har samarbeidsmøter med Aetat/NAV Arbeid på overordnet nivå	17	14	19	2
Kommunen har av og til møter med Aetat/NAV Arbeid om enkeltbrukere	64	67	60	-4
Kommunen har ofte møter med Aetat/NAV Arbeid om enkeltbrukere	13	18	28	15
(N=)	(250)	(271)	(212)	

Tabell 4.26 viser at det over tid har det skjedd en jevn økning i kommunenes kontakt med Aetat/NAV Arbeid. I 2008 er det bare drøyt en av åtte kommuner som sier at det ikke er vanlig med møter mellom kommunen og NAV Arbeid. Det er først og fremst møter med enkeltbrukere som har økt – det er nå over dobbelt så høy andel av kommunene som sier de *ofte* har møter med NAV Arbeid om enkeltbrukere med psykiske vansker.

Vi har også sett på om kontakten med NAV Arbeid kan henge sammen hvilken modell kommunen har valgt for sitt psykiske helsearbeid (Tabell 4.27). De viktigste forskjellene mellom kommuner med ulik modell ser ut til å være at kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid noe oftere ikke har samarbeidsmøter med NAV Arbeid, men at de hyppigere har møter på overordnet nivå.

Tabell 4.27 *Samarbeider kommunen med NAV Arbeid? 2008. Prosent*

	Modell 1: Egen enhet (N=75)	Modell 2: Egen tjeneste (N=129)	Forskjell Modell 1 – Modell 2
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og NAV Arbeid	16	11	5
Kommunen har samarbeidsmøter med NAV Arbeid på overordnet nivå	23	16	7
Kommunen har av og til møter med NAV Arbeid om enkeltbrukere	57	64	-7
Kommunen har ofte møter med NAV Arbeid om enkeltbrukere	29	30	-1

Samarbeid med NAV Trygd

Trygdeetaten har som oppgave å støtte opp under tiltak på arbeidsplassen og disponerer ulike virkemidler til dette, for eksempel tilretteleggingstilskudd til arbeidsgiver og aktiv sykemelding. Trygdekontoret bidrar med individuell oppfølging, eventuelt i samarbeid med andre instanser. Trygdeetatens arbeidslivssenter kan bidra med veiledning til virksomhetene.

Samarbeidet mellom trygdeetaten og kommunene synes ikke å ha fått like mye oppmerksomhet i nyere måldokumenter som samarbeidet med Aetat, men Sosial- og helsedirektoratets veileder i psykisk helsearbeid for voksne (Sosial- og helsedirektoratet 2005) understreker hvordan kommunen gjennom sine tiltak, og i samarbeid med arbeids- og trygdeetatene, kan bidra til at personer som er sykmeldt fra arbeidet kan inkluderes i arbeidslivet.

Veilederen viser hvordan kommunene kan utvikle egne tilrettelagte arbeidstiltak for mennesker med psykiske lidelser, som et supplement til arbeidsmarkedsetatens tilbud. Det anbefales at lokale tilbud planlegges i samarbeid mellom Aetat, trygdeetat, ulike private og offentlige bedrifter samt ulike avdelinger i kommunen, og i samarbeid med brukerorganisasjonene.

Undersøkelsen fra 2005 viste at det var et relativt få kommuner som rapporterte at de har svært lite samarbeid med trygdekontoret. Tabell 4.28 viser utviklingen fra 2002 til 2008.

Tabell 4.28 *Samarbeider kommunen med Trygdekontoret/NAV Trygd? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og Trygdekontoret/NAV Trygd	17	13	13	-4
Kommunen har samarbeidsmøter med Trygdekontoret/NAV Trygd på overordnet nivå	14	11	12	-2
Kommunen har av og til samarbeidsmøter med Trygdekontoret/NAV Trygd om enkeltbrukere	69	70	61	-8
Kommunen har ofte samarbeidsmøter med Trygdekontoret/NAV Trygd om enkeltbrukere	13	19	26	13
(N=)	(250)	(271)	(212)	

Det er skjedd en viss økning i kontakten mellom kommunen og trygdekontoret/NAV Trygd i løpet av perioden fra 2002 til 2008. Økningen er mer beskjeden enn hva vi ser for NAV Arbeid, noe som kan skyldes at trygdeetatens rolle overfor mennesker med psykiske problemer har fått mindre fokus i arbeidet med Opptrappingsplanen.

Endringene i kontakten mellom kommunene og trygdeetaten er primært skjedd ved at flere kommuner sier at de ofte har samarbeidsmøter med NAV Trygd om enkeltpersoner, mens færre kommuner sier at de av og til har slike møter.

Tabell 4.29 *Samarbeider kommunen med NAV Trygd? 2008. Prosent*

	Modell 1: Egen enhet (N=75)	Modell 2: Egen tjeneste (N=129)	Forskjell Modell 1 – Modell 2
Det er ikke vanlig med møter mellom kommunen og NAV Trygd	21	9	12
Kommunen har samarbeidsmøter med NAV Trygd på overordnet nivå	11	12	-1
Kommunen har av og til samarbeidsmøter med NAV Trygd om enkeltbrukere	61	61	-
Kommunen har ofte samarbeidsmøter med NAV Trygd om enkeltbrukere	20	30	-10

En nærmere analyse av forholdet mellom organisasjonsmodell og kontakt med NAV Trygd viser ikke helt ubetydelige forskjeller mellom kommuner med ulik organisering av det psykiske helsearbeidet (Tabell 4.29). Kommuner med en egen enhet for dette arbeidet oppgir at de har mindre kontakt med NAV Trygd sammenliknet med kommuner som har organisert arbeidet i en egen tjeneste. Kommuner med egen psykisk helsearbeidstjeneste har oftere møter med NAV Trygd om enkeltbrukere.

4.5.5 Samarbeid med brukerorganisasjonene

Brukernes behov, brukermedvirkning og brukerorganisasjonenes rolle står sentralt i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Brukerorganisasjonene er blitt styrket med betydelige midler i opptrappingsperioden, og det er blitt lagt stor vekt på å informere om betydningen av å ta med både organisasjonene og enkeltbrukere og deres pårørende i alt psykisk helsearbeid som gjøres i kommunene.

I veilederen i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene er brukermedvirkning begrunnet både i at den kan bidra til at tjenestene blir bedre, og i at medvirkning vil kunne gi den enkelte større mestringsfølelse og større kontroll over eget liv (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

I St.meld. nr. 1 (2004-2005) understreker departementet behovet for å styrke dette området i kommunene:

En forutsetning for et godt psykisk helsearbeid innebærer økt vekt på brukermedvirkning. Brukerorganisasjoner har meldt at brukermedvirkning både i planarbeid og i utviklingen av tjenester til den enkelte er kommet for kort. For å få utbetalt øremerkede tilskudd må kommunene kunne godtgjøre reell brukermedvirkning. Videre er støtte til brukerorganisasjonene og brukertiltak et vilkår for utbetaling av øremerkede midler. Fra 2006 vil det bli satt som vilkår for øremerkede tilskudd, at kommunene har etablert rutiner for regelmessig tilbakeføring av brukererfaringer til tjenesteapparatet (St.meld. nr. 1 (2004-2005):188).

Undersøkelsen fra 2002 viste at nesten halvparten av kommunene sa at de hadde lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene (Myrvold 2004:105). Det var dessuten bare et lite mindretall av kommunene som karakteriserte samarbeidet som ”svært godt”. I undersøkelsen fra 2005 ga dataene klare indikasjoner på at samarbeidsforholdene mellom kommunene og brukerorganisasjonene hadde bedret seg fra 2002 til 2005. I tiden etter 2005 har det fra sentrale myndigheters side vært et kontinuerlig fokus på samarbeid med brukerne og deres organisasjoner. Dette understrekes også sterkt i veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet (2005).

Tabell 4.30 *Samarbeider kommunen med brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Lite/ikke noe samarbeid	44	34	26	-18
Samarbeidet er ofte vanskelig	9	6	6	-3
Samarbeidet er stort sett bra	34	45	50	16
Samarbeidet er svært godt	13	15	18	5
Totalt	100	100	100	

Tabell 4.30 viser at det har skjedd en klar bedring av kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene i perioden fra 2002 til 2008. Mens nesten halvparten av kommunene i 2002 sa at de hadde lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene, svarte en av fire det samme i 2008.

Det er også en klar (og jevn) økning i andelen kommuner som synes samarbeidet med organisasjonene stort sett er bra. Over to av tre kommuner synes nå at samarbeidet med brukerorganisasjonene er ”stort sett bra” eller ”svært godt”. Samarbeidet har utviklet seg i positiv retning gjennom hele perioden fra 2002 til 2008. En multivariat estimated marginal means analyse bekrefter at utviklingen har vært jevn og positiv. Resultatene er signifikante på 1%-nivå (se Tabell V.5 i Vedlegg 4).

Det er ikke signifikante forskjeller mellom kommuner med ulike organisasjonsmodell i vurderingen av samarbeidet med brukerorganisasjonene.

Vi har også spurt kommunene om de har brukerråd eller tilsvarende organ knyttet til psykisk helsearbeid (Tabell 4.31).

Tabell 4.31 *Har kommunen etablert brukerråd eller tilsvarende knyttet til psykisk helsearbeid? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Nei	75	56	46	-29
Ja	15	25	44	29
Ubesvart	10	19	9	-1
Totalt (N=)	100 (255)	100 (273)	99 (212)	

Det har skjedd en jevn økning i andelen kommuner som har brukerråd el.l. knyttet til det psykiske helsearbeidet. Mens tre av fire kommuner *ikke* hadde brukerråd i 2002, er det under halvparten av kommunene som oppgir ikke å ha et slikt organ i 2008.

4.5.6 Oppsummering samarbeid med instanser utenfor kommunen

Til tross for at Helsedirektoratet i veilederen fra 2005 anbefaler kommunene å samarbeide om administrative oppgaver og tjenester knyttet til brukere med omfattende psykiske problemer, har det skjedd liten utvikling av det interkommunale samarbeidet de siste tre årene. Noen flere kommuner rapporterer om samarbeid om sysselsetting og arbeid, men det er færre som sier at de inngår i et faglig samarbeid med andre kommuner i 2008 enn i 2005 og 2002.

Sammenliknet med kommuner med en egen enhet for psykisk helsearbeid, har kommuner som har det psykiske helsearbeidet plassert som en tjeneste innenfor en større enhet oftere samarbeid med andre kommuner, først og fremst i form av felles kurs og veiledning.

Fra 2005 har myndighetene vært eksplisitte i sine forventninger om at kommuner og andrelinjetjenesten etablerer formelle samarbeidsavtaler. Vi finner også en klar økning i rapporteringen av slike avtaler fra 2005 til 2008. Særlig sterk er økningen i avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om rutiner ved utskrivning. På direkte spørsmål til kommunene om de får delta i beslutninger knyttet til utskrivningsprosessen fra sykehus, DPS og sykehjem, er det imidlertid beskjedne endringer i svarene. Det kan med andre ord se ut til at større bruk av formelle avtaler foreløpig bare i begrenset grad har endret andrelinjens faktiske atferd mht. å trekke med kommunene ved utskrivning av pasienter.

De siste tre årene har det skjedd en økning i andelen kommuner som får besøk av ambulerende team fra andrelinjen. To av tre kommuner får nå besøk av ambulerende team. Det er også flere kommuner som mottar veiledning til faste tider fra andrelinjen knyttet til voksne med psykiske lidelser.

Kommunene vurderer voksne innbyggers tilgang på tjenester fra andrelinjen som klart bedre i 2008 enn tidligere. Bedringen i tilgangen på tjenester ser ut til å ha økt jevnt i perioden fra 2002 til 2008.

Sammenliknet med 2002 oppfatter kommunene rådgiverne for Opptrappingsplanen hos fylkesmennene i 2008 mer som kontrollører, men også mer som støttespillere. Det synes ikke å eksistere noen klar konflikt mellom de ulike rollene til rådgiverne: rollen som overordnet kontrollør går i noen grad hånd i hånd med rollen som støttespiller, dialogpartner og pådriver.

Kommunene forventes å samarbeide med NAV Arbeid og NAV Trygd (tidligere Aetat og Trygdekontoret) om innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Over tid er det skjedd en jevn økning i kommunenes kontakt med disse instansene. Økningen er størst for kommunenes samarbeid med NAV Arbeid om enkeltbrukere. Et fåtall kommuner har samarbeidsmøter med NAV på overordnet nivå.

Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene har utviklet seg positivt i hele perioden fra 2002 til 2008. Det er nå betydelig færre kommuner som sier at de ikke har noe samarbeid med brukerorganisasjonene, og det er en klar økning i andelen kommuner som oppgir å ha brukerråd eller tilsvarende knyttet til sitt psykiske helsearbeid.

4.6 Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen lokalt

I dette avsnittet skal vi se nærmere på tre sider ved kommunenes oppfatning av arbeidet med opptrappingsplanen:

- Kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet
- Utviklingen i tjenestetilbudet til innbyggerne
- Hindringer i arbeidet med Opptrappingsplanen

4.6.1 Vurderingen av egen kommunes innsats

I spørreskjemaundersøkelsene til kommunene i 2005 og 2008 ba vi respondentene gi en vurdering av egen kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet. Dette spørsmålet ble ikke stilt i 2002.

Tabell 4.32 *Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005 og 2008. Prosent (N=253)*

	2005	2008	Endring 2005 – 2008
Svært god	13	25	12
Tilfredsstillende	70	64	-6
Dårlig	17	11	-6
Totalt	100	100	

Kommunene vurderer sin innsats innenfor psykisk helsearbeid som klart bedre i 2008 enn i 2005 (Tabell 4.32). Andelen som mener innsatsen er ”svært god” er dobbelt så høy i 2008 som i 2005. Nå mener en av fire kommuner at innsatsen er ”svært god”.

Tabell 4.33 *Vurdering av kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet, etter organisasjonsmodell. 2008. Tall for 2005 i parentes. Prosent*

	Modell 1: Egen enhet (N=63)	Modell 2: Egen tjeneste (N=108)	Forskjell Modell 1 – Modell 2
Svært godt i forhold til behov	25 (27)	26 (10)	-1
Tilfredsstillende i forhold til behov	70 (51)	60 (74)	10
For dårlig i forhold til behov	5 (22)	14 (16)	-9
	100	100	100,0%

Kommuner med egen enhet for det psykiske helsearbeidet er mer tilfreds med egen innsats enn kommuner som har arbeidet organisert i en egen tjeneste. Kommuner med egen enhet og kommuner med egen tjeneste har hatt forskjellige utviklingsforløp etter 2005. Mens mange kommuner med en egen tjeneste har gått fra å vurdere innsatsen som ”tilfredsstillende” i 2005 til å vurdere den som ”svært god” i 2008, har utviklingen for kommuner med egen enhet vært fra ”for dårlig” til ”tilfredsstillende”.

4.6.2 Vurdering av utviklingen i kommunens tjenester til innbyggerne

I de ulike måldokumentene vektlegges flere målgrupper for Opptrappingsplanen for psykisk helse. Mennesker med alvorlige lidelser skal prioriteres. I statsbudsjettet for det siste året av Opptrappingsplanen står det:

Kommunenes innsats bør rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser og vektlegge: bolig med tilstrekkelig bistand, meningsfylte aktiviteter, om mulig sysselsetting, sosiale fellesskap, nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester, styrke bruker- og pårørendeorganisasjoner og brukerrettede tiltak. Fortsatt har ikke alle kommuner et tilfredsstillende tilbud til mennesker med psykiske lidelser på alle disse feltene. Departementet forutsetter

derfor at utbygging av disse fem feltene prioriteres (St.prp. nr. 1 (2007-2008)).

De siste årene er det lagt ekstra vekt på å bedre tilbudet til barn og unge, men statsbudsjettet for 2008 at utviklingen av tilbudet til barn og unge må prioriteres også i det videre arbeidet:

Utviklingen av det kommunale tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser, til personer med samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser og tilbudet til særlig ressurskrevende voksne med sammensatte behov må prioriteres framover (St.prp. nr. 1 (2007-2008)).

Samtidig sies det eksplisitt at det forebyggende arbeidet skal ha økt prioritet:

Forebyggende arbeid er en viktig del av kommunens innsats i forhold til befolkningen. I forhold til personer med psykiske lidelser må kommunen særlig vektlegge sekundærforebygging med tidlig intervensjon ved starten av psykisk lidelse/rusproblem og tertiærforebygging, eksempelvis tidlig intervensjon ved tilbakefall av lidelse (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Formuleringene i myndighetenes måldokumenter gjør det ikke lett for kommuner med begrensede ressurser å vite hva som skal prioriteres innenfor det psykiske helsearbeidet. Med utgangspunkt i formuleringene er det dessuten vanskelig å ha klare formeninger om hvilke tjenester som har utviklet seg mest i løpet av opptrappingsperioden.

Vi har spurt respondentene i kommunen om hvordan de ser på utviklingen av tjenestene til ulike grupper i egen kommune de siste tre årene (Tabell 4.34).

Tabell 4.34 *Vurderinger av utviklingen i tjenestene til ulike grupper i egen kommune. Prosent som svarer "vesentlig bedre tilbud". 2002 og 2005. N=254-265*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske vansker	55	63	76	21
Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser	41	47	59	18
Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser	12	24	37	25
Tjenestene for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer/lidelser med mer	14	29	41	27
Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet	10	18	21	11

Resultatene tyder på at tjenestene for alle gruppene av psykisk syke har vist en jevn bedring i perioden fra 2002 til 2008. Det er et klart – og økende – flertall som mener at voksne med alvorlige psykiske lidelser har fått et bedre tilbud. Hele tre av fire kommuner mener tjenestene til voksne med alvorlige vansker er blitt "vesentlig bedre". Det er også mange som vurderer tilbudet til voksne med lettere problemer som vesentlig bedret.

Tjenestene for barn og unge har gjennomgått en betydelig forbedring i løpet av opptrappingsperioden. Det kan med andre ord synes som om det sterkere fokuset på tilbudet til barn og unge begynner å merkes i tjenestetilbudet til denne gruppen. Det er imidlertid viktig å merke seg at tjenestene til barn og unge i utgangspunktet var dårlig utbygget i kommunene.

Også vurderingen av de forebyggende tjenestene er bedre i 2008 enn i 2005 og 2002, men fremdeles ser det ut til å være vanskeligere for kommunene å prioritere forebyggende tjenester.

Vi har også gjennomført multivariate analyser av utviklingen av tjenestetilbudet til ulike grupper over tid, slik informantene fra kommunene vurderer det (se Tabell V.14 i Vedlegg 4). Analyse-resultatene bekrefter bildet av utviklingen som er gitt over.

Vi har gjennomført analyser av sammenhengen mellom organisering og oppfatning av bedring i tjenestene. Det er svært generelt små forskjeller mellom kommuner med ulik modell. For barn/unge med moderate og lette problemer vurderes bedringene i tjenestene å være noe større i kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid.

Sammenheng mellom innsats og tjenestetilbud?

I hvilken grad henger utviklingen i tjenestetilbudet sammen med kommunens innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? Vi har gjennomført analyser av sammenhengen mellom kommunenes vurdering av egen innsats og synet på utviklingen i tjenestene. Analysene viser en klar tendens til at kommuner som synes de gjør en god jobb med det psykiske helsearbeidet også vurderer utviklingen i tjenestene, både for folk med alvorlige lidelser og for folk med lettere problemer, som betydelig bedre (Tabell 4.35 og Tabell 4.36).

For voksne med alvorlige psykiske vansker er det en klar sammenheng mellom vurderingen av kommunens innsats og vurderingen av bedringen i tjenestetilbudet (Tabell 4.35). Nesten ni av ti kommuner som synes deres innsats er svært god mener at tilbudet til denne gruppen er blitt vesentlig bedre, mot knappe syv av ti blant kommunene som synes innsatsen er for dårlig.

Det mest markante er likevel at kommuner som synes egen innsats er for dårlig vurderer bedringen i tilbudet som vesentlig mye bedre i 2008 enn i 2005. I 2005 mente bare en av tre i kommunene med dårlig innsats at det hadde skjedd en vesentlig bedring i tilbudet for voksne med alvorlige vansker. Nå er denne andelen nesten doblet.

Tabell 4.35 *Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv). Prosent*

Kommunens innsats fht innbyggernes behov	Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske vansker			Totalt (N)
	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud	
Svært god	0(3)	11(9)	89(88)	100 (45)
Tilfredsstillende	4(5)	25(28)	71(67)	100 (114)
Dårlig	11(23)	21(42)	68(35)	100 (19)
Totalt	3(8)	21(28)	75(64)	100 (178)
(N)	(6)	(38)	(134)	

Tabell 4.36 *Vurdering av bedringen i tilbudet voksne med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv). Prosent*

Kommunens innsats fht innbyggernes behov	Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser			Totalt (N)
	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud	
Svært god	2(6)	16(32)	82(62)	100 (45)
Tilfredsstillende	5(7)	41(44)	54(49)	100 (113)
Dårlig	11(21)	47(54)	42(26)	101 (19)
Totalt	5(9)	35(44)	60(47)	100 (177)
(N)	(9)	(62)	(106)	

Vi finner også en sterk sammenheng mellom vurderingen av kommunens innsats og vurderingen av tilbudet til voksne med lette og moderate psykiske vansker (Tabell 4.36). Mens bare 2 prosent av kommunene som mener deres innsats er svært god synes det er små endringer i tilbudet, mener 82 prosent av dem at tilbudet er vesentlig bedre. Blant kommunene som synes de gjør en dårlig innsats mener 11 prosent at det er små endringer, mens 42 prosent synes tilbudet er blitt vesentlig bedre.

Vi finner imidlertid ingen tilsvarende sterk sammenheng mellom vurderingen av tilgangen på andrelinjetjenester og bedringen i tilbudet for voksne med psykiske problemer. Respondentene fra kommunene ser altså ut til å knytte bedringen i tjenestetilbudet

sterkere til kommunens arbeid enn til andrelinjetjenestens kapasitet.

4.6.3 Vurdering av årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen

Ved spørreskjemaundersøkelsen til kommunene i 2002 fant vi at kommunens generelle økonomiske situasjon ble sett som den klart viktigste enkeltårsak til problemer med implementeringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (Myrvold 2004:49). Mange nevnte også manglende kunnskaper om psykisk helsearbeid og for få ansatte innenfor dette fagområdet i kommunen.

I 2005 var fremdeles kommunens generelle økonomiske situasjon sett som den viktigste årsaken til at implementeringen av Opptappingsplanen gikk tregt, men det var litt færre kommuner som nevnte dette som en svært viktig faktor. Den største økningen fra 2002 til 2005 var i andelen kommuner som opplevde samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen som en viktig hindring for kommunenes implementering av planen.

I perioden etter 2005 har kommuneøkonomien bedret seg, og – som vi tidligere har sett – har det kommet krav til samarbeid mellom kommunen og andrelinjen. Dette er forhold vil ville anta at virker inn på kommunenes vurderinger av hindringer i arbeidet med Opptappingsplanen.

Tabell 4.37 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune. 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer "svært viktig". N=250-261 (2002), N=257-265 (2005) og N=185-189 (2008)*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2005
Problemer med å rekruttere fagfolk	16	12	15	-1
Kommunens generelle økonomiske situasjon	39	34	29	-10
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	8	10	12	4
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	9	16	17	8
For få ansatte som jobber med psykisk helse	21	19	17	-4
For få ansatte som jobber med psykisk helse på systemnivå	18	16	21	3
Manglende lokal politisk prioritering	17	12	18	1
Organiseringen av arbeider med psykisk helse	12	12	21	9
Dårlig sammenheng mål - midler i det psykiske helsearbeidet	15	19	16	1
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i pol ledelse	23	18	29	6

I 2008 finner vi en klar nedgang i andelen kommuner som oppgir kommunens generelle økonomiske situasjon som svært viktig hindring i implementeringen av Opptrappingsplanen (Tabell 4.37). Mens økonomien både i 2002 og 2005 ble sett som det klart største problemet, er det nå like mange som nevner "For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse" som svært viktig hindring i arbeidet. Drøyt en av fem kommuner oppgir også "Få ansatte som arbeider med psykisk helse på systemnivå" og "Organiseringen av arbeidet" som svært viktige hindringer i det psykiske helsearbeidet. Organiseringen av arbeidet med psykisk helse er faktisk den enkeltfaktoren som har økt mest i betydning som hinder for kommunene. Det er først og fremst i tiden fra 2005 til 2008 dette er blitt en viktig faktor.

Ut fra våre analyser oppfatter kommunene samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen som en klart viktigere hindring for det psykiske helsearbeidet i 2008 enn i 2002, men her er det små endringer fra 2005 til 2008.

Disse resultatene bekreftes av en multivariat analyse av utviklingen i hindringer for psykisk helsearbeid over tid (se Tabell V.15 i Vedlegg 4).

En multivariat analyse av mulige sammenheng mellom opplevde problemer og organisasjonsmodell for arbeidet gir ingen signifikante forskjeller mellom kommuner med ulik modell (se Tabell V.16 i Vedlegg 4). I kommuner med enhetsmodell er det flere som ser samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen som et problem. I kommuner med egen tjeneste for psykisk helsearbeid er det en høyere andel som synes det er få som jobber med psykisk helse på systemnivå og som synes det ikke er tilstrekkelig prioritering av psykisk helse på systemnivå. Disse forskjellene er imidlertid små. Vi finner ingen forskjeller mellom kommuner med ulik modell i forhold til vektleggingen av organiseringen av det psykiske helsearbeidet som hindring for arbeidet..

Det kan være interessant å se om de kommunene som synes egen innsats er mindre god opplever andre hindringer i arbeidet med Opptrappingsplanen enn kommuner som vurderer innsatsen som god (Tabell 4.38).

Det er betydelige forskjeller mellom kommuner i vurderingen av hva som er viktige hindringer i det psykiske helsearbeidet. De som mener egen kommunes arbeid er for dårlig, opplever flere forhold som svært viktige hindringer sammenliknet med kommuner som synes kommunens innsats er god. Særlig oppleves problemene med å rekruttere fagfolk, liten kunnskap i politisk ledelse, manglende lokal politisk prioritering av psykisk helsearbeid og for få ansatte som arbeider innen området som viktige hindringer for kommuner som sier deres egen innsats er for dårlig i forhold til innbyggernes behov.

Samarbeidsproblemer – både internt i kommunen og i forhold til 2. linjen – er de eneste forholdene som ikke vurderes som mer alvorlige i kommuner som synes deres arbeid er for dårlig i forhold til innbyggernes behov.

Tabell 4.38 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune, etter vurdering av kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008. Prosent som svarer "svært viktig" hindring*

	Kommunens innsats			Totalt (N)
	Svært god	Tilfredsstillende	For dårlig	
Problemer med å rekruttere fagfolk	18	11	37	16 (28)
Kommunens generelle økonomiske situasjon	18	32	42	29 (52)
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	16	9	21	12 (21)
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	25	14	21	18 (31)
For få ansatte som jobber med psykisk helse	16	13	47	18 (31)
For få ansatte som jobber med psykisk helse på systemnivå	13	17	63	21 (37)
Manglende lokal politisk prioritering	16	15	47	19 (33)
Organiseringen av arbeidet med psykisk helse	27	15	42	21 (37)
Dårlig sammenheng mål - midler i det psykiske helsearbeidet	16	13	37	16 (29)
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i pol ledelse	18	28	63	29 (52)

En multivariat analyse av materialet fra alle de tre årene støtter opp om disse konklusjonene (se Tabell V.17 i Vedlegg 4).

4.6.4 Hva betyr formelle avtaler for samarbeid og tjenestetilgang?

Som vi allerede har sett har det vært en betydelig nedgang i kommuner som *ikke* har en formell samarbeidsavtale med andrelinjen. Mens rundt halvparten av kommunene ikke hadde noen slik avtale i 2005, er det nå bare 15 prosent som sier at de ikke har inngått noen samarbeidsavtale med andrelinjen. Samtidig kan vi registrere at det bare er en beskjeden økning i andelen kommuner som mener at andrelinjen av og til tar dem med på råd ved utskrivning av pasienter. Kommunene synes imidlertid at tilgangen på andrelinjetjenester er blitt noe bedre for innbyggerne de siste årene. Likevel oppfattes samarbeidsproblemer med andrelinjen som en viktigere hindring for kommunenes arbeid med

Opptrappingsplanen i 2008 sammenliknet med tidligere år. I hvilken grad synes formelle samarbeidsavtaler faktisk å bidra til bedre samarbeid mellom nivåene?

Tabell 4.39 *Kommunens vurdering av om samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen er en hindring i arbeidet, etter om kommunen har samarbeidsavtale eller ikke. 2008. Prosent*

	Har kommunen avtale med 2.linjen?	
	Kommunen har ikke avtale	Kommunen har avtale
Samarbeidsprobl. ikke viktig/relevant	19	25
Samarbeidsprobl. litt viktig	32	34
Samarbeidsprobl. ganske viktig	27	26
Samarbeidsprobl. svært viktig	22	16
Totalt (N=)	100 (37)	101 (143)

Tabell 4.39 antyder visse forskjeller mellom kommuner med og uten avtale. Kommuner med avtale synes å vurdere samarbeidsproblemer som noe mindre enn kommuner uten avtale. En enkel kjiqvadrattest viser imidlertid ingen signifikante sammenhenger mellom variablene. Bivariat korrelasjon mellom avtale og vurdering av samarbeidsproblemer (Tabell 4.41) viser heller ingen sammenheng.

Tabell 4.40 *Kommunens vurdering av voksne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester, etter om de har samarbeidsavtale eller ikke. 2008. Prosent*

	Har kommunen avtale med 2.linjen?	
	Kommunen har ikke avtale	Kommunen har avtale
Voksne innbyggers tilgang på 2.linjetj. er langt mindre enn behovet	32	33
Voksne innbyggers tilgang på 2.linjetj. er rimelig god	62	62
Voksne innbyggers tilgang på 2.linjetj. er svært god	5	5
Totalt (N=)	99 (37)	100 (145)

Av Tabell 4.40 ser vi at det ikke er noen forskjell mellom kommuner med og uten samarbeidsavtale i deres opplevelse av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester. Vi har gjort tilsvarende analyse for vurderingen av barn og unges tilgang på tjenester (se Tabell V.18 i Vedlegg 4). Forskjellen mellom kommuner med og uten avtale er noe større for barn og unge, men det er kommuner *med* avtale som synes tilgangen på tjenester er dårligst.

Tabell 4.41 *Hvilken betydning har formelle avtaler mellom kommunen og andrelinjen for samarbeid og tjenestetilgjengelighet? Korrelasjon (Pearsons r). (N=175-182)*

	Har kommunen avtale med 2.linjen?	
	Kommunen har/har ikke avtale (1-0)	Kommunen har avtale om flere forhold (0-4)
Samarbeidsproblemer m 2.linjen er viktig hindring	-0,07	-0,07
Tilgang på 2.linjetjenester voksne	-0,01	0,02
Tilgang på 2.linjetjenester barn/unge	-0,06	-0,08

Tabell 4.41 viser at det i vårt materiale ikke er noen sammenheng mellom eksistensen av en samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen og kommunens opplevelse av samarbeidsforholdene til andrelinjetjenesten eller av innbyggernes tilgang på tjenester fra andrelinjen. Kommuner med en slik avtale vurderer ikke samarbeidet som bedre, og de synes ikke deres innbyggere får bedre tilgang på tjenester sammenliknet med kommuner som ikke har en avtale.

Det kan være flere årsaker til at vi ikke finner forskjeller mellom kommuner med og uten samarbeidsavtaler i vurderingen av andrelinjen. Den mest nærliggende forklaringen er at formelle avtaler faktisk har liten betydning for hvordan samarbeidet skjer i praksis. Det kan også innvendes at mange av samarbeidsavtalene innenfor psykisk helse er av ny dato, og at avtalene over tid i større grad vil kunne bidra til bedre samarbeidspraksis.

En annen mulighet kan være at kommuner som i utgangspunktet var tilfreds med samarbeidet med andrelinjen har vært mindre tilbøyelige enn misfornøyde kommuner til å inngå samarbeidsavtaler.

En forklaring kan også være at formelle avtaler bidrar til å skape forventninger til samarbeidet som ikke så lett lar seg innfri. Det forventningsgapet som da oppstår kan bidra til større misnøye enn om avtalen ikke hadde foreligget.

4.6.5 Oppsummering vurdering av kommunens arbeid med Opptrappingsplanen

Kommunene vurderer sin egen innsats innenfor psykisk helsearbeid som betydelig bedre i 2008 enn i 2005. Dobbeltså høy andel kommuner mener egen innsats er "svært god" nå sammenliknet med for tre år siden. Kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid er noe mer tilfreds med innsatsen enn kommuner som har det psykiske helsearbeidet som en tjeneste innenfor en større enhet.

I følge myndighetenes måldokumenter skal kommunene prioritere både tjenester rettet mot mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser, tjenester rettet mot barn og unge, og det forebyggende arbeidet. Det ligger med andre ord fra statens side ingen

entydige føringer på kommunenes prioriteringer innenfor det psykiske helsearbeidet. Vår undersøkelse tyder på at tjenestene til alle gruppene av psykisk syke er bedret i perioden fra 2002 til 2008. Tjenestene til barn og unge har opplevd den største bedringen, men tilbudet til denne gruppen var svært dårlig i utgangspunktet.

Vurderingen av bedringen i tilbudet henger sammen med hvordan kommunene opplever utviklingen i egne tjenester for psykisk syke. Kommuner som synes egen innsats på dette området er svært god, mener i større grad at tilbudet til voksne med lette eller alvorligere problemer er blitt bedre. Vi finner ingen tilsvarende sammenheng mellom tilgangen på andrelinjetjenester og vurderingen av bedringen i tilbudet. Kommunene synes med andre ord å tilskrive bedringen i tilbudet til mennesker med psykiske problemer sterkere til kommunenes egen innsats enn til utbyggingen av kapasiteten i andrelinjen.

Kommunenes bedrede økonomi de siste par årene ser ut til å innebære at kommunene opplever økonomien som et mindre problem for implementeringen av Opptappingsplanen i 2008 sammenliknet med tidligere. Nå sees problemer knyttet til kunnskap om psykisk helsearbeid, for få ansatte i det psykiske helsearbeidet og lite hensiktsmessig organisering som en større hindring for arbeidet med Opptappingsplanen. Også samarbeidsproblemer med andrelinjetjenesten oppleves som en viktig hindring, til tross for økningen i etableringen av formelle samarbeidsavtaler mellom kommunene og andrelinjen. Nærmere analyser viser at det er små forskjeller i vurderingen av samarbeidsproblemer med andrelinjen mellom kommuner som har samarbeidsavtale og kommuner som ikke har slik avtale. Samarbeidsavtaler ser heller ikke ut til å ha betydning for kommunenes vurdering av egne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester.

Kommuner som synes egen innsats i psykisk helsearbeid er dårlig opplever flere hindringer i arbeidet. Det er bare samarbeidsproblemer med andrelinjen som oppfattes som et større problem i kommuner som mener egen innsats er svært god enn i kommuner som vurderer innsatsen som dårlig.

4.7 Oppsummering kapittel 4

I dette kapitlet har vi sett nærmere på utviklingen i organisering, samarbeid og samordning i kommunenes psykiske helsearbeid for voksne. Innledningsvis stilte vi følgende spørsmål:

- Hvordan har utviklingen i organiseringen av arbeidet vært i perioden 2002 – 2008?
- Hvordan har utviklingen i samarbeid og samordning vært i perioden – både internt i kommunen og mellom kommunen og andre aktører?
- Benytter kommunene i større grad individuelle planer i 2008 sammenliknet med i 2002 og 2005? Hvilke holdninger og oppfatninger eksisterer i kommunene mht individuelle planer?
- Hvilke tjenester involveres i det psykiske helsearbeidet i kommunene, og hvordan oppleves samarbeidsrelasjonene mellom tjenestene? Makter kommunene å trekke med flere tjenesteområder i arbeidet? Hvordan er utviklingen mht fastlegenes involvering?
- Hvordan er utviklingen i samarbeidet mellom kommunene og brukerorganisasjonene i det psykiske helsearbeidet?
- Hvordan vurderer kommunene sitt psykiske helsearbeid og utviklingen i tjenestene for innbyggerne?

Vi skal her gi en kort oppsummering av analyseresultatene knyttet til hvert enkelt spørsmål.

Utviklingen i organiseringen av arbeidet i perioden 2002 – 2008

I 2008 finner vi en klar økning i andelen kommuner som oppgir at de har en egen enhet for psykisk helsearbeid rettet mot voksne. Samtidig er det en nedgang i andelen kommuner som sier at det psykiske helsearbeidet er organisert som en egen tjeneste innenfor en enhet med et større ansvarsområde. Det er nå nesten ingen kommuner som sier at de har en integrert modell for psykisk helsearbeid, dvs. at arbeidet er fullstendig integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat.

For de kommunene som har psykisk helsearbeid organisert innenfor et større tjenesteområde har det de senere årene skjedd store endringer i hvor det psykiske helsearbeidet er plassert. Mens utviklingen tidligere gikk i retning av at arbeidet ble plassert innenfor enheter som primært driver med helsetjenester, viser tallene fra 2008 at en større del av kommunene igjen har lagt det psykiske helsearbeidet til pleie- og omsorgstjenesten.

Utviklingen i samarbeid og samordning, internt i kommunen og mellom kommunen og andre aktører

De aller fleste kommunene har nå iverksatt ulike tiltak for å koordinere tjenestene til innbyggere med psykiske problemer og lidelser.

Fagmiljøet innen psykisk helsearbeid vurderes som bedre i 2008 enn seks år tidligere. Et klart flertall av kommunene mener at Opptrappingsplanen har bidratt til å styrke fagmiljøet.

Interkommunalt samarbeid

Det har skjedd liten utvikling av det interkommunale samarbeidet knyttet til psykisk helse de siste tre årene. Noen flere kommuner rapporterer om samarbeid om sysselsetting og arbeid, men det er færre som sier at de inngår i et faglig samarbeid med andre kommuner.

Samarbeid med andrelinjen

Fra 2005 har myndighetene stilt krav om at kommuner og andrelinjetjenesten etablerer formelle samarbeidsavtaler. Vi finner en klar økning i rapporteringen av slike avtaler, spesielt om rutiner ved utskrivning. På direkte spørsmål til kommunene om de får delta i beslutninger knyttet til utskrivningsprosessen fra sykehus, DPS og sykehjem, er det imidlertid beskjedne endringer i svarene. Det kan med andre ord se ut til at større bruk av formelle avtaler foreløpig bare i begrenset grad har endret andrelinjens faktiske atferd mht. å trekke med kommunene ved utskrivning av pasienter.

Samarbeidsproblemer med andrelinjetjenesten oppleves fremdeles som en viktig hindring for kommunene i arbeidet med Opptrappingsplanen, til tross for økningen i etableringen av formelle samarbeidsavtaler. Nærmere analyser viser at det er små forskjeller i vurderingen av samarbeidsproblemer med andrelinjen mellom

kommuner som har samarbeidsavtale og kommuner som ikke har slik avtale. Samarbeidsavtaler ser heller ikke ut til å ha betydning for kommunenes vurdering av egne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester.

De siste tre årene har det skjedd en økning i andelen kommuner som får besøk av ambulerende team fra andrelinjen. Det er også flere kommuner som mottar veiledning til faste tider fra andrelinjen. Kommunene vurderer voksne innbyggers tilgang på tjenester fra andrelinjen som klart bedre i 2008 enn tidligere.

Samarbeid med NAV

Over tid er det skjedd en jevn økning i kommunenes kontakt med NAV Arbeid og NAV Trygd (tidligere Aetat og Trygdekontoret). Økningen er størst for kommunenes samarbeid med NAV Arbeid om enkeltbrukere, mens det er et fåtall kommuner som har samarbeidsmøter med NAV på overordnet nivå.

Utviklingen i bruken av individuelle planer

I løpet av Opptrappingsperioden har det vært en betydelig økning i andelen kommuner som rapporterer at de bruker individuell plan og ansvarsgrupper. Til tross for dette er det fremdeles en god del kommuner som har liten faktisk erfaring med å benytte individuell plan. Holdningene til individuelle planer er stort sett positive, selv om mange synes det er ressurskrevende å utarbeide slike planer.

Hvilke tjenester involveres i det psykiske helsearbeidet i kommunene?

I siste halvdel av Opptrappingsplanen er det satt fokus på fastlegenes rolle i kommunenes psykiske helsearbeid. Analysene viser at legetjenesten over tid er blitt betydelig mer involvert i arbeidet. Samarbeidet med legene oppleves også å ha blitt bedre, på lik linje med samarbeidet med barnehager/ grunnskoler og helsestasjons-/skolehelsetjenesten.

Skolene, helsestasjonene og skolehelsetjenesten har iverksatt klart flere forebyggende tiltak de senere årene. Kommunene har dessuten styrket disse tjenestene med rekruttering knyttet til psykisk helsearbeid. Alt i alt ser det ut til at tjenester som er rettet mot store deler av befolkningen i større grad involveres i det psykiske helsearbeidet, mens tjenester som har å gjøre med mer marginale innbyggergrupper, som barnevernet og sosialtjenesten, i

noe mindre grad involveres. Samtidig finnes det kommunale tjenester, bl.a. innenfor kultur, som i liten grad trekkes med i arbeidet rettet mot innbyggere med psykiske problemer og lidelser.

Utviklingen i samarbeidet mellom kommunene og brukerorganisasjonene i det psykiske helsearbeidet

Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene har utviklet seg positivt i hele perioden fra 2002 til 2008. Det er nå betydelig færre kommuner som sier at de ikke har noe samarbeid med brukerorganisasjonene. Det er dessuten en klar økning i andelen kommuner som oppgir å ha brukerråd eller tilsvarende knyttet til sitt psykiske helsearbeid.

Kommunenes vurdering av eget psykiske helsearbeid og utviklingen i tjenestene for innbyggerne

Kommunene vurderer sin egen innsats innenfor psykisk helsearbeid som betydelig bedre i 2008 enn i 2005. Dobbelt så høy andel kommuner mener egen innsats er ”svært god” nå sammenliknet med for tre år siden. Kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid er noe mer tilfreds med innsatsen enn kommuner som har det psykiske helsearbeidet som en tjeneste innenfor en større enhet.

Tjenestene til alle gruppene av psykisk syke er bedret i perioden fra 2002 til 2008, i følge kommunenes vurderinger. Tjenestene til barn og unge har gjennomgått størst forbedring, men tilbudet til denne gruppen var svært dårlig i utgangspunktet.

Kommuner som synes egen innsats innenfor psykisk helsearbeid er svært god, mener i større grad enn andre kommuner at tilbudet til voksne med lette eller alvorligere problemer er blitt bedre. Tilsvarende sammenheng finner vi ikke mellom tilgangen på andrelinjetjenester og vurderingen av bedringen i tilbudet. Kommunene synes med andre ord å mene at bedringen i tilbudet til mennesker med psykiske problemer først og fremst skyldes kommunens egen innsats snarere enn utbyggingen av kapasiteten i andrelinjen.

Kommunenes bedre økonomi de siste par årene ser ut til å innebære at kommunene opplever økonomien som en mindre hindring for implementeringen av Opptrappingsplanen. Nå sees problemer knyttet til kunnskap om psykisk helsearbeid, for få

ansatte i det psykiske helsearbeidet og lite hensiktsmessig organisering som en større hindring for det psykiske helsearbeidet.

Kommuner som synes egen innsats i psykisk helsearbeid er dårlig opplever flere hindringer i arbeidet. Det er bare samarbeidsproblemer med andrelinjen som oppfattes som et større problem i kommuner som mener egen innsats er svært god enn i kommuner som vurderer innsatsen som dårlig.

5 Organisering, samarbeid og koordinering i psykisk helsearbeid for barn og unge

5.1 Innledning

Fra 2004 ble det satt som krav til kommunene for å få utbetalt midler fra Opptrappingsplanen for psykisk syke at 20 prosent av pengene skulle gå til tiltak for barn og unge. Midlene skal brukes både til forebygging og tilbud innen utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker og lidelser.

Etter gjennomgangen av status for Opptrappingsplanen i 2002 var det klart at det var behov for økt fokus på arbeidet for barn og unge. Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en egen strategiplan ("...sammen for psykisk helse..."). Bekymringer for utviklingen i tjenestene for denne gruppen ble uttrykt av Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med Statsbudsjettet for 2005:

Vurderingen av status for forbyggende tiltak i kommunene viser at det forebyggende arbeidet er for dårlig utviklet, og at det er mangel på systematiske og kunnskapsbaserte tiltak. Enkelte tjenester er dårlig utbygd i mange kommuner. Spesielt synes målrettede tiltak for barn og unge å være lite utviklet. Dette er spesielt alvorlig med tanke på at problemer ikke fanges opp tidlig, slik at det tar for lang tid før tiltak settes inn (St.prp.nr. 1 (2004-2005):188).

Av regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse som ble lagt fram i 2003 fremgår det at det er betydelig variasjon

mellom kommunene i volumet og kvaliteten på tilbudet i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I mange kommuner er det forebyggende arbeidet fremdeles fragmentert, og tjenestene er i for liten grad organisert ut fra behovet for et samordnet tjenestetilbud (...sammen for psykisk helse... 2003:28). Strategiplan legger derfor vekt på å ”styrke det helsefremmende arbeidet bl.a. i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom å styrke kompetanse, økt rekruttering og implementering av ny kunnskap (St.prp.nr. 1 (2004-2005):175).

Noen av målene som skisseres i stortingsproposisjonen er å bygge ut kapasiteten og styrke kompetansen på psykisk helse slik at helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir bedre i stand til å fange opp problemer så tidlig som mulig, og å ha et tilbud å henvise til for dem som har behov for videre oppfølging.

I veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge, som ble utgitt i mars 2007, erkjente Helse- og omsorgsdepartementet at psykisk helsearbeid for barn og unge ikke hadde hatt tilstrekkelig fokus i kommunene:

Kunnskapen om barn og unges psykiske helse har inntil nylig hatt begrenset oppmerksomhet i de kommunale tjenestene. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene er den første samlede framstilling av fagfeltet psykisk helsearbeid for barn og unge. Den vil bidra til å styrke tilbudet til barn og unge som er i risiko for å utvikle psykososiale problemer og til de som sliter psykisk (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

I dette kapitlet stiller vi disse spørsmålene:

- Hvordan er utviklingen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge?
- Hvordan er utviklingen i samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge? Hvilke tjenester inngår i arbeidet?
- Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge?
- Hvordan vurderer kommunene utviklingen i tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer?

Noen av disse spørsmålene har vi allerede berørt i kapittel 4. En del av spørsmålene i undersøkelsen skiller ikke mellom tjenester til voksne og til barn/unge, og vi vil derfor trekke inn relevante funn fra kapittel 4 i diskusjonen her.

5.2 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2008

I undersøkelsen har vi stilt kommunene et ganske åpent spørsmål om hvordan de har organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Vi har spurt kommunene om de har organisert arbeidet sammen med tjenestene for voksne. De som ikke har det, ber vi om å beskrive organiseringen nærmere. Vi har gått gjennom alle skjemaene og kodet spørsmålet manuelt i forhold til de beskrivelsene som er gitt. Det er imidlertid store variasjoner mellom kommunene, både når det gjelder organisering generelt og når det gjelder det psykiske helsearbeidet spesielt. I kodingen har vi derfor slått sammen og forenklet svarene i et mindre antall kategorier.

Tabell 5.1 *Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge. Hovedkategorier 2002, 2005 og 2008. Prosent.*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Egen enhet	9	10	13	4
Egen tjeneste	58	62	65	7
I stab	2	3	1	-1
Integrert tjeneste	21	21	10	-11
Ingen modell/ annet	5	0	1	-4
Ubesvart	6	5	11	5
Totalt	101	101	101	
(N=)	(254)	(274)	(212)	

Kommunene organiserer i stadig større grad det psykiske helsearbeidet barn og unge som en egen tjeneste med spesialisert personell, men innenfor paraplyen av en annen (og bredere) tjeneste. Omtrent to av tre kommuner har psykisk helsearbeid for barn og unge organisert som en egen tjeneste (Tabell 5.1). Det er viktig å merke seg at kategorien ”egen tjeneste” er svært mangfoldig. Her inngår en rekke ulike modeller, for eksempel psykisk

helsearbeid for barn og unge organisert sammen med arbeidet for voksne innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og psykisk helsearbeid lagt til helsestasjonen (se også Tabell 5.2). For at vi skal si at en kommune har en integrert tjeneste må – som hovedregel – det psykiske helsearbeidet være integrert i flere ordinære tjenester, ikke bare i én. I undersøkelsen fra 2008 har drøyt halvparten (53 prosent) av kommunene med egen tjeneste for psykisk helsearbeid organisert arbeidet for barn/unge og voksne innenfor samme tjeneste.

Undersøkelsen fra 2008 viser at det er skjedd en liten økning i andelen kommuner som har organisert det psykiske helsearbeidet for barn og unge i en egen enhet. Nesten alle (96 prosent) av kommunene med egen enhet hadde organisert det psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge i samme enhet som arbeidet rettet mot voksne.

Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om barn og unges behov blir tilstrekkelig ivaretatt når arbeidet for denne gruppen organiseres sammen med arbeidet for voksne, for eksempel i pleie og omsorg. Det kan være positivt at yngre innbyggere kan nyte godt av den kompetansen i psykisk helsearbeid som finnes for voksne, men spørsmålet er om det blir tilstrekkelig fokus på arbeidet for denne gruppen, og om samarbeidet med de ordinære tjenestene for barn og unge blir ivaretatt på en god måte. Vi vil imidlertid understreke at vi ikke har grunnlag for å trekke noen slutninger om dette på bakgrunn av våre data.

Både i 2002 og i 2005 fant vi at en av fem kommuner hadde en integrert modell for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. I 2008 ser vi at det er skjedd en halvering av andelen kommuner som sier det psykiske helsearbeidet for barn og unge er integrert i de ordinære kommunale tjenestene.

Over en av ti av kommunene som har besvart skjemaet har ikke svart på spørsmålet om organiseringen av arbeidet rettet mot barn og unge. Dette er en dobling fra tidligere, og kan være et tegn på at den som fyller ut skjemaet har mindre kjennskap til arbeidet for barn og unge enn til arbeidet rettet mot voksne.

Tabell 5.2 viser en mer detaljert oversikt over organiseringen av det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene. Kommunene har stor frihet i forhold til hvordan de vil organisere sin

virksomhet, og dette speiles også i plasseringen av det psykiske helsearbeidet.

Tabell 5.2 *Organisering av psykisk helsearbeid blant barn og unge, detaljert oversikt. Prosent*

Hovedansvaret for psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge er lagt til	2005		2008		Endring 2005-2008	
	En egen enhet for psykisk helsearbeid	9		13		4
En egen tjeneste, plassert:	62		65		3	
• innenfor helse (primært helsestasjonstjenesten)		33		23		-10
• innenfor sosialtjenesten		4		-		-4
• innenfor pleie- /omsorgstjenesten		11		18		7
• innenfor barneverntjenesten		-		1		1
• innenfor helse- og sosialtjenesten (evt. barnevern)		6		4		-2
• innenfor oppvekstetat/barne- og ungdomstjenesten/ miljøarbeidertjenesten		2		2		-
• innenfor skole/helse, skole/PPT		-		1		1
• innenfor forebyggende enhet		1		1		-
• innenfor rehabiliteringsavdeling		1		2		1
• innenfor familieetat/-avdeling		3		10		7
• annet/ikke oppgitt		2		2		-
I stab hos rådmannen/helse- og sosialsjef	3		1		-2	
Integrert modell	21		10		-11	
Ingen konkret modell for dette arbeidet	0		1		1	
Ubesvart	5		11		6	
Totalt	100		101			

Dataene tyder på at det har skjedd en viss endring av det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge: tidligere var dette arbeidet i mange kommuner ivaretatt av helsestasjonstjenesten, mens det nå er større variasjon. Flere kommuner har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for barn og unge sammen med pleie- og omsorgstjenestene. Så å si alle disse har samlet tjenestene for voksne og for barn/unge i samme enhet. Det er også blitt van-

ligere at kommunene etablerer familieetater eller –avdelinger hvor det psykiske helsearbeidet for barn og unge er integrert.

5.3 Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge

I strategiplanen for barns og unges psykiske helse heter det:

Alle arenaer for barn og unges utvikling; barnehage, skole og fritidssektor har et ansvar. (..) Det samme ansvaret ligger på alle hjelpetjenester som kommer inn i løpet av oppveksten. Dette innebærer et bredt, felles tverretattlig og tverrfaglig ansvar for barn og unges psykiske helse (...sammen om psykisk helse... 2003:19).

Strategiplanen er opptatt av behovet for å sikre god samordning av tjenesten for barn og unge. Veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene slår også fast at:

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for kommunen som helhet. Det involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. Barnehage, skole og fritidssektoren er viktige hverdagsarenaer for utvikling av god psykisk helse. (...) For barn og unge innebærer et godt psykisk helsearbeid en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak i kommunene, på tvers av de tradisjonelle sektorgrensene. For å få til dette, er det forebyggende arbeidet i skoler, barnehager og andre oppvekstarenaer særlig sentralt (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

I dette avsnittet skal vi se nærmere på bruken av ulike samordningstiltak i arbeidet for barn og unge. Vi skal også ta for oss bredden i involveringen av tjenester, og se på hvilke tjenester som involveres i dette arbeidet.

5.3.1 Samordningstiltak

Samordning av psykisk helsearbeid skal iddelt sett skje både på systemnivå, på tjenestenivå og på individnivå. Tabell 5.3 gir en

oversikt over noen samordningstiltak på system- og tjenestenivå som kommunene benytter i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

Tabell 5.3 *Samordning i psykisk helsearbeid for barn og unge, 2008 (2005-tall i kursiv). N=212*

	Koordinator på systemnivå	Tverrfaglig team på adm. nivå	Kontor/ adresse der innbyggere m/psykiske problemer kan ta kontakt	Bestillerkontor der det fattes vedtak om tjenester	Tverrfaglig gruppe som fatter vedtak om tjenester
Felles for voksne og barn/unge	53(47)	33(32)	70(69)	26(14)	34(30)
Bare for barn/unge	11(10)	14(13)	1(1)	0(0)	1(1)
Totalt	64(57)	47(45)	71(70)	26(14)	35(31)

Tabellen viser at det er stor stabilitet i ulike samordningstiltak i det psykiske helsearbeidet, men at det for enkelte tiltak har skjedd en viss økning. Økningen har kommet i samordningstiltak som er felletiltak for voksne og barn/unge. Over en av fire kommuner har nå et bestillerkontor for voksne og barn/unge med psykiske vansker, dette er nesten en dobling fra for tre år siden. Det er også noen flere kommuner som har koordinator for psykisk helse på systemnivå. De aller fleste av disse koordinatorene er felles for voksne og barn/unge.

Ansvarsgruppe

Tabell 5.4 tyder på at stadig flere kommuner tar i bruk ansvarsgrupper for barn og unge med problemer relatert til psykisk helse. Det er nå bare 5 prosent av kommunene som oppgir at de ikke bruker ansvarsgruppe eller tilsvarende. Fire av ti kommuner sier at de oppnevner ansvarsgruppe for de aller fleste barn og unge som trenger langvarig hjelp fra flere tjenester for psykiske problemer.

Tabell 5.4 *Har kommunen etablert ansvarsgruppe (eller tilsvarende) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? 2002, 2005 og 2008. Prosent.*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Nei, kommunen bruker ikke ansvarsgrupper for barn/unge	15	7	5	-10
Ja, kommunen bruker ansvarsgrupper for noen barn/unge	54	56	47	-7
Ja, kommunen bruker ansvarsgrupper for de aller fleste	23	29	41	18
Ubesvart	8	8	8	-
	100	100	101	
(N=)	(254)	(274)	(212)	

Individuell plan

I kapittel 4 så vi at alle kommunene i undersøkelsen oppgir at de utarbeider individuell plan for noen eller alle innbyggere med langvarig behov for hjelp fra flere tjenester. På nærmere spørsmål om hvor mange barn og unge i kommunen som har behov for individuell plan, svarer halvparten av kommunene at dette har de ikke oversikt over. 52 prosent av kommunene sier at de har utarbeidet minst en individuell plan for en yngre innbygger (mot 39 prosent i 2005), men bare 27 prosent av kommunene (mot 12 prosent i 2005) oppgir at de har utarbeidet planer for mer enn fire barn eller unge.

Gjennomsnittlig dekningsgrad blant dem som har anslått både behovet for individuelle planer og antall det er utarbeidet plan for, er 67 prosent, omtrent en dobling fra 2005. Dette skjuler store forskjeller mellom kommunene. 38 prosent av kommunene som har oppgitt antall barn og unge med behov for individuell plan har en dekningsgrad på null (en nedgang fra 60 prosent i 2005). 36 prosent har en dekningsgrad på 100 (en økning fra 21 prosent i 2005). Det er grunn til å tolke disse tallene med stor forsiktighet, da spørreskjemaet kun ber om anslått behov. Likevel kan tallene gi en pekepinn mht bruken av individuelle planer for barn og unge i kommunene.

Vår undersøkelse tyder på at det har skjedd en bedring i bruken av individuelle planer i kommunene, selv om det fremdeles synes det å være en del arbeid som gjenstår før individuelle planer blir et virksomt verktøy for alle kommuner i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

5.3.2 Hvilke tjenester er involvert i arbeidet med barn og unge?

I veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene nevnes følgende tjenester som aktuelle samarbeidspartnere i arbeidet for barn og unges psykiske helse:

- Barnehagen
- Skolen
- Skolefritidsordningen (SFO)
- Kultur, fritid og fysisk aktivitet.
- Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)
- Oppfølgingstjenesten
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Fastlegene
- Psykologkompetanse i kommunene
- Tannhelsetjenesten
- Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne
- Hjemmebaserte tjenester
- Barneverntjenesten
- Familievernkontorene
- Sosialtjenesten
- Bolig
- Oppsøkende tjeneste/utekontakt
- Politiet
- Kriminalomsorgen
- Frivillige organisasjoner

(Sosial- og helsedirektoratet 2007)

I undersøkelsene både i 2002, 2005 og 2008 har vi spurt om i hvilken grad noen av disse tjenestene bidrar i det psykiske helsearbeidet i kommunene (Tabell 5.5).

Tabell 5.5 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? 2002, 2005 og 2008. Prosent av kommunene som svarer "i stor grad involvert"*

	2002	2005	2008	Endring 2002- 2008
Pleie og omsorg	5	6	4	-1
Sosialtjenesten	29	26	22	-7
Barneverntjenesten	62	52	55	-7
PPT	52	55	53	1
Barnehager/grunnskoler	39	47	42	3
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	76	81	87	11
Legetjenesten	34	48	52	18
Fysioterapi m.v.	7	13	13	6
Kultur	5	7	5	-

I perioden fra 2002 til 2008 synes det å være en klar dreining i involveringen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Dreiningen har skjedd bort fra sosialtjenesten og barneverntjenesten – som kanskje primær møter barn i vanskelige situasjoner – til tjenester som møte de fleste barn og unge, som helsestasjonene og legene.

Det er ganske mange tjenester som oppgis å være involvert "i stor grad". Nesten ni av ti kommuner sier at helsestasjonene/skolehelsetjenesten er svært involvert. Mer enn halvparten av kommunene svarer dessuten at barnevernet, PPT og legene i stor grad er involvert i arbeidet, samtidig som over fire av ti sier at barnehager og grunnskoler i stor grad er involvert.

I kapittel 4 så vi på noen spørsmål om samarbeid og samarbeidsrelasjoner som ikke var stilt spesifikt om voksne eller barn/unge. Tabell 4.7 viste bl.a. at samarbeidet med helsestasjon/skolehelsetjenesten og barnehager/ grunnskoler ble vurdert gradvis mer positivt i perioden 2002 – 2008. Dette kan være en indikator på at det økte fokuset de senere årene på psykisk helsearbeid blant barn

og unge gir positive effekter på samarbeid med og involvering av de kommunale tjenestene som retter seg mot hele barnebefolkningen. At skolene og helsestasjonene blir trukket sterkere med i det psykiske helsearbeidet kan bidra til styrking av det forebyggende arbeidet og til at barn og unge med problemer kan få hjelp på et tidlig tidspunkt.

Organiseringens betydning for involveringen

Vi har undersøkt hvorvidt måten kommunen har valgt å organisere arbeidet for barn og unge på har betydning for hvilke tjenester som involveres i arbeidet (Tabell 5.6).

Tabell 5.6 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge? 2005. Prosent av kommunene som svarer ”i stor grad involvert”*

	Egen enhet	Egen tjeneste	Integrert modell	Totalt
Pleie og omsorg	4	4	0	4
Sosialtjenesten	19	26	0	22
Barneverntjenesten	58	49	86	55
PPT	44	52	65	52
Barnehager/grunnskoler	22	45	40	41
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	81	89	86	87
Legetjenesten	42	52	53	51
Fysioterapi m.v.	0	15	16	13
Kultur	0	4	11	4
(N=)	(24-27)	(114-134)	(18-21)	(157-181)

Det er viktig å ta hensyn til at det er et relativt lite prosentueringsgrunnlag for kategoriene ”egen enhet” og ”egen tjeneste”, noe som betyr at små tall kan slå sterkt ut. Tabell 5.6 viser også til dels store forskjeller mellom kommuner med ulike modeller i involveringen av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. En av fire kommuner med tjenestemodell oppgir f.eks. at sosialtjenesten er sterkt involvert, mens ingen av kommunene med integrert modell sier det samme. På den annen side sier nesten ni av ti kommuner med integrert modell at barnevernet er sterkt involvert, mens bare halvparten av kommunene med tjenestemodell oppgir barnevernet som sterkt involvert.

Et generelt inntrykk er at kommuner som har psykisk helsearbeid organisert i en egen enhet (som vi allerede har sett har så å si alle disse arbeidet for barn og unge organisert sammen med arbeidet for voksne) har noe smalere involvering enn kommuner med annen type organisering.

5.4 Samarbeid mellom kommunen og andrelinjen i psykisk helsearbeid for barn og unge

Ambulante team

I kapittel 4 så vi at 62 prosent av kommunene (132 kommuner) sier at de får besøk av ambulerende team fra andrelinjen (Tabell 4.22). Av disse svarer 63 kommuner (30 prosent av alle kommunene som deltar i undersøkelsen) at teamet jobber med barn, enten i separate team for barn eller i team som omfatter både barn og voksne. Andelen kommuner som sier de får besøk av ambulerende team til barn og unge er noe redusert over tid, samtidig som andelen kommuner som får besøk av slike team til voksne øker. I 2002 oppga 37 prosent av kommunene at de fikk besøk av ambulante team for denne brukergruppen, mens tilsvarende i 2005 var 33 prosent, og i 2008 altså 30 prosent.

Annen veiledning fra andrelinjen

Kommunene har anledning til å be andrelinjen om hjelp i form av veiledning knyttet til voksne eller barn og unge med psykiske problemer. I hvilken grad benytter kommunene seg av denne muligheten, og hvilken form tar veiledningene?

Tabell 5.7 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Nei/svært sjelden	4	3	3	-1
Ja, ved behov	55	55	47	-8
Ja, til faste tider	6	12	18	12
Ubesvart	35	30	33	-2
Totalt (N=)	100 (254)	100 (274)	101 (212)	

Vi ser av Tabell 5.7 at det har vært en jevn økning i andelen kommuner som sier de får regelmessig veiledning fra andrelinjetjenesten knyttet til barn og unges psykiske helse. Selv om det fortsatt er vanligst å få veiledning ved behov, har det i løpet av perioden 2002 til 2008 skjedd en tredobling i andelen kommuner som oppgir at de får veiledning til faste tider. Det er svært få kommuner som aldri eller svært sjelden benytter seg av muligheten til å få veiledning fra andrelinjen om problemstillinger knyttet til barn og unges psykiske helse.

Vurdering av tilgangen på tjenester

Gjennom satsingene i Opptappingsplanen har kapasiteten i den statlige, regionale barne- og ungdomspsykiatrien økt de senere årene. I og med at også etterspørselen etter spesialisttjenester til barn og unge har steget i samme periode, er det fremdeles køer ved mange tilbud til denne gruppen.

I hvilken grad har kommunene merket den økte kapasiteten i form av bedre tilgang på andrelinjetjenester til sine barn og unge med psykiske problemer?

Tabell 5.8 viser svært beskjedne endringer i kommunenes vurdering av tilgangen på andrelinjetjenester for barn og unge med psykiske vansker. Særlig har det liten utvikling fra 2005 til 2008. Fremdeles mener omtrent halvparten av kommunene at tilgangen på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet, og det er en forsvinnende liten andel av kommunene som mener at tilgangen på tjenester er svært god for barn og unge.

Tabell 5.8 *Vurdering av barn og unges tilgang på andrelinjetjenester innfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008.*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Langt mindre enn behovet	58	51	50	- 8
Rimelig god tilgang	42	45	47	5
Svært god tilgang	1	4	3	2
Totalt (N=)	101 (221)	100 (255)	100 (175)	

5.5 Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen – tjenestene for barn og unge

I kapittel 4 viste vi en oversikt over kommunenes vurdering av utviklingen i tjenestetilbudet for ulike grupper i befolkningen (Tabell 4.34). Tabellen viser omtrent en tredobling i andelen som mener tjenestene for barn og unge er vesentlig styrket i perioden 2002 til 2008. Selv om tjenestene for barn og unge fremdeles oppfattes som dårligere enn tjenestene for voksne, kan den klart mer positive vurderingen i 2005 være et tegn på at det sterkere fokuset på tilbudet til barn og unge begynner å gi utslag i tilbudet til denne gruppen.

Vi har også gjennomført analyser av sammenhengen mellom organisering og oppfatning av bedring i tjenestene (Tabell 5.9 og Tabell 5.10). Det er relativt små forskjeller mellom kommuner med enhetsmodell og tjenestemodell i vurderingen av utviklingen av tjenestetilbudet til barn og unge med alvorlige psykiske lidelser. Kommuner med integrert modell for psykisk helsearbeid blant barn og unge skiller seg imidlertid negativt ut ved at en betydelig lavere andel kommuner mener at tilbudet til denne gruppen er vesentlig bedret.

Tabell 5.9 *Vurderinger av utviklingen i tjenestetilbudet til barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, etter organisasjonsmodell for arbeidet. 2008. Prosent*

	Modell 1: Egen enhet	Modell 2: Egen tjeneste	Modell 3: Integrert modell
Forverret tilbud	0	1	0
Små endringer	21	15	29
Moderat bedre	42	43	57
Vesentlig bedre	38	41	14
Totalt	101	100	100
(N=)	(24)	(111)	(21)

For barn og unge med moderate og lettere psykiske plager skiller kommuner med egen tjeneste for det psykiske helsearbeidet for barn og unge seg positivt ut med en høyere andel som mener tilbudet er vesentlig bedret. Igjen kommer kommuner med integrert modell dårligst ut, mens kommuner som har organisert arbeidet i en egen enhet er i en posisjon mellom de to andre. Som vi tidligere har sett har så å si alle kommunene med egen enhet organisert arbeidet for barn og unge sammen med arbeidet for voksne. Dette kan være noe av forklaringen på at de ikke synes å ha oppnådd like mye for barn og unge med moderate og lette problemer som kommuner med egen tjeneste (som oftere kun har fokus på barn/unge). Når kommuner med integrert modell kommer såpass dårlig ut, kan det henge sammen med at den ”integrerte modellen” i en del tilfeller kan bety at kommunen har lite overordnet fokus på denne oppgaven, og overlater til den enkelte tjeneste å takle de tilfellene som måtte oppstå.

Tabell 5.10 *Vurderinger av utviklingen i tjenestetilbudet til barn og unge med moderate og lettere psykiske vansker, etter organisasjonsmodell for arbeidet. 2008. Prosent*

	Modell 1: Egen enhet	Modell 2: Egen tjeneste	Modell 3: Integrert modell
Forverret tilbud	0	0	0
Små endringer	29	11	19
Moderat bedre	38	44	57
Vesentlig bedre	33	46	24
Totalt (N=)	100 (24)	101 (110)	100 (21)

For utviklingen av tjenestene til voksne med psykiske vansker fant vi en klar sammenheng mellom kommunens vurdering av egen innsats og utviklingen av tjenestene. Vi har gjort tilsvarende analyser av tjenestene til barn og unge med alvorlige og moderate/lettere vansker (Tabell 5.11 og Tabell 5.12).

Tabell 5.11 *Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med alvorlige psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv)*

Kommunens innsats fht innbyggernes behov	Tjenestene for barn/unge med alvorlige psykiske lidelser			Totalt (N)
	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud	
Svært god	9(24)	38(41)	53(35)	100 (45)
Tilfredsstillende	16(20)	48(55)	36(25)	100 (112)
Dårlig	53(29)	42(56)	5(15)	100 (19)
Totalt (N)	18(22) (32)	45(53) (79)	37(25) (65)	100 (176)

Tabell 5.12 *Vurdering av bedringen i tilbudet for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer, i forhold til kommunens innsats i psykisk helsearbeid. 2008 (2005-tall i kursiv)*

Kommunens innsats fht innbyggernes behov	Tjenestene for barn med lette og moderate psykiske lidelser			Totalt (N)
	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud	
Svært god	4(9)	36(50)	60(41)	100 (45)
Tilfredsstillende	14(20)	49(51)	37(29)	100 (110)
Dårlig	53(26)	32(52)	16(21)	100 (19)
Totalt (N)	16(20) (27)	44(50) (76)	41(30) (71)	100 (174)

Vi finner en klar sammenheng mellom kommunens vurdering av innsatsen i det psykiske helsearbeidet og vurderingen av utviklingen i tilbudet til barn og unge med alvorlige og moderate/lettere psykiske lidelser. Jo bedre innsats, desto mer positiv vurdering av bedringer i tilbudet. Sammenhengen er betydelig sterkere i 2008 enn i 2005.

Mens under en av ti kommuner som synes egen innsats er svært god mener at det har vært små endringer i tilbudet, mener over halvparten av kommunene som synes egen innsats er dårlig det samme. Blant kommunene som vurderer egen innsats som svært god synes over halvparten at tilbudet til barn og unge er blitt vesentlig bedre. Tilsvarende for kommuner som synes innsatsen er for dårlig er 5 prosent for tjenestene til alvorlig syke og 16 prosent for tjenestene til barn og unge med moderate/lettere vansker.

5.6 Oppsummering kapittel 5

I dette kapitlet stilte vi disse spørsmålene:

- Hvordan er utviklingen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge?
- Hvordan er utviklingen i samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge? Hvilke tjenester inngår i arbeidet?

- Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge?
- Hvordan vurderer kommunene utviklingen i tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer?

Vi oppsummerer her kort resultatene av analysene på hvert av disse spørsmålene.

Utviklingen i kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet blant barn og unge

Kommunene organiserer i stadig større grad sitt psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge i en egen tjeneste plassert innenfor en større enhet med et bredere ansvarsområde. En av åtte kommuner har en egen enhet som yter tjenester til barn og unge med psykiske problemer og lidelser. Så å si alle disse kommunene har arbeidet for barn og unge organisert i samme enhet som arbeidet for voksne. Bare én av ti kommuner oppgir nå å ha en integrert modell for psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge.

Mens helsestasjonstjenesten tidligere utgjorde et helt sentralt tilknytningspunkt for det psykiske helsearbeidet for barn og unge, går utviklingen nå i retning av større variasjon i tilknytningen.

Utviklingen i samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge

Det er stor stabilitet i ulike samordningstiltak i det psykiske helsearbeidet. De aller fleste kommunene har felles tiltak for barn/unge og voksne. Svært få kommuner har egne tiltak rettet mot samordning av arbeidet for barn og unge.

På noen områder har det vært en økning i bruk av samordnende tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer. Flere kommuner benytter bestillekontor og ansvarsgrupper. Det har også vært en økning i bruken av individuell plan overfor denne gruppen, men fremdeles har en del kommuner liten erfaring i å utarbeide individuelle planer for barn og unge.

Hvilke tjenester inngår i det psykiske helsearbeidet for barn og unge?

I perioden fra 2002 til 2008 synes det å ha skjedd en klar endring i involveringen av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet rettet

mot barn og unge. Utviklingen har skjedd som en dreining bort fra tjenester som særlig møter barn i vanskelige situasjoner – som barnevernet og sosialtjenesten – til tjenester som møter de fleste barn og unge, som helsestasjons-/skolehelsetjenesten og legene.

Det synes å være ganske bred involvering av kommunale tjenester i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Samarbeidet med helsestasjonene, skolehelsetjenesten, barnehager og grunnskoler har også utviklet seg positivt de senere årene.

Samarbeidet mellom kommunen og andrelinjen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge

Mens det er flere kommuner som sier at de får besøk av ambulante team knyttet til voksne med psykiske vansker, er det en reduksjon i andelen kommuner som sier de får slik hjelp fra andrelinjen til barn og unge. På den annen side er det nå flere kommuner som får fast veiledning til denne gruppen fra andrelinjen.

Kommunenes vurdering av utviklingen i tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer

Kommunene synes ikke det har skjedd noen vesentlig bedring i barn og unges tilgang på andrelinjetjenester de siste tre årene. Fremdeles mener halvparten av kommunene at barn og unges tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

Kommunene mener det har skjedd en klar bedring i tilbudet til barn og unge med psykiske problemer og lidelser i perioden fra 2002 til 2008. Kommuner som synes egen innsats innenfor psykisk helsearbeid er svært god, vurderer bedringen i tilbudet som vesentlig bedre enn kommuner som synes innsatsen er dårlig.

6 Småkommunenes psykiske helsearbeid

6.1 Innledning

Norske kommuner varierer enormt når det gjelder folketall, beliggenhet og bosettingsstruktur. Over 50 prosent av kommunene har mindre enn 5000 innbyggere, og over en tredel av kommunene har et folketall på under 3000. Samtidig har Norge et system med generalistkommuner – alle kommuner skal ha ansvar for det samme brede spekteret av oppgaver knyttet til demokrati, rettsikkerhet, tjenesteproduksjon og lokalsamfunnsutvikling (Myrvold 2001).

Kommunene har gjennom hele etterkrigstiden fått ansvar for stadig flere oppgaver. Desentralisering har vært sett som en viktig verdi i seg selv. De senere årene har også oppmerksomheten rundt behovene for samordning av tjenester for innbyggerne vært et sentralt argument for å samle flest mulig oppgaver på lokalt nivå. Det har dessuten vært en sterk trend i retning av å bygge ned institusjonsplasser innenfor helse- og sosialektoren, for at folk skal få bo i sitt hjemmemiljø og få hjelp lokalt.

Mange av oppgavene som er blitt desentralisert krever spisskompetanse og mulighet til å differensiere tjenesten for at den skal tilpasses behovet til den enkelte hjelpetrequende. I diskusjonen om ytterligere desentralisering av oppgaver fremholder mange at kommunestrukturen er en hindring – at det store antallet små kommuner ikke er i stand til å ivareta tunge oppgaver på en tilfredsstillende måte.

Eksisterende forskning gir ikke noe entydig svar på småkommunenes evne til å produsere gode tjenester. Små forhold kan være en styrke. Mange små kommuner ser ut til å løse ansikt-til-ansikt-oppgavene på en god måte. Nærhet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker kan bidra til at tjenestene blir godt tilpasset lokale forhold og den enkeltes behov. Dette gjelder særlig tjenester som retter seg mot store grupper i befolkningen, slik at befolkningsgrunnlaget blir relativt stort selv i en liten kommune (Hovik og Myrvold 2001).

De største utfordringene for småkommunene er ivaretagelsen av oppgaver som krever spisskompetanse og tjenester overfor små grupper i befolkningen. Det vil ofte være vanskelig for de minste kommunene å kunne differensiere tilbudet slik at små brukergrupper får tilstrekkelig kompetent hjelp. Mange kommuner opplever også problemer med å rekruttere fagpersonell til denne type oppgaver, fordi stillingsbrøkene og fagmiljøene ofte blir små.

Samordning og samarbeid kan være enklere under små forhold. Samtidig kan personavhengigheten representere en utfordring (Kvelling og Wendelborg 2003a, 2003b). Samarbeid skjer ofte ikke mellom tjenester, men mellom personer. Dette kan gjøre samarbeid lettere, hvis personkjemien er god, men gjør også tjenestene og samarbeidet mellom dem sårbare.

Psykisk helsearbeid innebærer en del oppgaver for kommunene som potensielt kan være vanskelige for småkommunene å håndtere. Mye av arbeidet krever spisskompetanse og er rettet mot en relativt liten del av kommunebefolkningen. Spesielle tilfeller vil oppstå sjelden, og kommunene kan ikke bygge opp kompetanse for å håndtere disse.

Myndighetene har iverksatt flere tiltak som kan avhjelpe kompetansemangler i kommunene, og som derfor kanskje særlig kan komme småkommunene til gode. Først og fremst vil utbyggingen av DPSer utgjøre et viktig "støtteapparat" for kommunene. Kommunene har mulighet for å få besøk av ambulerende team fra andrelinjen. De kan også få veiledning fra andrelinjen ut over det som skjer gjennom ambulerende team. Rådgiveren for Opptrappingsplanen hos fylkesmannen kan dessuten bidra til en god utvikling i kommunene.

Kommunene kan velge å samarbeide seg imellom for å styrke det psykiske helsearbeidet lokalt. Små kommuner kan for eksempel dele fagstillinger eller bygge ut felles dagtilbud.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan småkommunene organiserer sitt psykiske helsearbeid. Vi belyser følgende spørsmål:

- Er det forskjeller mellom små og store kommuner i organiseringen av det psykiske helsearbeidet?
- Skiller småkommunene seg ut mht samordning og samarbeid, og i bredden av involvering i det psykiske helsearbeidet? Vurderes fagmiljøet annerledes i de små kommunene?
- Er små kommuner mer tilbøyelige til å samarbeid med instanser utenfor kommunen – bl.a. andre kommuner, andrelinjen og brukerorganisasjonene?
- Er det forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse mht hvordan de vurderer arbeidet med Opptrappingsplanen og utviklingen i tjenestetilbudet til innbyggerne?

6.2 Utviklingen i kommunens organisering 2002 – 2008

Vi har sett på hvordan kommuner av ulik størrelse har valgt å organisere sitt psykiske helsearbeid (Tabell 6.1). Mens vi i 2002 fant at det var de minste og største kommunene som i størst utstrekning hadde integrert modell, var det i 2005 primært småkommunene som brukte denne modellen. Tabell 6.1 viser at det i 2008 kun er én – ganske liten – kommune som har integrert tjenestene for voksne innbyggere med psykiske vansker i det ordinære tjenestetilbudet.

Tabell 6.1 *Organisering av det psykiske helsearbeidet, etter kommunestørrelse. Prosent. 2008. Tallene for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Egen enhet	33 (18)	27 (7)	33 (24)	53 (25)	44 (14)	37 (17)	(75)
Egen tjeneste	67 (60)	71 (81)	67 (72)	47 (63)	56 (50)	63 (69)	(1292)
Integrert tjeneste	0 (18)	2 (5)	0 (2)	0 (10)	0 (21)	1 (10)	(1)
Total	100	100	100	100	100	101	
(N)	(43)	(62)	(39)	(45)	(16)		(205)

Generelt ser vi en viss tendens til at de større kommunene (over 10 000 innbyggere) i noe større grad enn mindre kommuner har en egen enhet for psykisk helsearbeid. Det er særlig blant de største og minste kommunene vi finner kommuner som har gått bort fra den integrerte modellen for arbeidet.

Vi har spurt kommunene om de har omorganisert sitt psykiske helsearbeid i løpet av de siste tre årene (Tabell 6.2). Undersøkelsen fra 2005 viste at det var stor omorganiseringsiver blant kommunene. Mens det i 2005 var en tendens til at større kommuner endret organiseringen av arbeidet i større grad enn mindre kommuner, har dette jevnet seg noe ut i 2008. For psykisk helsearbeid for voksne ser vi at de aller største kommunene fremdeles har den høyeste endringstakten, mens de minste omorganiserer minst, men ellers er forskjellene mellom kommunene små. Når det gjelder arbeidet for barn og unge er det de mellomstore kommunene som omorganiserer mest, mens endringstakten blant de største kommunene er halvert fra 2005 til 2002.

Tabell 6.2 *Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for voksne og for barn/ unge de tre siste årene? 2005 og 2008*

	Har omorganisert arbeidet for voksne			Har omorganisert arbeidet for barn/unge		
	2005	2008	Endring 2005-2008	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	18	21	3	28	29	1
2 001-5 000	30	31	1	29	31	2
5 001-10 000	36	36	0	43	42	-1
10 001-30 000	40	36	-4	39	33	-6
> 30 000	56	47	-9	50	25	-25
Total (N=)	32 (86)	32 (64)		35 (91)	33 (64)	

6.3 Samarbeid og samordning internt i kommunen: spiller kommunestørrelse noen rolle?

6.3.1 Tiltak for samordning

Som tidligere nevnt kan små kommuner ha fordel av at forholdene er små og oversiktlige, slik at samordning kan fortone seg som en enklere oppgave. Dette kan imidlertid gi en personavhengighet som kan gjøre tjenestene sårbare, for eksempel for sykdom og avgang eller for dårlig personkjemi. Tabell 6.3 gir en oversikt over andel kommuner som ikke benytter ulike typer samordningstiltak på individnivå og på systemnivå.

Tabell 6.3 *Andel kommuner som ikke benytter ulike typer samordnings-tiltak, på individnivå og på systemnivå. 2008 (tall for 2005 i kursiv). Prosent*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Bruker ikke individuell plan	0(3)	0(1)	0(2)	0(0)	0(0)	0(2)	(0)
Har ikke oversikt over voksne m behov for IP	20(17)	50(33)	48(39)	48(42)	44(63)	42(34)	(87)
Har ikke oversikt over barn m behov for IP	36(35)	52(52)	60(61)	68(53)	38(69)	52(52)	(108)
Bruker ikke ansvarsgruppe el.l. for voksne	7(15)	2(0)	0(2)	2(0)	0(0)	2(4)	(5)
Bruker ikke ansvarsgruppe el.l. for barn	16(18)	2(8)	6(8)	2(0)	0(0)	6(8)	(11)
Har ikke tverrfaglig gr. som fatter vedtak	60(77)	60(61)	46(53)	34(45)	50(33)	51(58)	(154)
Har ikke koordinator på systemnivå	13(27)	11(18)	20(32)	30(32)	13(19)	17(26)	(36)
Har ikke tverrfaglig team på adm. nivå	64(52)	52(44)	53(62)	48(47)	47(47)	53(51)	(107)
Har ikke kontor el adresse for henvend.	2(19)	5(9)	8(10)	11(9)	19(13)	8(12)	(31)
Har ikke bestillerkontor	65(85)	72(77)	74(90)	59(73)	31(27)	65(78)	(131)
Oppnevner ikke/sjelden primærkontakt	14(9)	2(1)	0(7)	0(2)	0(0)	4(4)	(7)

Et gjennomgående trekk i tabellen er at småkommunene i mindre grad enn større kommuner har etablert ulike tiltak for samordning. Dette gjelder særlig bruk av primærkontakt, bruk av tverrfaglige grupper som fatter vedtak om tjenester og bruk av bestillerkontor. Selv om det samlet sett er det fremdeles en viss tendens til at

mindre kommuner har færre samordningstiltak enn større kommuner, er denne tendensen klart svekket fra 2005 til 2008.

Mens tendensen til ikke å ha oversikt over behovet for individuell plan økte med økende kommunestørrelse i 2005, er det liten sammenheng mellom disse forholdene i 2008, bortsett fra at de aller minste kommunene har bedre oversikt enn andre kommuner.

Nesten alle kommunene benytter nå ansvarsgrupper, men det er en liten tendens til at enkelte mindre kommuner ikke har ansvarsgrupper, særlig ikke for barn og unge.

Det er ett viktig unntak fra det generelle bildet: Jo større kommunen er, desto færre har ett bestemt kontor eller en adresse der innbyggere med psykiske problemer kan ta kontakt (bedre oversikt i småkommunene?)

Individuelle planer

I 2002 fant vi store forskjeller mellom kommunene når det gjaldt erfaring med utarbeidelse av individuelle planer. Hele 25 prosent av de minste kommunene brukte ikke individuelle planer for innbyggere med behov for langvarig og sammensatt hjelp. I 2005 var denne forskjellen visket nesten helt ut, og i 2008 benytter alle typer kommuner individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for slik plan (Tabell 6.4).

Mens vi i 2005 fant at de største kommunene i mindre grad enn andre kommuner sa at de ikke hadde oversikt over antall voksne og barn/unge med behov for individuell plan, kommer de største kommunene bedre ut i 2008 (Tabell 6.3). Nå oppgir de største kommunene at de har like god oversikt som de minste.

Tabell 6.4 *Utarbeider kommunen individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for langvarig hjelp? 2002, 2005 og 2008. Prosent*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	75	97	100	25
2 001-5 000	84	99	100	16
5 001-10 000	86	98	100	14
10 001-30 000	90	100	100	10
> 30 000	100	100	100	-
Total	84	98	100	16
(N=)	(238)	(270)	(207)	

Vi har undersøkt om små og store kommuner opplever ulike utfordringer i iverksettingen av individuelle planer for innbyggerne (Tabell 6.5). For de fleste forholdene er det små forskjeller mellom kommunene, eller det er ingen entydig sammenheng mellom størrelse og problemoppfatning.

De mindre kommunene skårer jevnt over høyere på påstandene om vanskeligheter med implementeringen av individuell plan, og lavere på de positive påstandene. Forskjellene er imidlertid i liten grad signifikante.

De største kommunene synes på sin side at det er vanskeligere å få involvert alle aktuelle tjenester i arbeidet med individuelle planer. Den lille kommunen med oversiktlig struktur og få tjenesteenheter kan kanskje ha lettere for å trekke inn de tjenestene det er behov for i arbeidet med individuelle planer.

Tabell 6.5 *Oppfatninger av individuelle planer. Prosent som sier seg "helt enig" i påstandene. 2008 og 2005. Estimated marginal means N=206-213 (2005) og N=157-160 (2008)*

	Antall innbyggere i kommunen				
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000
IP er ressurskrevende verktøy	2,7	2,8	2,7	2,4	2,5
Sentral mal er vanskelig å tilpasse lokale behov	2,5	2,4	2,5	2,1	2,2
Vanskelig å prioritere IP pga ressursituasjonen i kommunen	2,5	2,3	2,2	2,1*	2,1
Vanskelig å få involvert alle aktuelle tjenester	2,4	2,7*	2,6	2,7	2,9*
IP bidrar sterkt til samordning	3,5	3,4	3,5	3,6	3,6
Vanskelig å følge opp IP	2,5	2,6	2,4	2,1**	2,3
Den enkelte bruker reserverer seg	2,5	2,5	2,3	2,2	2,5
Den enkelte deltar sterkt i utformingen av egen IP	2,8	2,8	2,9	3,0	2,9
IP bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold	1,8	1,8	1,6	1,7	1,7
IP bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov	3,4	3,3	3,4	3,4	3,2
Bedre å bruke ressursene på tjenester enn på IP	1,9	2,1	1,9	1,7	1,7

* Signifikant forskjellig fra kategorien <2000 på 0,1-nivå; ** Signifikant forskjellig fra kategorien <2000 på 0,01-nivå; *** Signifikant forskjellig fra kategorien <2000 på 0,01-nivå

6.3.2 Bredden i involveringen av tjenester

Vi har allerede sett at respondenter fra mindre kommuner svarer at de synes det er noe enklere å involvere aktuelle tjenester i arbeidet med individuelle planer. I hvilken grad opplever disse at det generelt er lettere å engasjere ulike kommunale tjenester i det psykiske helsearbeidet? Hvilke tjenester er involvert i arbeidet?

For mange av de kommunale tjenestene er det ingen enkle sammenhenger mellom kommunestørrelse og involvering i arbeidet for voksne (Tabell 6.6). Pleie- og omsorgstjenesten oppleves for eksempel som minst involvert i kommuner med

mellom 5000 og 10000, mens sosialtjenesten ”skårer” lavest i de minste og største kommunene.

Legetjenesten oppfattes som klart sterkest involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne i de nest minste kommunene, mens de mest folkerike kommunene rapporterer større problemer med å få engasjert denne gruppen. Dette kan skyldes at store kommuner har brede kompetanse, slik at andre yrkesgrupper kan ta noe av ansvaret som legetjenesten må ta i mindre kommuner.

Kultursektoren ser imidlertid ut til å spille en mer betydelig rolle i det psykiske helsearbeidet i de største kommunene. Andre undersøkelser har vist at folkerike kommuner jevnt over bruker relativt mer kommunale ressurser på kultur, og at de i større grad har en profesjonell kulturadministrasjon. På grunn av det større befolkningsgrunnlaget, og fordi kulturtilbudet i store kommuner gjerne benyttes av nabokommunenes innbyggere, er kultursektoren gjerne betydelig bedre utbygd i disse kommunene, med et bredere og mer differensiert tilbud. Dette gjør sannsynligvis at kultursektoren i de største kommunene er en mer interessant partner i det psykiske helsearbeidet.

Tabell 6.6 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for voksne? 2008. Prosent av kommunene som svarer at ulike tjenester er ”I stor grad involvert”*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000		
Pleie og omsorg	49	41	26	42	50	41	(83)
Sosialtjenesten	40	53	44	50	38	46	(94)
Legetjenesten	58	81	63	57	44	64	(132)
Fysio-/ergoterapi, rehab	11	13	5	5	13	10	(19)
Kultur	0	0	3	10	6	3	(6)

Heller ikke når det gjelder involvering i arbeidet med barn og unge er det store forskjeller mellom ulike kommuner (Tabell 6.7). De store kommunene har noe sterkere involvering av PPT, og de aller største har også sterkere involvering av kultursektoren. Mens sosialtjenesten er mer fremtredende i de mindre kommunene, har de større kommunene sterkere involvering fra barnevernet og PPT. At barnevernet er mindre involvert i småkommunene kan

henge sammen med gjennomsløktigheten i disse kommunene, kombinert med et tradisjonelt syn på barnevernet som kan gjøre kontakten med denne tjenesten stigmatiserende. På den annen side oppleves barnehagene og grunnskolene som noe betydelig mindre engasjert i de største kommunene.

Tabell 6.7 *Hvilke tjenester er involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge? 2008. Prosent av kommunene som svarer at ulike tjenester er "I stor grad involvert"*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Pleie og omsorg	3	4	3	5	8	4	(7)
Sosialtjenesten	39	21	6	20	21	22	(42)
Barnevernet	51	48	51	68	64	55	(109)
PPT	39	57	46	65	64	53	(104)
Barnehager/ grunnskoler	50	41	41	43	14	42	(81)
Helsestasjon/ skolehelse	87	85	83	91	93	87	(174)
Legetjenesten	52	58	47	50	39	52	(100)
Fysio-/ergo- terapi, rehab	14	12	14	13	14	13	(25)
Kultur	3	0	6	8	14	5	(8)

Opplæring og rekruttering

En annen måte å måle bredden i involvering på er å se på hvilke tjenester som styrkes med opplæringstiltak og rekruttering. Vi finner for nesten alle tjenestene at antall ulike opplæringstiltak (kurs, videre- og etterutdanning, voksenopplæring) øker proporsjonalt med innbyggertall: store kommuner iverksetter flest opplæringstiltak i tjenestene (Tabell 6.8). På samme måte finner vi at antall tjenester som omfattes av ulike opplæringstiltak øker med størrelsen på kommunen (Tabell 6.9). Dette bildet henger trolig sammen med at jo større kommunen er, desto mer differensiert er kommuneorganisasjonen.

Tabell 6.8 *Hvilke tjenester styrkes med opplæringstiltak? Antall opplæringstiltak i ulike tjenester, 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means. N=724*

	Antall innbyggere i kommunen				
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000
Pleie og omsorg	0,8	1,2***	1,3***	1,7***	2,2***
Sosialtjenesten	0,6	0,8**	0,9***	1,2***	1,5***
Barneverntjenesten	0,5	0,7	0,7	0,9***	1,3***
PPT	0,1	0,3**	0,4***	0,5***	0,8***
Barnehager/grunnskoler	0,3	0,5**	0,4	0,5	0,9***
Helsestasjon/skolhelsetj.	0,6	0,9***	0,9**	1,1***	1,5***
Legetjenesten	0,2	0,4**	0,3	0,3	0,6***
Fysioterapi m.v.	0,2	0,3*	0,4	0,6***	0,9***
Kultur	0,1	0,2	0,1	0,3**	0,5***

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Også antall tjenester som styrkes med ulike opplæringstiltak øker klart med kommunestørrelse (Tabell 6.9).

Tabell 6.9 *Hvor mange tjenester omfattes av opplæringstiltak innenfor rammene av Opptrappingsplanen? 2002, 2005, 2008, Estimated marginal means. N=724*

	Antall innbyggere i kommunen				
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000
Kurs	2,8	3,5	3,4	4,4***	5,5***
Voksenopplæring	0,0	0,1**	0,1**	0,2**	0,2**
Etterutdanning	0,5	0,7*	0,8*	1,0**	1,5***
Videreutdanning	0,3	0,7***	1,0***	1,4***	2,7***

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Store kommuner styrker i større grad enn mindre kommuner et større spekter av tjenester med rekruttering av personell (Tabell 6.10).

Tabell 6.10 *Antall tjenester som er blitt styrket med rekruttering av personell gjennom Opptrappingsplanen, 2005 og 2008. Estimated marginal means*

	Antall innbyggere i kommunen				
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000
Antall tjenester styrket med personell	1,7	2,2**	2,5***	3,2***	3,8***
(N=)	(61)	(85)	(59)	(53)	(16)

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Vurdering av samarbeidsrelasjoner

I undersøkelsen fra 2002 fant vi at ansatte i småkommunene vurderte samarbeidet med de aller fleste tjenestene som bedre enn det ansatte i store kommuner gjorde (Myrvold 2002:91). I 2005 var forskjellene mellom små og store kommuner betydelig mindre (Myrvold 2006). Undersøkelsen fra 2008 tyder på at det igjen er ganske store forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse i deres opplevelse av samarbeid med ulike tjenester (Tabell 6.11).

Ingen av de største kommunene ser samarbeidet med pleie og omsorg, sosialtjenesten, barnevernet, PPT og barnehagene/grunnskolen som "svært godt". I kontrast til dette opplever for eksempel nesten halvparten av de minste kommunene et svært godt samarbeid med sosialtjenesten, og en av fire et svært godt samarbeid med pleie og omsorg og barnehagene/grunnskolen.

Det er bare samarbeidet med kultursektoren som sees som like godt i de største kommunene som i de minste.

Tabell 6.11 *Vurdering av samarbeidet med ulike tjenester i psykisk helsearbeid, 2008. Prosent som svarer at samarbeidet med ulike tjenester er "svært godt"*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Pleie og omsorg	26	29	21	13	0	22	(38)
Sosialtjenesten	47	32	30	29	0	32	(58)
Barnevernet	18	23	12	12	0	16	(29)
PPT	5	13	6	10	0	9	(15)
Barnehager/ grunnskoler	24	9	13	8	0	12	(21)
Helsestasjon/ skolehelse	47	46	36	32	25	40	(71)
Legetjenesten	26	53	18	23	15	31	(56)
Fysio-/ergo- terapi, rehab	21	22	9	15	8	17	(30)
Kultur	17	2	6	13	15	9	(16)

6.3.3 Fagmiljøet i det kommunale psykiske helsearbeidet

Vi har allerede sett at ansatte i små kommuner vurderer samarbeidsrelasjonene til ulike kommunale tjenester som bedre enn det ansatte i store kommuner gjør. Vi har også bedt våre respondenter ta stilling til en rekke påstander om eget fagmiljø (Tabell 6.12).

I 2002 fant vi at småkommunene rapporterte å oppleve en del problemer knyttet til fagmiljøet i psykisk helsearbeid (Myrvold 2002:107). Særlig mente ansatte i små kommuner at fagmiljøet kunne bli for lite og at folk med kompetanse ble for tynt spredt utover i kommuneorganisasjonen. På disse punktene var forskjellene mellom kommunene betydelig mindre i 2005. Undersøkelsen fra 2008 viser at denne utviklingen kan synes å ha snudd. Selv om disse problemene har avtatt i de små kommunene, er de enda mer redusert i de store kommunene.

Mulighetene for kurs, veiledning mv. oppleves som større i store kommuner, og de største kommunene opplever i noe mindre grad problemer knyttet til ustabilitet i personalet. Jo mindre kommunen

er, desto større glede av samarbeid og kontakt med folk i andre kommuner

Over halvparten av respondentene i alle kommunene er helt enige i at Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet i kommunen. I de mellomstore kommunene (5001-30000 innb) svarer omtrent tre av fire at de er helt enig i dette.

Tabell 6.12 *Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune. Prosent som svarer helt enig. N=179-182. 2008. Tallene fra 2002 kursiv*

	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000	Totalt
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	18 (26)	4 (17)	9 (4)	5 (9)	8 (21)	8 (15)
Nært samarbeidet med andre fag gir nye impulser i arbeidet	26 (32)	50 (40)	42 (40)	42 (21)	23 (29)	40 (34)
Gode muligheter til kurs, veil. o.l	44 (44)	43 (39)	52 (49)	54 (49)	62 (43)	48 (44)
Folk med kompetanse spres for tynt utover	31 (35)	13 (21)	6 (19)	0 (5)	8 (21)	12 (20)
Personell- og ressursmangel svekker fagmiljøet	15 (35)	14 (23)	12 (20)	7 (7)	8 (0)	12 (21)
Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet	51 (32)	55 (51)	75 (51)	71 (73)	62 (71)	62 (52)
Samarbeid/kontakt med folk i andre kommuner styrker miljøet	72 (62)	59 (65)	59 (65)	46 (46)	46 (21)	58 (58)
Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet	21 (44)	29 (28)	28 (29)	22 (7)	15 (21)	25 (27)

6.3.4 Oppsummering: Organisering og samarbeid internt i kommunen

Det er fremdeles en tendens til at større kommuner i større grad enn mindre kommuner har egen enhet for psykisk helsearbeid. Ellers er det nå relativt små forskjeller i organisering mellom kommuner av ulik størrelse. Også når det gjelder tendensen til å

omorganisere det psykiske helsearbeidet finner vi nå større likhet mellom store og små kommuner.

Små kommuner har gjennomgående etablert færre tiltak for samordning enn større kommuner, men denne tendensen er svekket de siste tre årene.

Mens det i 2002 var store forskjeller mellom kommunene når det gjaldt erfaring med utarbeidelse av individuelle planer, benytter nå alle typer kommuner individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for slik plan. Mindre kommuner opplever litt flere problemer knyttet til arbeidet med individuelle planer. Bare når det gjelder problemer med å få involvert alle aktuelle tjenester skårer større kommuner høyere enn småkommunene.

Vi finner ingen enkle sammenhenger mellom kommunestørrelse og involvering av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet. Legetjenesten oppgis å være minst involvert i de største kommunene. For kultursektoren er det omvendt: kultur fremstår som noe mer trukket inn i det psykiske helsearbeidet i større kommuner enn i små.

Antall tjenester som får opplæringstiltak som ledd i kommunens implementering av Opptrappingsplanen øker med økende kommunestørrelse. Flere tjenester styrkes dessuten med flere ulike typer tiltak i de store kommunene.

Det er betydelige forskjeller mellom store og små kommuner i vurderingen av samarbeidet med ulike kommunale tjenester. Samarbeidet oppleves jevnt over bedre i de mindre kommunene. De største kommunene skiller seg særlig negativt ut. Det er bare samarbeidet med kultursektoren som vurderes like godt i de største kommunene som i småkommunene.

De minste kommunene opplever i større grad enn mer folkerike kommuner enkelte problemer knyttet til fagmiljøet i egen kommune. Fagmiljøet blir ofte svært lite i småkommunene, og i en del av disse kommunene mener de at folk med kompetanse spres for mye utover på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen, i stedet for å samles i et sterkere faglig miljø.

6.4 Samarbeid med instanser utenfor kommunen

6.4.1 Samarbeid med andre kommuner

Som nevnt innledningsvis i kapitlet er interkommunalt samarbeid om å løse oppgaver innenfor det psykiske helsearbeidet en mulig vei å gå, særlig for små kommuner som ikke selv kan ha tilstrekkelig spisskompetanse eller bredde i arbeidet. I veilederen til kommunene uttrykker Sosial- og helsedirektoratet en viss bekymring for de minste kommunenes evne til å løse alle oppgavene i det psykiske helsearbeidet. Direktoratet anbefaler kommunene å samarbeide om oppgaveløsningen:

I mindre kommuner kan en mangle nødvendig kunnskap i forhold til brukergrupper som har spesielle behov for bistand. Sosial- og helsedirektoratet vil derfor anbefale kommuner å etablere praktiske interkommunale samarbeidsløsninger innen områder hvor det er vanskelig å rekruttere og beholde eget personell med tilfredsstillende kompetanse (Sosial- og helsedirektoratet 2005:40).

I undersøkelsen fra 2002 fant vi liten sammenheng mellom kommunestørrelse og interkommunalt samarbeid (Myrvold 2004:93), mens vi i 2005 fant at det særlig var de aller minste kommunene og de store kommunene (over 10000 innbyggere) som ikke hadde noe tjenestesamarbeid med andre kommuner.

Undersøkelsen fra 2008 viser at de minste og nest minste kommunene oppgir å ha noe mer samarbeid nå sammenliknet med tidligere (Tabell 6.13). Dette gjelder særlig samarbeid om sosiale og kulturelle tilbud og samarbeid om sysselsetting og arbeid. Omtrent en av fem kommuner samarbeider om sosiale og kulturelle tiltak innenfor psykisk helse. Det er færrest blant de største kommunene som samarbeider om slike tiltak. Det er fortsatt få kommuner som har felles botiltak eller felles dagsenter.

Omtrent halvparten av kommunene svarer at de ikke har noe tjenestesamarbeid med andre kommuner innenfor psykisk helse. Det er færrest blant de nest minste kommunene som ikke har noe slikt samarbeid.

Tabell 6.13 *Interkommunalt tjenestesamarbeid, etter kommunestørrelse. Prosent. N=219. 2008. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Felles botilbud	2 (2)	3 (1)	0 (2)	4 (2)	19 (0)	4 (2)	(8)
Felles dagsenter	2 (2)	8 (7)	2 (4)	7 (4)	6 (7)	5 (5)	(11)
Samarbeid om sosiale/kulturelle tiltak	22 (9)	21 (16)	17 (16)	20 (22)	13 (14)	19 (15)	(41)
Samarbeid om sysselsetting/arbeid	30 (18)	22 (17)	20 (22)	17 (16)	19 (0)	22 (18)	(47)
Annet tjenestesamarbeid	13 (18)	32 (23)	29 (16)	20 (20)	25 (36)	24 (21)	(51)
Samarbeider ikke om tjenester	50 (55)	38 (50)	54 (55)	63 (47)	56 (50)	49 (52)	(104)

Tendensen til å inngå i faglig samarbeid er ganske likt fordelt mellom kommuner av ulik størrelse, med unntak av de aller største kommunene, som sjeldnere inngår i faglig samarbeid med andre (Tabell 6.14). Det har ikke vært noen økning i det faglige samarbeidet mellom kommunene fra 2005 til 2002, snarere tvert i mot.

De minste kommunene rapporterer i noe mindre grad at de ikke har felles kursing av ansatte, men de har oftere felles veiledning og samlinger med andre kommuner. De større kommunene (> 10000 innbyggere) sier at de i svært beskjeden grad har veiledning av ansatte i fellesskap med andre kommuner. Dette er en type "samarbeid" som gjerne er initiert av andrelinjen. Forskjellene mellom store og små kommuner skyldes sannsynligvis at de minste kommunene har såpass få ansatte at andrelinjen finner det hensiktsmessig å samle flere småkommuner til veiledning samtidig.

Vi finner også at noen av de mindre kommunene deler fagstillinger med andre kommuner, men dette er ikke vanlig blant de nest størst og største kommunene.

Tabell 6.14 *Interkommunalt faglig samarbeid, etter kommunestørrelse. 2008. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Deler visse fagstillinger	9 (5)	5 (8)	5 (8)	0 (6)	0 (7)	4 (7)	(9)
Felles kursing av ansatte	17 (20)	22 (29)	24 (22)	28 (25)	31 (14)	24 (24)	(50)
Felles veiledning av ansatte	26 (41)	27 (45)	22 (31)	4 (22)	6 (14)	19 (35)	(41)
Felles samlinger for ansatte	37 (32)	44 (41)	34 (26)	46 (45)	19 (21)	39 (35)	(83)
Annet faglig samarbeid	7 (9)	17 (17)	15 (14)	15 (18)	19 (29)	14 (15)	(30)
Inngår ikke i faglig samarbeid	39 (34)	33 (20)	39 (39)	30 (27)	50 (36)	36 (29)	(77)

6.4.2 Samarbeid med andrelinjen

Kommunenes psykiske helsearbeid er bare en del av hjelpeapparatet for mennesker med psykiske problemer. Innbyggere med større problemer og lidelser som trenger spesialisthjelp, får dette av distriktpspsykiatriske sentre (DPS), av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) eller av sykehusene. For at behandlingen skal være samordnet og helhetlig må de ulike hjelpeinstansene samarbeide både på systemnivå og overfor den enkelte bruker. Samtidig opplever kommunene – som vi allerede har sett – at samarbeid og samordning med andrelinjen representerer et sentralt problem i implementeringen av intensjonene i Opptrappingsplanen.

Samarbeidsavtaler mellom kommunen og andrelinjen

I kapittel 4 refererte vi fra St.prp. 1 (204-2005) der Helse- og omsorgsdepartementet la inn en forutsetning om at alle kommunene og respektive andrelinjeavdelinger skulle inngå bindene samarbeidsavtaler innen utgangen av 2005. Undersøkelsen fra 2002 viste at små de kommunene i mindre grad enn større

kommuner hadde etablert formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen (Myrvold 2004:98). I 2005 var det totalt sett flere kommuner som sa at de *ikke* har noen formell samarbeidsavtale med andrelinjetjenesten med 2002 (Myrvold 2006). Forskjellene mellom små og store kommuner var dessuten blitt større.

Undersøkelsen fra 2008 viser en markant nedgang i kommuner som ikke har en formell avtale med andrelinjen (Tabell 6.15). Nedgangen kommer i alle kategorier kommuner. Blant de største kommunene svarer alle at de har en slik avtale. Blant de andre kommunene er det under 20 prosent som sier at de ikke har en formell samarbeidsavtale med andrelinjen.

Tabell 6.15 *Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? Andel kommuner som svarer at det **ikke** er inngått noen formell avtale. 2002, 2005 og 2008*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	50	54	17	-29
2 001-5 000	39	55	19	-18
5 001-10 000	49	42	15	-31
10 001-30 000	47	43	13	-32
> 30 000	21	19	0	-21
Total	44	48	15	-30
(N=)	(142)	(130)	(32)	

Store kommuner ser ut til å ha mer omfattende avtaler med andrelinjen enn mindre kommuner. Nesten fire av ti av de største kommunene sier at de har avtale som regulerer håndteringen av konflikter med andrelinjen (Tabell 6.16). Dette er over dobbelt så høyt som blant andre kommuner. Tendensen til å ha avtaler om kompetanseheving og avtaler om rutiner ved utskrivning er også betydelig høyere i de største (og til dels også blant de nest største) kommunene

Tabell 6.16 *Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale mellom kommunen og andrelinjen? 2008. Prosent*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Ingen formell samarbeidsavtale	17	19	15	13	0	15	(32)
Avtale om håndtering av konflikter	15	16	15	15	38	17	(36)
Avtale om kompetanseheving	37	35	32	48	56	39	(83)
Avtale om rutiner ved utskrivning	61	52	56	72	88	62	(131)
Avtale om andre forhold	43	54	66	54	56	54	(115)

I spørreskjemaundersøkelsen spurte vi spesielt om kommunene får delta i beslutninger i forbindelse med at innbyggere skrives ut fra sykehus eller sykehjem. Til tross for at flere kommuner – både små og store – har samarbeidsavtaler med andrelinjen, er det fremdeles en del kommuner som sier at andrelinjen sjelden rådfører seg med dem ved utskrivning av pasienter (Tabell 6.17). Det er flest småkommuner som svarer at andrelinjen sjelden rådfører seg med kommunen i slike situasjoner. Denne andelen har økt over tid.

Andelen som sier de ikke blir tatt med på råd er minst blant de mellomstore kommunene. For disse kommunene og de nest største har det vært størst nedgang i kommuner som ikke blir tatt med på råd. Særlig blant de nest største kommunene er det en betydelig økning i andelen kommuner som sier at de blir rådført ved utskrivninger.

Tabell 6.17 *Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykebus eller sykehjem? Andel kommuner som svarer at andrelinjen sjelden rådfører seg med kommunen. 2002, 2005 og 2008*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	21	27	27	6
2 001-5 000	13	19	10	-3
5 001-10 000	16	18	5	-11
10 001-30 000	38	21	16	-22
> 30 000	7	7	13	6
Total (N=)	20 (49)	21 (54)	14 (29)	-6

Ambulerende team og veiledning fra andrelinjen

Ambulerende team fra andrelinjen kan representere en viktig faglig støtte for kommunen i tilbudet til innbyggere med psykiske problemer. Spesielt vil slik støtte være viktig for mindre kommuner som ikke kan ha kompetanse på mer sjeldne eller særlig kompliserte tilstander. Fra 2002 til 2005 skjedde det ingen endringer i andelen kommuner som oppga å få besøk fra ambulante team. Utbyggingen av DPS er nå nesten slutført. De ambulerende teamene er gjerne tilknyttet DPSene, og vi skulle derfor anta at kommunene i større grad får tilbud fra ambulerende team nå sammenliknet med tidligere.

Den mest markante endringen i situasjonen i 2008 er at de større kommunene i betydelig større grad får besøk fra ambulante team (Tabell 6.18). Det er nå helt minimale forskjeller mellom kommunene når det gjelder besøk av ambulante team fra andrelinjen. Mens det tidligere var vanligere med slike besøk i de små og mellomstore kommunene, er det nå nesten like høy andel blant de største kommunene som får besøk. Veksten har vært særlig sterk blant de nest største kommunene.

Tabell 6.18 *Får kommunen besøk av ambulerende team fra andrelinjetjenesten? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at kommunen får besøk*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	60	60	64	4
2 001-5 000	61	63	64	3
5 001-10 000	61	62	65	4
10 001-30 000	44	39	66	22
> 30 000	50	53	60	10
Total (N=)	57 (141)	57 (152)	64 (132)	7

Ut over det arbeidet som gjøres av de ambulerende teamene har kommunene mulighet for å få veiledning fra andrelinjetjenesten knyttet til enkeltbrukere blant både voksne og barn/unge. Også dette kan benyttes i situasjoner der kommunen står overfor problemstillinger der de ikke selv har kompetanse. Slik sett vil småkommunene kunne ha særlig stor nytte av veiledningen fra andrelinjen.

Vi har spurt kommunene om de benytter seg av muligheten til å få veiledning knyttet til voksne og til barn/unge med psykiske vansker.

Fra 2002 til 2005 var det totalt sett liten endring å spore når det gjaldt veiledning for voksne brukere. De største og mellomstore kommunene benytter seg mer enn andre kommuner av muligheten for å få veiledning om voksne brukere fra andrelinjen til faste tider. I 2008 ser vi at dette bildet er ytterligere forsterket (Tabell 6.19). Økningen i andelen kommuner som sier de får veiledning fra andrelinjen er størst i kommunene som i utgangspunktet benyttet seg av denne muligheten mest. Det er blant de største og de mellomstore kommunene vi finner høyest andel kommuner som benytter seg av muligheten til veiledning – og som også har størst økning i denne andelen. Også de aller minste kommunene har hatt en betydelig økning i andelen som mottar veiledning.

Tabell 6.19 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til voksne enkeltbrukere?*

2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	14	17	27	13
2 001-5 000	19	16	21	2
5 001-10 000	23	33	41	18
10 001-30 000	24	22	26	2
> 30 000	29	31	44	15
Total	20	22	29	9

Tallene for barn og unge viser at veiledning fra andrelinjen for mange kommuner synes å skje stadig mer rutinemessig (Tabell 6.20). Det har vært en klar økning blant alle typer kommuner mht veiledning fra andrelinjen knyttet til barn og unge. Tilbøyeligheten til å få slik veiledning til faste tider er nå relativt jevnt fordelt, selv om de minste og særlig de nest minste kommunene ligger litt etter de større kommunene.

Tabell 6.20 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn og unge? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at kommunen får veiledning til faste tider*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	12	14	23	13
2 001-5 000	2	11	17	15
5 001-10 000	17	30	29	12
10 001-30 000	10	17	32	22
> 30 000	9	21	27	18
Total	9	17	24	15

Tilgang på andrelinjetjenester

I undersøkelsen fra 2002 fant vi at de største kommunene var klart mindre fornøyd med innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester sammenliknet med småkommunene (Myrvold 2004:100). Dette gjaldt tjenester både for voksne og for barn og unge. Bildet i 2005 var ganske forandret, mens vi i 2008 er tilbake til situasjonen fra 2002: Andelen kommuner som sier deres innbyggere har dårlig

tilgang på andrelinjetjenester øker jevnt med økende innbyggertall i kommunene. Dette gjelder både voksne og barn/unge (Tabell 6.21 og Tabell 6.22).

Andelen av kommunene som sier at voksne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet er noe redusert fra 2002 til 2008. Men reduksjonen er ulikt fordelt, og bedringen har vært klart størst for de største og nest største kommunene

Tabell 6.21 *Hvordan vurderer du voksne innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet"*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	32	32	18	-14
2 001-5 000	37	41	30	-7
5 001-10 000	42	38	36	-6
10 001-30 000	68	45	42	-26
> 30 000	79	31	54	-25
Total	45	39	33	-6
(N=)	(106)	(102)	(60)	

Kommunenes vurdering av tilgangen på andrelinjetjenester for barn og unge viser noe av det samme bildet (Tabell 6.22), men her er bedringen størst for de nest største og minste kommunene. Også for barn og unge er det skjedd en viss utjevning i vurderingen av tilgang på tjenester fra andrelinjen, i den forstand at de større kommunene nå mener tilgangen på tjenester er bedre.

Tabell 6.22 *Hvordan vurderer du barn og unges (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjen innenfor psykisk helsevern? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer at tilgangen på tjenester er "langt mindre enn behovet"*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	46	43	30	-16
2 001-5 000	49	55	49	0
5 001-10 000	61	41	55	-6
10 001-30 000	77	59	59	-18
> 30 000	79	60	77	-2
Total (N=)	58 (128)	51 (129)	50 (88)	-8

6.4.3 Rådgivernes rolle

Rådgiverne hos fylkesmannen er sentrale personer i implementeringen av Opptrappingsplanen i kommunene. I spørreskjemaet til kommunene har vi spurt om hvordan de oppfatter rådgiverne for Opptrappingsplanen. Undersøkelsen fra 2002 viste at småkommunene i mindre grad enn større kommuner mente rådgiverne fylte alle de skisserte rollene. Dette ledet oss til å spørre om de små kommunene klarte å nyttiggjøre seg rådgiverne, og om rådgiverne var like opptatt av å betjene de små kommunene som de store (Myrvold 2004:104).

I 2008 ser vi at de minste kommunene fremdeles totalt sett i mindre grad enn de andre kommunene svarer at rådgiveren fyller rollene i "stor grad" (Tabell 6.23). Bare én av seks småkommuner mener for eksempel at rådgiveren i stor grad fungerer som dialogpartner og veileder. Samtidig ser vi at for alle rollene unntatt én har både de minste og de nest minste kommunene høyere skåre i 2008 enn i 2002. Dette kan være en indikasjon på at rådgiverne over tid er blitt viktigere for de mindre kommunene.

For de største kommunene går utviklingen motsatt vei: de synes rådgiveren i betydelig mindre grad fyller ulike rollene. Det eneste unntaket her er rollen som kontrollør. Det er en klar økning i alle grupper av kommuner i synet på rådgiveren som kontrollør, men de største og nest største kommunene opplever rådgiveren mer

som kontrollør enn andre kommuner. De største kommunene synes dessuten i mindre grad enn andre kommuner at rådgiveren fungerer som støttespiller i arbeidet med å implementere Opptrappingsplanen.

Tabell 6.23 *Rådgiverens rolle. Prosent som svarer at rådgiveren fyller ulike roller "i stor grad". 2008. Tall for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000		
Pådriver overfor kommunen	21 (19)	35 (15)	26 (22)	33 (25)	20 (54)	29 (22)	(57)
Støttespiller for kommunen	41 (18)	44 (32)	48 (28)	42 (44)	31 (46)	43 (31)	(87)
Erfaringsformidler ml kommuner	13 (13)	30 (22)	18 (21)	44 (37)	19 (62)	26 (25)	(52)
Dialogpartner/ veileder	16 (12)	30 (11)	29 (18)	24 (22)	20 (29)	25 (16)	(49)
Kontrollør	65 (49)	70 (41)	69 (61)	86 (57)	81 (62)	73 (51)	(148)
Kursarrangør	21 (14)	20 (23)	28 (31)	23 (15)	31 (33)	23 (22)	(47)

6.4.4 Samarbeid med Aetat og Trygdekontoret

Samarbeid med Aetat

I Opptrappingsplanen legges det stor vekt på at mennesker med psykiske problemer skal ha en meningsfylt hverdag, i form av arbeid, annen sysselsetting og/eller ulike fritidsaktiviteter. Det sees som et mål at arbeidsplassene skal tilrettelegges slik at de er mulig for folk med psykiske vansker å fortsette i (eller å skaffe seg) arbeid, så lang råd er. Dette krever et samarbeid mellom det kommunale psykiske helsearbeidet og det lokale NAV Arbeid. Fokuset på psykisk sykes forhold til arbeidsmarkedet er blitt ytterligere styrket de siste årene, blant arbeid gjennom prosjektet "Vilje viser vei".

Undersøkelsen fra 2002 viste at de minste kommunene hadde relativt mindre kontakt enn større kommuner med Aetat med sikte

på å legge til rette for arbeidstakere med psykiske problemer. I 2005 fant vi viser at det generelt hadde blitt et sterkere samarbeid mellom kommunene og Aetat, men det var fremdeles de minste kommunene som har minst kontakt.

I undersøkelsen fra 2008 finner vi at utviklingen i retning av stadig mer samarbeid med NAV Arbeid har fortsatt (Tabell 6.24). Det er færre kommuner som sier at de ikke samarbeider med NAV Arbeid i 2008 sammenliknet med 2002. Klarest er reduksjonen blant de minste og største kommunene. Det er nå relativt små forskjeller mellom ulike typer kommuner.

Tabell 6.24 *Samarbeider kommunen med Aetat/NAV Arbeid? 2002, 2005 og 2008. Prosent som svarer "Nei, det er ikke vanlig med møter"*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	37	30	15	-22
2 001-5 000	14	12	13	-1
5 001-10 000	20	19	15	-5
10 001-30 000	16	15	9	-7
> 30 000	29	0	13	-16
Total (N=)	22 (55)	17 (47)	13 (27)	-9

Mens de tidligere undersøkelsene viste at de største kommunene hadde mest av alle typer samarbeid med Aetat/NAV Arbeid, er dette ikke tilfelle i 2008 (Tabell 6.25). De største har fremdeles mest kontakt på overordnet nivå, men ellers er det ingen klare sammenhenger mellom kommunestørrelse og kontakt. De mellomstore kommunene (mellom 5001 og 30000 innb) svarer i større grad enn andre kommuner at de ofte har møter med NAV Arbeid om enkeltbrukere. For disse kategoriene kommuner har også samarbeidet med NAV Arbeid økt mest fra 2002 til 2008.

Tabell 6.25 *Samarbeider kommunen med Aetat/NAV Arbeid? Prosent. 2008. Tall for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000		
Ikke vanlig med møter med NAV	15 (37)	13 (14)	15 (20)	9 (15)	13 (29)	13 (22)	(27)
Samarbeidsmøter overordnet nivå	7 (7)	11 (16)	27 (20)	28 (25)	38 (36)	19 (17)	(40)
Av og til møter om enkeltbrukere	70 (61)	67 (58)	46 (65)	52 (74)	69 (64)	60 (63)	(128)
Ofte møter om enkeltbrukere	13 (0)	25 (23)	37 (14)	41 (10)	25 (14)	28 (13)	(60)

Samarbeid med trygdekontoret

Det har ikke vært samme sterke fokus fra myndighetenes side på samarbeidet mellom psykisk helsearbeid og trygdekontoret/NAV Trygd som på samarbeidet med Aetat/NAV Arbeid. Trygdekontoret har lenge vært en sentral aktør i forhold til mennesker med psykiske problemer. Våre data viser også at det er få kommuner som sier at det ikke er vanlig med møter med NAV Trygd (Tabell 6.26).

Mens det tidligere var noen flere av de aller minste kommunene som svarte at det ikke er vanlig med møter med Trygdekontoret, er forskjellene nå stort sett utjevnet. Alle typer kommuner bortsett fra de aller største har en liten reduksjon i andelen som ikke vanligvis har møter med NAV Trygd. De største kommunene skiller seg ut ved en kraft økning i andelen som ikke har møter med NAV Trygd – hele én av fire kommuner svarer at det ikke er vanlig med slike møter.

Tabell 6.26 *Samarbeider kommunen med trygdekontoret/NAV Trygd? 2002 og 2005. Prosent som svarer "Nei, det er ikke vanlig med møter"*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	20	20	13	-7
2 001-5 000	14	8	11	-3
5 001-10 000	16	12	12	-4
10 001-30 000	16	11	11	-5
> 30 000	21	13	25	4
Total	17	12	13	-4
(N)	(44)	(34)	(27)	

I 2005 fant vi at tendensen til å ha samarbeidsmøter på overordnet nivå med trygdekontoret klart hang sammen med kommunens størrelse. De største kommunene hadde betydelig oftere enn andre kommuner møter med Trygdekontoret på overordnet nivå. Denne tendensen er ikke like klar i 2008. Sammenliknet med tallene fra 2002 er en liten reduksjon i andelen kommuner som sier de har møter med NAV Trygd på overordnet nivå.

Det er de mellomstore kommunene som hyppigst oppgir at de ofte har møter med NAV Trygd om enkeltbrukere. De minste og de største kommunene sier at de bare "av og til" har møter med NAV Trygd. Blant de største kommunene er det ingen som sier at de ofte har møter med NAV Trygd om enkeltbrukere.

Tabell 6.27 *Samarbeider kommunen med trygdekontoret/NAV Trygd?*
Prosent. 2008. Tall for 2002 i (kursiv)

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Ikke vanlig med møter med NAV	13 (21)	11 (16)	12 (16)	11 (16)	25 (21)	13 (17)	(27)
Samarbeidsmøter overordnet nivå	9 (7)	10 (13)	12 (16)	15 (22)	19 (14)	12 (14)	(25)
Av og til møter om enkeltbrukere	70 (70)	65 (62)	46 (67)	54 (78)	75 (71)	61 (68)	(129)
Ofte møter om enkeltbrukere	13 (5)	29 (19)	37 (18)	33 (6)	0 (7)	25 (13)	(54)

6.4.5 Samarbeid med brukerorganisasjonene

Som nevnt i kapittel 2 står hensynet til brukerne og deres pårørende svært sentralt i Opptappingsplanen for psykisk helse. I St.prp. 1 (2004-2005) la Helse- og omsorgsdepartementet inn en forutsetning (gjeldende fra 2006) om sterkere samarbeid med brukerne og brukerorganisasjonene for at kommunene skal få utbetalt øremerkede midler. Også i veiledningene for psykisk helsearbeid for hhv. voksne og barn/unge er samarbeidet med brukere, pårørende og deres organisasjoner sterkt vektlagt. Brukerorganisasjonene har dessuten blitt betydelig styrket i løpet av Opptappingsplanens virkeperiode, bl.a. med økte tilskudd fra myndighetene.

I 2002 fant vi at nesten halvparten av alle kommunene sa at de hadde lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene (Myrvold 2004:105). Særlig blant de mindre kommunene var det mange som ikke hadde etablert noe slikt samarbeid. I 2005 hadde dette bildet endret seg ganske dramatisk (Myrvold 2006:137-138), først og fremst ved at det var mange av de minste kommunene som nå sa at de hadde etablert et slikt samarbeid.

Undersøkelsen i 2008 viser at det har vært en økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene for alle typer kommuner fra 2002 til 2008 (Tabell 6.28). Andelen kommuner som sier de *ikke* har samarbeid med brukerorganisasjonene er betydelig redusert i alle

kategorier kommuner. Sammenliknet med resultatene fra 2005 har imidlertid andelen av de minste kommunene som sier de ikke har noe slikt samarbeid økt.

Andelen som sier at kommunen har lite eller ikke noe samarbeid med brukerorganisasjonene reduseres med økende kommune-størrelse. Mens halvparten av de minste kommunene sier at de ikke har noe slikt samarbeid, svarer ingen av de største det samme.

Tabell 6.28 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Andel som svarer at det er "Lite/ikke noe samarbeid". 2002, 2005 og 2008*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
< 2 000	70	37	51	-19
2 001-5 000	55	38	33	-22
5 001-10 000	27	35	19	-8
10 001-30 000	23	30	5	-18
> 30 000	14	13	0	-14
Total	44	34	26	-18

Vi har også bedt kommunene karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene. Vurderingen av samarbeidet som "svært godt" øker med økende kommune-størrelse (Tabell 6.29). For de største kommunene svarer nå nesten halvparten at samarbeidet er svært godt, dette er mer enn en dobling fra 2002.

De mellomstore kommunene synes noe oftere enn mindre og større kommuner at samarbeidet med brukerorganisasjonene er vanskelig.

Tabell 6.29 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Prosent.2008. Tall for 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000	
Lite/ikke noe samarbeid	51 (70)	33 (55)	19 (27)	5 (23)	0 (14)	26 (44)
Samarbeidet er ofte vanskelig	0 (4)	7 (9)	13 (4)	5 (11)	8 (36)	6 (9)
Samarbeidet er stort sett bra	39 (18)	46 (24)	56 (52)	63 (50)	46 (29)	50 (34)
Samarbeidet er svært godt	10 (8)	15 (12)	13 (17)	28 (16)	46 (21)	18 (13)

Tendensen til at samarbeidet med brukerorganisasjonene vurderes som bedre med økende kommunistørrelse bekreftes av en multivariat analyse (se tabellene V.19 og V.20 i Vedlegg 4). En analyse av sammenhengen mellom størrelse og samarbeid splittet opp på de tre årene viser et interessant trekk: det er en klar sammenheng mellom, kommunistørrelse og positiv vurdering av samarbeidet med brukerorganisasjonene både 2002 og 2008, mens det ikke foreligger noen slik sammenheng i 2005.

6.4.6 Oppsummering: Samarbeid med instanser utenfor kommunen

Samarbeid med andre kommuner

Helsedirektoratet anbefalte i 2005 småkommunene å inngå interkommunale samarbeidsløsninger innenfor det psykiske helsearbeidet. Våre analyser viser at små kommuner har noe mer tjenestesamarbeid med andre kommuner i 2008 sammenliknet med tidligere. Likevel er det fremdeles et mindretall blant småkommunene som har samarbeid med andre kommuner om ulike typer tiltak rettet mot mennesker med psykiske vansker. Det synes ikke å ha vært noen tilsvarende økning i det interkommunale faglige samarbeidet innenfor psykisk helsearbeid, snarere tvert i mot.

Samarbeid med andrelinjen

Mens det tidligere var en klar tendens til at små kommuner i mindre grad enn større kommuner hadde formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen, er disse forskjellene nå sterkt redusert. Likevel synes de større kommunenes avtaler å omfatte flere forhold enn småkommunenes avtaler. De minste kommunene mener dessuten i større grad at andrelinjen sjelden rådfører seg med dem ved utskrivning av pasienter.

De tidligere undersøkelsene viste at en høyere andel av de små kommunene fikk besøk av ambulante team fra andrelinjen. Denne forskjellen mellom store og små kommuner er nå borte.

Det er fremdeles betydelige forskjeller mellom ulike typer kommuner mht. bruken av muligheten til å få veiledning fra andrelinjen. Forskjellen dreier seg først og fremst om veiledning knyttet til voksne brukere, der de største og de mellomstore kommunene oftest benytter seg av tilbudet om veiledning. For barn og unge er det ikke tilsvarende forskjeller mellom kommunene.

Tidligere fant vi en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og kommunens vurdering av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester: jo større kommune, desto mer negativ vurdering av tilgangen på tjenester. I 2008 er det fortsatt en slik sammenheng, men forskjeller mellom små og store kommuner er mindre enn tidligere. Det synes med andre ord som om de større kommunene har opplevd størst bedring i tilgangen på andrelinjetjenester. Likevel er det fortsatt tre ganger så mange blant de store kommunene enn blant de minste som mener innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

På bakgrunn av de tidligere undersøkelsene fant vi grunn til å spørre om de små kommunene i mindre grad klarte å nyttiggjøre seg rådgiveren for Opptrappingsplanen hos Fylkesmannen. I 2008 ser vi at det fortsatt er forskjeller mellom store og små kommuner i vurderinger av rådgiveren, men det kan synes som om rådgiverne over tid er blitt viktigere for de mindre kommunene.

Samarbeid med NAV

Mens de tidligere undersøkelsene viste at de største kommunene hadde mest kontakt med NAV Arbeid, er forskjellene betydelig mindre nå. De største har fremdeles mest kontakt på overordnet nivå, men ellers er det ingen systematiske forskjeller mellom kommunestørrelse og kontakt.

Det er heller ingen klar sammenheng mellom kommunens størrelse og kontakt med NAV Trygd, bortsett fra en tendens til at de aller største kommunene svarer at de har mindre kontakt med NAV Trygd om enkeltbrukere.

Samarbeid med brukerorganisasjonene

Det har vært en klar økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene for alle typer kommuner i løpet av årene fra 2002 til 2008, men det er fremdeles slik at andelen kommuner som ikke samarbeider med brukerorganisasjonene reduseres med økende kommunestørrelse. De største kommunene er også gjennomgående mer tilfreds med samarbeidet med organisasjonene.

6.5 Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen

Vurderingen av kommunens innsats i psykisk helsearbeid

I spørreskjemaundersøkelsene fra 2005 og 2008 spurte vi respondentene fra kommunene om deres vurdering av egen kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet. Dette spørsmålet ble ikke stilt i 2002.

Vi ser av Tabell 6.30 at de mellomstore og små kommunene er mest tilfreds med egen innsats, og at det også er for disse kommunene fremgangen fra 2005 til 2008 er størst. Nesten én av tre småkommuner synes nå at innsatsen er svært god.

De største kommunene skiller seg negativt ut ved at under 10 prosent mener at kommunens innsats i psykisk helsearbeid er svært god.

Tabell 6.30 *Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? 2005 og 2008. Prosent som svarer "Svært godt i forhold til innbyggernes behov"*

	2005	2008	Endring 2005-2008
< 2 000	16	32	16
2 001-5 000	9	26	17
5 001-10 000	15	30	15
10 001-30 000	18	20	2
> 30 000	7	9	2
Total	13	25	12
(N=)	(34)	(45)	

Vurderingen av utviklingen i tjenestetilbudet

I kapittel 4 så vi hvordan utviklingen i tjenestene til alle grupper i befolkningen ble vurdert bedre i 2008 enn i 2002 og 2005. Særlig så tjenestene for barn og unge å ha bedret seg i perioden, selv om tjenestene til denne gruppen fremdeles ligger et godt stykke bak tjenestene til voksne. I 2002 var det spesielt de mellomstore kommunene som mente at tjenestene var blitt vesentlig bedre med Opptrappingsplanen (Myrvold 2004:101), mens undersøkelsen fra 2005 viste en klar bedring i småkommunenes vurdering av tjenestetilbudet både til voksne og barn/unge (Myrvold 2006:140).

Undersøkelsen fra 2008 viser en betydelig mer positiv vurdering av utviklingen av tjenestene for alle grupper psykisk syke i alle typer kommuner (Tabell 6.31). De mellomstore og nest største kommunene er mest tilfreds med utviklingen i tjenestene for voksne med alvorlige lidelser: over åtte av ti kommuner mener tilbudet er blitt vesentlig bedre. Den klareste økningen i tilfredshet finner vi imidlertid for de minste og nest minste kommunene. Nesten tre av fire små kommuner mener nå at kommunen har et "vesentlig bedre tilbud". De største kommunene er minst fornøyd med utviklingen – her mener bare drøyt seks av ti at tilbudet er blitt vesentlig bedre. De største kommunene har også minst økning i andelen som mener tilbudet er vesentlig bedret.

De største kommunene er også minst tilfreds med bedringen av tilbudet til voksne med lette og moderate lidelser. De mellomstore og mindre kommunene er mest tilfreds.

Alle grupper kommuner mener at det har vært en betydelig bedring i tilbudene til barn og unge med psykiske lidelser og vansker. De mellomstore og nest største kommunene mener bedringen av tilbudet til barn og unge med alvorlige lidelser har vært størst, mens de største kommunene er mest tilfreds med bedringen for barn og unge med lette og moderate lidelser. Her har det også vært en stor økning for alle kategorier kommuner.

De minste kommunene er klart mest fornøyd med bedringen i eget forebyggende arbeid innenfor psykisk helse. De fleste kommunene ser ut til å mene at det forebyggende arbeidet ikke har hatt en like positiv utvikling som de andre tjenestene innenfor psykisk helsearbeid.

Tabell 6.31 *Utviklingen i tjenestene for ulike grupper. Prosent som svarer "vesentlig bedre tilbud". 2008. Tall fra 2002 i (kursiv)*

	Antall innbyggere i kommunen					Total	(N)
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000		
Tj. for voksne m alvorlige lidelser	72 (47)	73 (47)	85 (77)	81 (55)	62 (57)	76 (55)	(137)
Tj. for voksne m lette/moderate lidelser	63 (33)	62 (40)	70 (58)	51 (42)	39 (14)	59 (41)	(107)
Tj. for barn/unge m alvorlige lidelser	28 (4)	32 (15)	47 (18)	46 (14)	33 (7)	37 (12)	(67)
Tj. for barn/unge m lette/moderate lidelser	42 (8)	39 (18)	41 (13)	40 (11)	50 (14)	41 (14)	(73)
Forebyggende tj.	44 (10)	23 (9)	6 (13)	12 (9)	8 (0)	21 (10)	(38)

Hindringer for implementering av Opptrappingsplanen

Undersøkelsen fra 2002 viste at de minste kommunene i større grad enn andre oppga at de hadde problemer med å rekruttere fagfolk (Myrvold 2004:108-109). De største kommunene mente at samarbeidsproblemer i forhold til andrelinjen var en viktig hindring for arbeidet med Opptrappingsplanen i kommunen.

I 2005 var forskjellene mellom kommunene når det gjelder rekrutteringsproblemer sterkt redusert. Den generelle økonomiske situasjonen og samarbeidsproblemer med andrelinjen ble oppgitt

som viktige hindringer i arbeidet med Opptrappingsplanen for alle typer kommuner både i 2002 og 2005.

Undersøkelsen fra 2008 viser at de minste kommunene opplever problemer med å rekruttere fagfolk og problemer med for få ansatte som jobber med psykisk helse som en større hindring enn andre kommuner (Tabell 6.32). For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse oppleves også som et større problem i små kommuner.

Kommunens generelle økonomiske situasjon oppleves som en viktig hindring for ganske mange kommuner, selv om andelene som oppgir dette er redusert fra 2005 til 2008. Bortsett fra de minste kommunene, som ser økonomi som den aller viktigste hindringen, er det nå ganske små forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse mht. opplevelsen av kommunens økonomiske situasjon som en hindring i det psykiske helsearbeidet.

De største kommunene ser ut til å ha større problemer med å finne en god organisering av arbeidet, mens det er minimale forskjeller mellom kommunene mht opplevelsen av lokal politisk prioritering av psykisk helsearbeid.

Vi har også gjennomført en multivariat analyse av kommunenes vurdering av hindringer alle de tre årene (se Tabell V.21 i Vedlegg 4). Det er få signifikante sammenhenger mellom kommune-størrelse og opplevelsen av hindringer. Den eneste systematiske sammenhengen gjelder for synes på om øremerking hindrer fleksibilitet. Små kommuner med små økonomier synes i større grad enn større kommuner at manglende fleksibilitet er et problem i det psykiske helsearbeidet.

Tabell 6.32 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune, etter kommunestørrelse. Prosent som svarer "svært viktig". 2008.*

	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000	Totalt (N)
Problemer med å rekruttere fagfolk	23	18	12	10	8	15 (28)
Kommunens generelle økonomiske situasjon	41	21	25	32	23	29 (52)
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	16	11	9	12	8	12 (21)
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	21	13	24	15	15	17 (31)
Øremerking av midler hindrer fleksibilitet	5	2	9	5	8	5 (9)
For få ansatte som jobber med psykisk helse	23	18	19	15	0	17 (31)
For få ansatte som jobber med psykisk helse på systemnivå	23	24	24	12	23	21 (38)
Manglende lokal politisk prioritering	23	18	18	15	15	18(33)
Organiseringen av arbeider med psykisk helse	18	20	15	24	39	21 (38)
Dårlig sammenheng mål - midler i psykisk helsearbeid	18	18	12	13	23	16 (29)
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i pol ledelse	39	32	27	17	23	29 (52)

6.5.1 Oppsummering: Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen

Små og mellomstore kommuner er mest fornøyd med egen innsats innenfor psykisk helsearbeid. Nesten ingen av de største kommunene synes innsatsen er svært god.

I 2008 mener alle typer kommuner at det har vært en betydelig bedring i tilbudet til innbyggere med psykiske problemer og lidelser, både voksne og barn/unge. Den klareste økningen i tilfredshet med tilbudet finner vi for de små kommunene.

De minste kommunene opplever enkelte problemer knyttet til implementeringen av Opptrappingsplanen som større hindringer enn mellomstore og store kommuner. Dette gjelder problemer

med å rekruttere fagfolk, problemer med at kommunen har for få ansatte som arbeider med psykisk helse og for liten kunnskap om dette arbeidet i politisk ledelse. Også kommunens generelle økonomiske situasjon fremstår som en større hindring i de minste kommunene. De største kommunene, derimot, synes organiseringen av det psykiske helsearbeidet representerer en betydelig utfordring.

6.6 Oppsummering kapittel 6

I dette kapitlet har vi sett nærmere på sammenhengen mellom kommunistørrelse og kommunenes psykiske helsearbeid:

- Er det forskjeller mellom små og store kommuner i organiseringen av det psykiske helsearbeidet?
- Skiller småkommunene seg ut mht samordning og samarbeid, og i bredden av involvering i det psykiske helsearbeidet? Vurderes fagmiljøet annerledes i de små kommunene?
- Er små kommuner mer tilbøyelige til å samarbeid med instanser utenfor kommunen – bl.a. andre kommuner, andrelinjen og brukerorganisasjonene?
- Er det forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse mht hvordan de vurderer arbeidet med Opptrappingsplanen og utviklingen i tjenestetilbudet til innbyggerne?

Vi oppsummerer her kort resultatet av analysene.

Er det forskjeller mellom små og store kommuner i organiseringen av det psykiske helsearbeidet?

Det er fremdeles en tendens til at større kommuner i større grad enn mindre kommuner har egen enhet for psykisk helsearbeid. Ellers er det nå relativt små forskjeller i organisering mellom kommuner av ulik størrelse. Det samme gjelder i noen grad også tendensen til omorganiseringer i det psykiske helsearbeidet. Mens store kommuner tidligere oftere omorganiserte arbeidet sitt, har det nå skjedd en utjevning mellom store og små kommuner på dette området.

Skiller småkommunene seg ut mht samordning og samarbeid, og i bredden av involvering i det psykiske helsearbeidet?

Små kommuner har gjennomgående etablert færre tiltak for samordning enn større kommuner, men denne tendensen er noe svekket de siste tre årene.

Mens det i 2002 var store forskjeller mellom kommunene i bruk av individuelle planer, svarer nå alle typer kommuner at de benytter slike planer for noen eller alle innbyggere med behov for individuell plan. Mindre kommuner opplever gjennomgående flere problemer knyttet til arbeidet med individuelle planer. Bare når det gjelder problemer med å få involvert alle aktuelle tjenester, skårer større kommuner høyere enn småkommunene.

Vi finner ingen enkle sammenhenger mellom kommunestørrelse og involvering av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet. Legetjenesten oppgis å være minst involvert i de største kommunene. For kultursektoren er det omvendt: kultur fremstår som noe mer trukket inn i det psykiske helsearbeidet i større kommuner enn i små. Antall tjenester som får opplæringstiltak som ledd i kommunens implementering av Opptappingsplanen øker med økende kommunestørrelse. Flere tjenester styrkes dessuten med flere ulike typer tiltak i de store kommunene.

Samarbeidet med ulike kommunale tjenester knyttet til psykisk helsearbeid oppleves jevnt over bedre i de mindre kommunene. De største kommunene skiller seg særlig negativt ut. Det er bare samarbeidet med kultursektoren som vurderes like godt i de største kommunene som i småkommunene.

Vurderes fagmiljøet annerledes i de små kommunene?

De minste kommunene opplever i større grad enn mer folkerike kommuner enkelte problemer knyttet til fagmiljøet i egen kommune. Fagmiljøet blir ofte svært lite i småkommunene, og i en del av disse kommunene mener de at folk med kompetanse spres for mye på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen, i stedet for å samles i et sterkere faglig miljø.

Er små kommuner mer tilbøyelige til å samarbeid med instanser utenfor kommunen – bl.a. andre kommuner, andrelinjen og brukerorganisasjonene?

Samarbeid med andre kommuner

Små kommuner har noe mer tjenestesamarbeid med andre kommuner i 2008 sammenliknet med tidligere. Likevel er det fremdeles et mindretall blant småkommunene som har samarbeid med andre kommuner om ulike typer tjenester rettet mot mennesker med psykiske vansker. Det synes ikke å ha vært noen økning i det interkommunale faglige samarbeidet innenfor psykisk helsearbeid, snarere tvert i mot.

Samarbeid med andrelinjen

Tidligere hadde små kommuner i mindre grad enn større kommuner formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen. Disse forskjellene er nå sterkt redusert, selv om de større kommunenes avtaler fremdeles synes å omfatte flere forhold enn småkommunenes avtaler. De minste kommunene mener dessuten i større grad at andrelinjen sjelden rådfører seg med dem ved utskrivning av pasienter.

De tidligere undersøkelsene viste at en høyere andel av de små kommunene fikk besøk av ambulante team fra andrelinjen. Denne forskjellen mellom store og små kommuner er nå borte.

De største og de mellomstore kommunene benytter seg oftere enn mindre kommuner av tilbudet om veiledning fra andrelinjen knyttet til voksne brukere. For barn og unge er det ikke tilsvarende forskjeller mellom kommunene.

Tidligere fant vi en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og kommunens vurdering av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester:.

I 2008 er det fortsatt en tendens til at større kommuner i større grad enn mindre mener deres innbyggere har dårlig tilgang på tjenester fra andrelinjen, men forskjeller mellom små og store kommuner er mindre enn tidligere. Større kommunene har opplevd størst bedring i tilgangen på andrelinjetjenester, men det er likevel fortsatt tre ganger så mange blant de store kommunene enn

blant de minste som mener innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

I tidligere undersøkelser har vi funnet indikasjoner på at små kommuner i mindre grad klarte å nyttiggjøre seg rådgiveren for Opptrappingsplanen hos Fylkesmannen. I 2008 ser vi at det fortsatt er forskjeller mellom store og små kommuner i vurderinger av rådgiveren, men det kan synes som om rådgiverne over tid er blitt viktigere for de mindre kommunene.

Samarbeid med NAV

Mens de tidligere undersøkelsene viste at de største kommunene hadde mest kontakt med NAV Arbeid, er forskjellene betydelig mindre nå. De største har fremdeles mest kontakt på overordnet nivå, men ellers er det ingen systematiske forskjeller mellom kommunestørrelse og kontakt.

Det er heller ingen klar sammenheng mellom kommunens størrelse og kontakt med NAV Trygd, bortsett fra en tendens til at de aller største kommunene svarer at de har mindre kontakt med NAV Trygd om enkeltbrukere.

Samarbeid med brukerorganisasjonene

Det har over tid vært en klar økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene for alle typer kommuner, men det er fremdeles slik at andelen kommuner som *ikke* samarbeider med brukerorganisasjonene er størst for de mindre kommunene. De største kommunene er gjennomgående mer tilfreds med samarbeidet med brukerorganisasjonene.

Er det forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse mht hvordan de vurderer arbeidet med Opptrappingsplanen og utviklingen i tjenestetilbudet til innbyggerne?

Små og mellomstore kommuner er mest fornøyd med egen innsats innenfor psykisk helsearbeid, mens så å si ingen av de største kommunene synes kommunens innsats er svært god.

Den klareste økningen i tilfredshet med tilbudet til innbyggere med psykiske problemer og lidelser finner vi blant de små kommunene.

De minste kommunene opplever flere hindringer knyttet til implementeringen av Opptrappingsplanen enn mellomstore og

store kommuner. Hindringer som oftere oppgis av de minste kommunene er problemer med å rekruttere fagfolk, problemer med for få ansatte som arbeider med psykisk helse og for liten kunnskap om dette arbeidet i politisk ledelse. Også kommunens generelle økonomiske situasjon rapporteres som en større hindring i de minste kommunene. De største kommunene, derimot, synes organiseringen av det psykiske helsearbeidet representerer en betydelig utfordring.

DEL III

KVALITATIVE ANALYSER

7 Organisering av kommunalt psykisk helsearbeid – 6 cases

7.1 Innledning

Dette kapitlet skal handle om hvordan casekommunene har valgt å organisere sine psykiske helsetjenester. For å beskrive organisasjonen skisseres først utviklingen siden 2003/2004 i korte trekk, dernest legges vekten på å presentere situasjonen i 2008. Dette gjøres for hver av kommunene. Deretter diskuteres organisasjonsmodellen i forhold til kommunenes administrative kontekst, dvs. om kommunene er organisert med flat struktur eller har en struktur med flere nivåer. I dette avsnittet diskuteres også spørsmålet om organisatorisk differensiering innenfor kommunenes psykiske helsearbeid. For det tredje diskuteres betydningen av å ha egen ledelse for både det psykiske helsearbeidet som helhet, men også for avdelinger innenfor det psykiske helsearbeidet. Det dreier seg da om omsorgsboliger, hjemmetjenester og dagsentra. Til sist diskuteres samarbeidsrelasjonene som enhet for psykisk helsearbeid inngår i både horisontalt og vertikalt. Kapitlet avsluttes med en drøfting av kommunal psykisk helsetjenestes mulighet til å gi helhetlige tjenester til brukere med sammensatte behov. Presentasjoner og drøfting innledes med et overblikk over valgte organisasjonsløsninger.

7.2 Overblikk over valgte organisasjonsløsninger

I presentasjonen av de valgte case-kommunene i kapittel 2 ble det påpekt at både den politiske og administrative kommunale

organisasjonen varierer mellom kommunene. Både den politiske, og – kanskje særlig – den administrative organiseringen som kommunene har valgt inngår som viktige elementer av den kommunale konteksten for iverksettingen av et stort statlig program som Opptrappingsplanen. Da Opptrappingsplanen ble utarbeidet på slutten av 1990-tallet var en del kommuner allerede i gang med å bygge ut tjenester for psykisk helsearbeid. Dette ble den gangen gjort innenfor rammene av kommunenes pleie- og omsorgssektorer, og statlige myndigheter så for seg at psykisk helsearbeid i framtiden skulle være en integrert del av det kommunale tjenesteområdet pleie og omsorg. Uttrykket som ble brukt var at det ikke skulle etableres noe ”særtjeneste” for mennesker med psykiske problemer og lidelser (St. meld. nr. 25 1996-97). I 2002, da vi utformet vår første survey om psykisk helsearbeid til alle norske kommuner, hadde vi kunnskap om at den kommunale organisasjonen var svært mangfoldig, og at modellen for organisering av pleie- og omsorgstjenestene var i endring i mange kommuner (Vabo og Stigen 2001). Som vist i kapittel 4 (se også spørreskjemaet i Vedlegg 1) ba vi derfor kommunene angi hvilken av følgende fire hovedmodeller for organisering av det psykiske helsearbeidet som lå nærmest egen modell:

1. Arbeidet med psykisk helse er plassert i en egen enhet, på lik linje med pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og legetjenesten. Enheten har egen leder, eget budsjett og egen personalgruppe, som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid. **Enhetsmodellen**
2. Kommunen har etablert egen ”psykiatritjeneste”, med spesialisert personell som bare arbeider med psykisk helsearbeid. I tillegg legges det vekt på å styrke de etablerte tjenestenes arbeid med psykisk helse ved kompetanseoppbygging blant ansatte i de ordinære tjenestene. **Tjenestemodellen**
3. Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helse i stab hos rådmann eller hos helse- og sosialsjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. De etablerte tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. **Stabsmodellen**
4. Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske problemer benytter. Ansatte i de etablerte tjenestene har eller

bygger opp kompetanse i psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. **Integrert modell**

Tabell 4.1 i kapittel 4) viser fordelingen av kommuner på disse modellene over tid. I 2008 har en av tre kommuner en egen enhet for psykisk helsearbeid. Seks av ti har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet i en egen tjeneste innenfor en enhet med et videre arbeidsområde, mens svært få har integrert tjenestene rettet mot psykisk syke i det ordinære tjenesteapparatet i kommunen.

Utviklingen i casekommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet kan framstilles som i tabellen nedenfor (Tabell 7.1).

Tabell 7.1 *Casekommunenes organisering av psykisk helsearbeid for voksne 2003/2004, 2005/2006 og 2008*

År	Organisering av tjenesten		
	2003/ 2004	2005/ 2006	2008
Kommuner			
A (28 000)	Egen tjeneste	Egen enhet	Egen enhet
B (24 000)	Egen tjeneste	Egen tjeneste	Egen tjeneste
C (23 000)	Egen enhet	Egen enhet	Egen enhet
D (16 000)	Integrert tjeneste	Egen tjeneste	Egen tjeneste
E (2900)	I stab hos rådmannen	Integrert i bofellesskap	Integrert i bofellesskap
F (2400)	Integrert tjeneste	Egen tjeneste	Egen tjeneste

(Kilde: intervjuer i kommunene, 2003/2004, 2005/2006 og 2008)

Også casekommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet har endret seg over tid. To av seks casekommuner har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet i en egen enhet. Tre av casekommunene som har en egen tjeneste for psykisk helsearbeid innenfor en enhet med videre ansvarsområde. Det er i 2008 ingen av kommunene i casestudien som har ansvaret plassert i stab hos rådmannen, mens én av casekommunene har valgt integrert tjeneste. Det understrekes at observasjonene som gjøres i casestudien ikke kan generaliseres, men kun vise til trender innenfor det psykiske helsearbeidet i norske kommuner.

7.3 Overblikk over organisering i casekommunene

I dette avsnittet presenteres casekommunene nærmere med henblikk på hvilken modell de har valgt for sitt psykiske helsearbeid. Presentasjonen følger utviklingen gjennom de tre milepælene i evalueringen av Opptrappingsplanen; 2003/2004, 2005/2006 og 2008. Vi kommer kort inn på hvilke kommunale enheter psykisk helsearbeid inngår i horisontale samarbeidsrelasjoner med, og nevner også kort kommunenes oppfatninger av vertikale samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsrelasjonene til andre tjenester blir drøftet nærmere senere i kapitlet.

7.3.1 Enhetsmodellen: Egen enhet for psykisk helsearbeid

Kommunene A og C har organisert sitt psykiske helsearbeid som egen enhet. Kommune C hadde organisert seg på denne måten også i 2003/2004, og presentasjonen starter derfor med denne kommunen.

Kommune C

Det psykiske helsearbeidet i denne kommunen ble reorganisert i 2002, like før evalueringen startet. Endringen innebar at ressursene til psykisk helsearbeid ble samlet i en enhet. De hadde tidligere vært integrert i hjemmetjenesten og fordelt på de ulike hjemmetjenestedistriktene. Enheten fikk også ansvaret for dagsenteret og en boenhet. I 2003/2004 var altså enheten for psykisk helsearbeid forholdsvis ny, den var lokalisert i utkanten av kommunesenteret, og leder og medarbeidere følte seg ikke helt integrert som del av de kommunale tjenestene. På tidspunktet for vår første runde med intervjuer i kommunen, ønsket enheten kontakt med helsesøster, uten at dette var mulig å få til. Kontakten ble ønsket opprettet fordi enhet for psykisk helsearbeid skulle yte tjenester også til barn og unge. Heller ikke den delen av helsesøstertjenesten som var rettet inn mot flyktninger og innvandrere var det mulig å få etablert kontakt med. Enheten for psykisk helsearbeid hadde varierende kontakt med fastleger. Kontakten med fastlegene ble karakterisert som avhengig av hvor interessert fastlegene ble

oppfattet å være i å arbeide med psykiatrilaterte spørsmål, og mange leger ble opplevd å være lite eller middels interessert. Enheten for psykisk helsearbeid hadde ikke kontakt med hjemmetjenesten. Kontakten med DPS og sykehus ble oppfattet som rimelig bra, det samme ble kontakten med sosialkontor, trygde- og a-etat. Ansvarsgrupper var en innarbeidet samarbeidsform, mens individuelle planer var enheten i startgropen med (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2005/2006 hadde enhet for psykisk helsearbeid reorganisert seg internt. Den direkte årsaken til det var at det var etablert et nytt bofellesskap, og det var behov for å ha en ledelsesfunksjon knyttet opp mot dette. Enheten bestod da av en hjemmetjeneste med koordinator, 13 leiligheter for psykisk syke og et dagsenter med felles koordinator samt et bofellesskap med seks leiligheter og egen koordinator. Enheten hadde også fått ansvaret for personer med rusrelaterte lidelser. De ble plassert i avdelingen for leiligheter og dagsenter. Oppfatningen i enheten var at de i større grad var integrert i de kommunale tjenestene enn de hadde vært i 2003/2004 med hensyn på den administrative situasjonen. Integreringen av personer med rusrelaterte lidelser ble imidlertid brukt som et eksempel på at enheten ikke oppfattet at den var integrert angående muligheten til å gjøre sine egne vurderinger av fag og organisasjon, og at den måtte forholde seg til beslutninger enheten var uenig i. Tjenester til barn og unge ble fortsatt fordelt via helsesøstertjenesten, og det var lite kontakt mellom enhet for psykisk helsearbeid og helsesøstre. Det var fortsatt varierende kontakt med fastlegene, og kontakten med hjemmetjenesten ble oppfattet som dårlig. Kontakt med sosialkontor, trygde- og a-etat ble trukket fram som det gode eksempelet på hvordan kontakt horisontalt på kommunalt nivå kan utformes, og medarbeidere i tjenesten for psykisk helsearbeid uttrykte tilfredshet med denne kontakten. Ansvarsgrupper ble fortsatt benyttet i kommunen, og individuelle planer var i større grad i bruk enn i 2003/2004.

I 2008 står alle enhetene innenfor kommunens pleie- og omsorgsområde foran en ny organisasjonsendring. Tretten enheter skal bli til seks. For psykisk helsetjeneste regner informantene med at omorganiseringen vil dreie seg om en samorganisering med et psykiatriske sykehjem. Det oppgis at det fram til intervjuet har flyttet lite informasjon, men de regner med at endringen vil innebære nye lederstillinger og nye måter å organisere selve

tjenesteproduksjonen på. Medarbeidere i enhet for psykisk helse-tjeneste gir uttrykk for at dette skaper usikkerhet i en situasjon der de nettopp hadde begynt å merke de positive utslagene fra den forrige organisasjonsendringen. De positive utslagene er større grad av internt samarbeid mellom de ulike avdelingene i enheten. En annen positiv utvikling dreier seg om at avdelingene for bolig, der medarbeiderne går i turnus, kan tre støttende til for avdelingen for hjemmetjeneste på kveld og natt (1 og 2 01.10.08, 1 02.10.08).

Reorganiseringen kommer som et utslag av en gjennomgang kommunen hadde gjort av kvaliteten på sine pleie- og omsorgs-tjenester. I denne gjennomgangen ble det, av en ekstern aktør, funnet at kommunen holdt et høyere nivå, dvs. hadde bedre kvalitet, på tjenestene sine enn sammenlignbare kommuner. Det ble anbefalt at tjenestene ble skalert ned. På tidspunktet for våre intervjuer var det vedtatt på kommunalt nivå at nedskalering skulle gjennomføres. Beslutningen skapte en utbredt oppfatning om at enheten nå var integrert i de kommunale tjenestene, og det eksisterer en utbredt bekymring for at kommende reorganisering og nedskalering av tjenester ville ramme enheten for psykisk helsearbeid på samme måte som andre enheter (1,2 og 3 01.10.08).

Samarbeidet med pleie og omsorgs hjemmetjeneste oppgis å være bedre i 2008 enn i 2003/2004 og i 2005/2006, men fortsatt oppleves samarbeidet som vanskelig. Det er innledet noe samarbeid om enkeltbrukere, og det karakteriseres som å ha "felles pasienter med alle distriktene". Dette ble oppfattet i enhet for psykisk helsearbeid som å være et resultat av avgang i pleie og omsorgs hjemmetjeneste. Det er ikke mulig å flytte brukere mellom enheter. Har brukerne på et tidspunkt fått tjenester fra enhet for psykisk helsearbeid, kan det se ut til at brukere ikke kan registreres som brukere i pleie og omsorg sin hjemmetjeneste. Dette skjer selv om den psykiske lidelsen reduseres og de somatiske problemer over tid blir mest framtrødende (3 01.10.08, 2 02.10.08).

Enhet for psykisk helsearbeid har utvidet sin virksomhet siden 2005/2006. Det er etablert tre hele stillinger for barn og unge, besatt med sykepleier, sosionom og miljøarbeider. I 2008 er det i større grad enn det var i 2005/2006 akseptert at enheten skal arbeide med brukere med rusrelaterte lidelser, og flere har tatt videre- og etterutdanning med sikte på det. Planer er lagt for

rehabiliteringsboliger med plass til 12 beboere i nærheten av psykisk helse-bokollektivet. Medarbeiderne i psykisk helse-bokollektivet skal ha oppgaven med å betjene rehabiliteringsboligen. Byggingen av rehabiliteringsboligen er ennå ikke påbegynt, men løsningen blir allerede kritisert fordi det ser ut til å bli avsatt for lite personellressurser. Oppfatningen er at det kan bli problemer med faktisk å kalle det en rehabiliteringsbolig fordi beboere med rusrelaterte lidelser vil trenge mye mer oppfølging enn det tre medarbeidere vil kunne gi. Den valgte løsningen blir altså ikke positivt oppfattet:

Rus/psykiatri kommer til oss, og da må vi ruste opp.
Det byr på problemer for oss. De plasserer de dårlige med de dårlige; to sårbare grupper plasseres sammen.
Det er ikke bra (2 01.10.08).

Medarbeiderne i psykisk helsetjeneste kritiserer videre kommunens ledelse for ikke å sette en egen oppfølgingstjeneste for mennesker med rusrelaterte lidelser på agendaen (1 og 3 01.10.08, 1 02.10.08). Det er fortsatt samarbeid med sosialkontor, det samarbeides med NAV og med spesialisthelsetjenesten.

Kommune A

Dette er ikke en selvstendig kommune, men en bydel i en av de store kommunene i Norge. For enkelthets skyld kaller vi det likevel kommune, og den er den største kommunen i materialet til denne evalueringen. Da evalueringen startet opp i 2002 hadde kommunen hatt psykisk helsetjeneste siden 1998. Den ble etablert innenfor rammen av pleie og omsorg. I 2003/2004, da de første intervjuene ble gjennomført, hadde tjenesten altså en forholdsvis lang historie med kontinuitet. Den hadde seks medarbeidere og egen ledelse, og var samlokalisert med et hjemmetjenestedistrikt.

Samarbeidet med hjemmetjenestene var kommet i gjenge etter en periode med domenekonflikter. Samarbeid innebar at psykisk helsetjeneste ytte en form for spesialisttjeneste. Det ble i all hovedsak gjort til brukere som ble henvist fra spesialisthelsetjenesten, men også til brukere som hjemmetjenesten mente hadde behov for det. Hjemmetjenesten tok ansvaret for akutte problemer som kunne oppstå kvelder og helger. Psykisk helsetjeneste var begynt å gi veiledning til enkelte distrikter i hjemmetjenesten angående brukere som hadde en psykiatrisk diagnose. Barn og

unge var inkludert i avdelingen. Samarbeidet med sosialkontoret ble oppfattet som å være bra, mens samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ble karakterisert som vanskelig (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2005/2006 hadde enheten flyttet til egne lokaler ikke langt unna. Kommunen hadde gjennomført organisasjonsendring fra sektormodell til flat struktur, og tjenesten for psykisk helsearbeid var blitt enheten for psykisk helsearbeid. Den hadde fått ny leder med delegert ansvar innenfor økonomi, personal og fag, og flere medarbeidere med mer variert yrkesbakgrunn. Horisontalt, på kommunalt nivå reiste organisasjonsendringen flere problemstillinger. For det første var det etablert en forvaltningsenhet som vurderte brukere og fattet beslutning om hvilke enheter i kommunen som skulle ha ansvaret for dem; enhet for psykiske helsetjenester eller hjemmetjenesten. For det andre ble det stilt spørsmål om hvordan tjenester til barn og unge skulle ytes, og det var ansatt en medarbeider som hadde det som sitt ansvarsområde. For det tredje hadde flyttingen revitalisert eksisterende domenekonflikter, også med hjemmetjenesten. Dette skapte konflikter med forvaltningsenheten som ikke hadde psykiatrisk kompetanse. Enheten opplevde at brukere som tidligere ville vært et ansvar for hjemmetjenesten eller for omsorgen for psykisk utviklingshemmede kom til dem. Grensene til andre samarbeidende enheter ble også mer uklare enn de hadde vært, og enheten fikk blant annet ansvaret for støttekontakter for sine brukere, et ansvar som ble overført fra sosialkontoret. Som vi skal komme tilbake til senere, endret denne situasjonen seg lite fram til 2008.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten var i 2005/2006 regulert av en avtale som kommunen selv hadde tatt initiativet til å få på plass. På tidspunktet var denne forholdsvis ny og medarbeiderne i psykisk helsetjeneste oppfattet i stor grad at spesialisthelsetjenesten respekterte den. Likevel kunne det fortsatt komme meldinger om utskriving av pasienter til kommunen så kort tid i forveien som én dag, og det hendte at pasienter ble skrevet ut fredag ettermiddag uten at enheten hadde fått melding om det. Informasjonsbehovet i psykisk helsetjeneste ble altså fortsatt ikke tatt fullt hensyn til. Samarbeidet om barn og unge ble forsøkt regulert med en tilsvarende avtale. Med avtalen ønsket kommunen også å regulere strømmen av brukere til og fra BUP. Avtalen ble ikke oppfattet

som vellykket fordi BUP i liten grad samarbeidet (Helgesen 2006, 2006 b). Dette samarbeidsforholdet har endret seg noe de senere årene.

I 2008 har enheten for psykisk helsearbeid igjen fått ny leder. Vedkommende ble ansatt siste halvdel av 2007 etter at enheten hadde drevet uten leder en periode. Enheten består av tre bokollektiv, et dagsenter og en hjemmetjeneste. Hjemmetjenesten kalles avdeling for psykiatritjenester og har egen leder, også forholdsvis nyansatt. I tillegg er det opprettet en stilling som koordinator for barn og unge. Koordinatoren skal, som benevnelsen tilsier, koordinere samarbeidende tjenester rettet mot barn og unge. Det er også opprettet og ansatt medarbeidere i 1,5 stilling for rus/psykiatri (1 og 2 05.05.08).

Det er fortsatt problemer knyttet til samarbeid med andre enheter horisontalt i kommunen. Problemene dreier seg om at grensene mellom ulike tjenester skal gå opp på nytt, og at avdelingen for psykiatritjenester får brukere tildelt fra forvaltningsavdelingen som den mener egentlig burde vært kanalisert til andre enheter. Det dreier seg nå om både hjemmetjenesten, barnevernet og tjenester for psykisk utviklingshemmede. Forvaltningsenheten har fått tilført psykiatrisk kompetanse, uten at medarbeidere og ledere i psykisk helsetjeneste oppfatter at det ble nedfelt i prosedyrer og rutiner for å kanalisere brukere til utøvende tjenester. Tilsvarende opplevelser har ledelsen og medarbeiderne i det psykiske helsearbeidet med samarbeidsrelasjonene til omsorgen for psykisk utviklingshemmede (2 05.05.08, 1 og 2 06.05.08).

Fordi det er uavklarte grenser til andre enheter og fordi forvaltningsenheten er suveren i sin beslutningsmyndighet, blir organisasjonen oppfattet som uklar i innhold. Forvaltningsenheten fatter f.eks. beslutning om at tjenester skulle ytes som ”støttesamtaler”, men hva disse samtalene skal fylles med er opp til medarbeiderne i avdeling for psykiatritjenester å bestemme selv. Medarbeiderne oppfatter at det er liten vilje fra forvaltningsenhetens side til å definere innholdet i vedtakene nærmere. Samtidig blir avdelingen pålagt å yte tjenester til brukere som ikke får vedtak. Hvis det dreier seg om 2-3 støttesamtaler, etter henvendelser fra spesialisthelsetjenesten, skal dette ikke registreres i saksbehandlings-systemet. Lederen av avdelingen for psykiatritjenester oppfattet at dette skapte en upredikerbar situasjon i forhold til tjenestens

ressursbruk, og at alle tjenester som ytes og ressurser som brukes bør lagres et sted (2 05.05.08, 1 og 2 06.05.08).

7.3.2 Tjenestemodellen: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid

Kommunene B, D og E har organisert seg som egen tjeneste for psykisk helsearbeid, det vil si tjeneste innenfor en større enhet. I alle tre kommunene dreier det seg om enhet for pleie og omsorg. Framstillingen begynner med kommune B.

Kommune B

I 2003/2004 hadde kommune B organisert seg som egen tjeneste innenfor en større enhet, enheten for pleie- og omsorgstjenester. Pleie og omsorg utgjorde en resultat enhet, tjenesten for psykisk helse ble kalt psykiatriseksjonen. Den bestod av to boenheter, et ambulerende team som i hovedsak ytte hjemmetjenester og et dagsenter. Dagsenteret og boligene hadde egne koordinatorene. Ressursene var bygget ut under Opptrappingsplanen, selv om kommunen tilbød psykiske helsetjenester også før den kom i gang. Seksjonens leder var psykiatrisk sykepleier, men den øvrige kompetansen var variert med både sykepleiere, sosionomer, vernepleiere og andre.

Seksjonen samarbeidet med kulturavdelingen, sosialkontoret, koordineringsenheten, hjemmetjenesten og forvaltningsenheten horisontalt på kommunalt nivå. Med helsestasjonen var det ikke samarbeid. Kulturavdelingen fikk midler fra psykiatriseksjonen for å bygge ut og drive fritidstiltak for barn og unge, og det var utstrakt samarbeid mellom dagsenteret og kulturavdelingen om kursvirksomhet og kulturarrangementer. Psykisk helsetjeneste forholdt seg til hjemmetjenestens distrikter, og samarbeidet om brukere var organisert ved at tjenestene avlastet hverandre. Sosialkontoret var koblet inn ved at det hadde interimskontoer for brukere og hjalp til med å holde orden i deres økonomi. Koordineringsenheten hadde ansvaret for å sette sammen og drifte ansvarsgrupper som var et godt innarbeidet arbeidsredskap i kommunen. Koordineringsenheten hadde også ansvaret for individuelle planer, men det var ikke kommet i gang på tidspunktet. Samarbeidet med forvaltningsenheten, som kommunen hadde hatt noen år, ble vurdert som bra. Forvaltningsenheten

hadde god kompetanse på psykiatri, og det ble oppfattet som at den fattet gode beslutninger for psykiatriseksjonen. Forvaltningsenheten kunne også fatte beslutninger om at enheter burde samarbeide om å yte tjenester til brukere. Det var kontakt med fastleger og kontakt med spesialisthelsetjenesten, det vil si DPS. Kontakten ble vurdert som god, men det ble ytret ønske om flere sengeplasser ved DPS (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2005/2006 hadde seksjonen skiftet navn og var blitt seksjon for psykisk helsetjeneste. Seksjonen var utviklet med flere stillinger og målgrupper det skulle ytes tjenester til. Seksjonen hadde lenge klart seg uten leder, men på intervjuetidspunktet var det ansatt en vernepleier i lederstillingen. Tjenester til mennesker med rusrelaterte lidelser ble nå gitt fra det ambulante teamet og to konsulenter, sosionomer med videreutdanning i rus, var nylig flyttet over fra sosialkontoret da intervjuene ble gjort. Dette ble gjort i forbindelse med at kommunen etablerte NAV-kontor. Dagsenteret tok dermed også i mot mennesker med rusrelaterte tilleggs lidelser. Samarbeidet med kulturtjenesten gikk fortsatt bra, og ble drevet på samme måte som i 2003/2004, parallelt med at seksjonen var i ferd med å utvikle tjenestene sine for unge og relasjonen med dagsenteret. Også samarbeidet med hjemmetjenesten, fastlegene, koordineringstjenesten og forvaltningsenheten ble opplevd å fungere bra, på samme måte som ved forrige intervjurunde. Koordineringstjenesten hadde ikke kommet lengre med hensyn på å integrere individuelle planer i sitt arbeid og kommunen karakteriserte seg selv som å ligge etter på dette området. Vertikalt samarbeid med DPS ble forsterket med en avtale, og det ble fortsatt vurdert som rimelig bra av både leder og medarbeidere (Helgesen 2006).

I 2008 er organisasjonstilknytningen til psykisk helsetjeneste i kommune B fortsatt en seksjon i pleie og omsorg. Seksjonen består nå av tre rehabiliteringsboliger – den siste boligen er forholdsvis ny og er for mennesker med rusrelaterte tilleggs lidelser – dagsenteret og det ambulante teamet, som nå har fått navnet psykisk helseteam. Det er en fjerde rehabiliteringsbolig under oppføring, og det er etablert et lavterskel kontaktsenter for rusmisbrukere i samarbeid med frivillige. Dagsenteret og boligene har fortsatt egne koordinatører, samt at psykisk helseteam nylig har fått koordinatør (1 28.03.08, 31.03.08).

Fram til 2008 hadde psykisk helsetjeneste i denne kommunen vært utsatt for færre organisasjonsendringer enn de to andre store kommunene. I 2008 har det endret seg. En viktig organisasjonsendring er nylig gjennomført. Distriktene i resultatenheter for pleie og omsorg er opphevet, og tre lederstillinger er blitt til én. Psykisk helsetjeneste fikk dermed endret sin tilknytning. Fra å ha vært tilknyttet en distriktsleder er den nå direkte underlagt pleie- og omsorgssjefen. Stillingen er lagt til rådmannsnivået. Organisasjonsendringene har konsekvenser også for forvaltningsenheten. Utredning, vurdering og vedtak, som er forvaltningsenhetens oppgaver, samt skillet til utøvende enheter, har vært under utredning av ekstern aktør og forvaltningsenheten forventer endringer. Blant annet er forvaltningsenheten blitt kritisert for å være for raus i vedtakene og for positivt innstilt til brukermedvirkning (1 28.03.08, 31.03.08).

En ekstern aktør har også vurdert funksjonsmåten til koordineringsenheten, og kommunen er blitt anbefalt å endre også denne. Det ble ikke anbefalt å legge ned noen av enhetene, men omstrukturere og legge om arbeidet. Relasjonene mellom seksjon for psykisk helse og enhetene for forvaltning og koordinering er derfor under revisjon. Kommunen er fortsatt en etterløper når det gjelder individuell plan, men det er lagt en strategi for å innarbeide slike planer i de daglige rutinene (1 28.03.08, 31.03.08).

I 2008 karakteriseres samarbeidet med pleie og omsorg som å settes i verk ved behov. Enhetene yter likevel ikke tjenester til de samme brukerne, for eksempel ved at hjemmetjenesten står for medisinalutdeling og yter generelle hjemmetjenester til de av psykisk helsetjenestes brukere som har behov for det. Seksjonens tilknytning til pleie og omsorg blir oppfattet som et problem. Den nye lederen mener det er for stor konkurranse om oppmerksomheten i pleie og omsorg, blant nesten 1000 medarbeidere totalt drukner seksjon for psykisk helse med sine omlag 50 medarbeidere på 30 årsverk. Oppfatningen er at behovene seksjon for psykisk helse har for nye stillinger, videreutdanning, kurs og generell oppdatering, samt behovene for støtte i kommunikasjonen med eksterne aktører som NAV og leger, blir neglisjert. Seksjonen har derfor begynt å arbeide for endret tilknytning, fortrinnsvis til kommunens helseavdeling. Dette blir begrunnet i at det nå er satt i gang samarbeid med barnevern og helsestasjonen, samt at det blir vurdert å etablere et familiesenter i samarbeid med helseavdelingen.

Seksjonens leder er en integrert del av ledergruppen i pleie og omsorg, men er etter eget ønske lokalisert i helseavdelingen. Medarbeiderne oppfatter dette som en positiv situasjon (1, 2 og 3 28.03.08, 31.03.08).

Boligene har sitt eget personale som både har ansvar for medisiner og for å yte hjemmetjenester. Ingen av boligene driver døgnkontinuerlig, og i to av boligene er det personalbaser. Samarbeidet med legene omtales ikke lenger i samme positive ordelag som i tidligere runder, og samarbeidet blir oppfattet som å variere sterkt avhengig av den enkelte lege. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, DPS og sykehus pågår som tidligere (1,2 og 3 28.03.08).

Kommune D

I 2003/2004 hadde tjenesten for psykisk helsearbeid i denne kommunen nylig vært gjennom en organisasjonsendring. Strukturen i organisasjonen skulle gjøres flatere og 9 enheter ble redusert til tre. Psykisk helsetjeneste ble organisert sammen med tjenestene for barn og unge og sosialtjenesten. Psykisk helsetjeneste bestod av et ambulerende team, et dagsenter og en bolig som på tidspunktet var nesten ferdig. Det vil si at brukere var nylig bedt om å søke om bolig. Dagsenteret var ikke et lavterskeltilbud som i andre kommuner, brukere måtte søke om plass.

I organisasjonsendringen var lederen for psykisk helsetjeneste en av mellomlederne som måtte gå. Endringer var også bebudet angående tjenestens innhold og det som ble oppfattet som et velfungerende ambulerende team skulle gå over til kun å motta brukere til konsultasjon på kontoret. Medarbeidere mente at den faglige kvaliteten på tjenesten var betydelig forringet i organisasjonsendringen. De negative virkninger for tjenesten ble ansett å være høye og flere medarbeidere endte med å si opp.

Oppfatningen var likevel at tjenesten for psykisk helsearbeid i 2003/2004 samarbeidet godt med andre enheter på kommunalt nivå. Samarbeidet med hjemmetjenesten var organisert ved at hjemmetjenesten tok på seg ansvaret for medisiner og de generelle hjemmetjenestene brukere hadde fått vedtak om. Det var etablert samarbeid med fastlegene og det ble holdt møter med jevne mellomrom. Det var også etablert et samarbeid med helsesøster om tjenester til barn og unge. Kommunen hadde på tidspunktet etablert et servicekontor som også skulle fungere som en ”en-

inngang” til alle typer tjenester kommunen ytte. Det var etablert samarbeid med kulturenheten om kulturelle tiltak psykisk helse-tjenestes brukere kunne nyttiggjøre seg. Samarbeidet med DPS ble også vurdert som godt (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2005/2006 var situasjonen i stor grad endret. Turbulensen kommunen opplevde i tjenesten for psykisk helse ble tatt hensyn til, og tjenesten hadde igjen fått egen leder. Beslutningen om at medarbeidere kun skulle ta i mot brukere til konsultasjon på kontoret var opphevet, og det ambulerende teamet var igjen i ambulant virksomhet, det vil si at de dro hjem til brukere. Kommunen hadde opphevet en-inngangsordningen sin, delvis på grunn av lokaliseringen i et gjennomgangsløse og delvis på grunn av at det var etablert henvisningsordninger fra andre enheter. Henvisningsordningen var etablert for at tjenesten for psykisk helsearbeid skulle få kunnskap om brukerne som kom dit. Gjennom henvisningene fikk tjenesten opplysninger om brukernes sykehistorie og mer detaljerte bestillinger på hvilke tjenester de skulle yte. Det var etablert et tettere samarbeid med hjemmetjenesten, det vil si at samarbeidet var organisert med faste møter. Hjemmetjenesten hadde også ansvaret for medisiner i boligen som nå er åpnet. Det ble understreket i intervjuene at samarbeidet ikke var noe som har kommet av seg selv, man at det var nedlagt mye arbeid i å bedre samarbeidsrutinene. Samarbeidet med DPS var styrket ved at det var påbegynt forhandlinger om å få på plass en samarbeidsavtale (Helgesen 2006).

I 2008 er strukturen i tjenesten forholdsvis lik den i 2006. Det er fortsatt ambulante tjenester, det er begynt to nye medarbeidere, det er et dagsenter, og boligen er i full drift. Det er nå til sammen 19 stillinger i tjenesten. Det er etablert et eget rus/psykiatri-team, der én av de 19 ansatte arbeider og er tilknyttet ambulerende team. Kommunen har etablert et familiesenter som driver forebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Det inkluderer blant annet et ”Familiens hus” der det er åpen barnehage og aktiviteter for barn og unge. Det er også etablert et ”Alt-i-ett-hus” som rommer frivillige aktiviteter samt kommunens frivillighetssentral. Enheten arbeider mot frivillige organisasjoner for å inkludere dem i kommunens virksomhet. For eksempel er Mental Helse Ungdom en organisasjon i målgruppen for dette arbeidet (1 og 2 10.03.08, 2 14.03.08).

Kommunen har videreutviklet sitt samarbeid med pleie og omsorg noe. Det vil si at tjenesten for psykisk helsearbeid gir veiledning, og det er etablert faste samarbeidsmøter to ganger i året. Det samarbeides med legene. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten oppfattes i hovedsak som bra.

Kommune F

Kommune F⁸ hadde i 2003/2004 integrert psykisk helsetjeneste som en stilling for sykepleier med videreutdanning som psykiatrisk sykepleier og en hjelpepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid i 50 %, i pleie- og omsorgsavdelingen. Stillingene var samlokalisert med hjemmetjenestene, som kommunen kalte åpen omsorg. Pleie og omsorg var en resultatenheter. Det ble tilbudt dagsenter en dag i uken, og det var ingen særskilte omsorgsboliger for psykisk syke. Psykisk helsetjeneste samarbeidet ikke med åpen omsorg, men det var bygget ut et samarbeid med helsesøster. Tilbudet for barn og unge ble ytt via helsesøster, som samarbeidet tett med skoler, PP-tjenesten, en skolepsykolog og kommunens lege. Psykisk helsetjenestes samarbeid med lege hadde lenge vært vanskelig på grunn av problemer med å rekruttere leger til kommunen. På tidspunktet var det i ferd med å bedre seg. Den vanskelige legesituasjonen hadde også gjort det vanskelig å samarbeide med spesialisthelsetjenesten fordi dette samarbeidet langt på vei var legeavhengig (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2005/2006 hadde kommunen endret organisasjonen på sin psykiske helsetjeneste som var blitt egen avdeling innenfor rammene av det som kalles en rehabiliteringsavdeling. Hjelpepleierstillingen var omgjort til en sykepleiestilling. Det ble samarbeidet med åpen omsorg om brukere, og det var etablert et samarbeid med sosialkontoret. Brukere som hadde behov for det fikk hjelp med økonomien. Dette dreide seg i all hovedsak om brukere med dobbeltdiagnose rus og psykiatri. Det ble samarbeidet noe med NAV, men det var konsentrert om enkeltbrukere. Samarbeidet med legene hadde tatt seg opp, og ble karakterisert som godt. Med spesialisthelsetjenesten var det på tidspunktet utarbeidet en avtale, som ble oppfattet å fungere bra. Den forpliktet partene, men samtidig oppfattet kommunens representanter at informasjonen de

⁸ I tidligere notater og rapporter har denne kommunen vært benevnt kommune G.

fikk fra spesialisthelsetjenesten ved utskrivinger av brukere fremdeles var for dårlig (Helgesen 2006).

I 2008 er pleie- og omsorgstjenestenes organisasjon endret til distrikter. Endringen oppfattes ikke som å påvirke samarbeidet med den psykiske helsetjenesten, som fordeler sine tjenester som før innefor rammene av en rehabiliteringsavdeling. Imidlertid har kommunen opplevd tilsyn fra fylkeslegen som oppfattes negativt for organisasjonen. Psykisk helsetjeneste er utvidet med en miljøarbeider, vedkommende har en stilling som er delt med 60 % i psykisk helse og 40 % ved sosialkontoret. Det er også ansatt en hjemmekonsulent. Hjemmekonsulenten kan sammenlignes med de tidligere husmorvikarene. Vedkommende samarbeider med psykisk helsetjeneste og yter hjelp til det som kalles ”hjelpeløse familier”. Dette er til dels definert som enslige mødre og mødre med fraværende menn.

Medarbeidere og leder i den psykiske helsetjenesten i kommunen opplever at det er et forholdsvis høgt antall brukere med rusrelaterte lidelser som trenger hjelp. Det er særlig spørsmålet om bolig som oppfattes å være problematisk, men det fortelles også om brukere som ikke vil ta imot tjenester, eller som vil ha tjenester kun på egne premisser:

Det er ikke alltid vi får yte dem tjenester. Vi prøver å opprettholde en dialog. Vi bruker telefonen eller snakkes kort i døren. Noen ganger er de veldig ruset (28.08.08).

Kommunen oppfatter at den strekker seg langt med hensyn på å ta i bruk Husbankens boligvirkemidler for unge generelt, men også for unge med psykiske lidelser. Det er igjen vanskelig å rekruttere lege til kommunen, men samarbeidet med DPS oppfattes som å ha blitt bedre (28.08.08).

7.3.3 Integrert modell: Psykisk helsetjeneste integrert i annen tjeneste

Det er bare én av våre case-kommuner som har en integrert modell for det psykiske helsearbeidet i 2008. Dette er kommune E.⁹

Kommune E

I 2003/2004 var psykisk helsetjeneste i denne kommunen et ansvar lagt til rådmannens stab. Det var 1, 6 stillinger for sykepleiere med videreutdanning som utgjorde det psykiske helsearbeidet. Psykisk helsearbeid ble skilt ut da kommunen reorganiserte til flat struktur og det ble konkludert med at psykisk helsearbeid ikke burde være en del av pleie og omsorg. Psykisk helsearbeid samarbeidet likevel godt med hjemmesykepleien og de hadde felles brukere. Hjemmetjenestene var organisert i distrikter og de psykiatriske sykepleierne hadde organisert seg i forhold til disse distriktene. Det ble oppfattet som å være effektivt i en geografisk stor, men befolkningsmessig liten, kommune. Psykisk helsearbeid samarbeidet videre med sosialkontor, a-etat og trygd. Samarbeidet med sosialkontoret ble ikke oppfattet positivt; sosialkontoret var et sted ”alt stoppet opp”. Med de to andre instansene ble det oppfattet som bedre. Det var ikke samarbeid med leger. Kommunelegen var med i psykisk helseteam som var et samarbeid på systemnivå, men legene ble oppfattet som å ha sine brukere uavhengig av kommunens psykiske helsetjeneste.

Helsesøster hadde ansvaret for psykisk helsetjenester for barn og unge. Det var derfra samarbeidet med skoler og barnevern horisontalt på kommunalt nivå ble drevet. Helsesøster hadde også ansvaret for det vertikale samarbeidet med BUP. Det ble oppfattet å fungere rimelig bra.

Psykisk helsearbeid for voksne hadde på sin side noen dårlige erfaringer med spesialisthelsetjenesten i 2003/2004. Det ble oppfattet at spesialisthelsetjenesten skrev ut mennesker med alvorlige psykiske lidelser uten å gjennomføre utredning. Ledere i kommunen mente de var overkjørt av spesialisthelsetjenesten og

⁹ I tidligere notater og rapporter har denne kommunen vært benevnt kommune F.

opplevde den som upålitelig og som en lite god samarbeidspartner (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2005/2006 var situasjonen i kommunen til en viss grad endret. Det var fortsatt flat struktur på den kommunale organisasjonen, men det var funnet en løsning for psykisk helsearbeids tilknytning og tjenesten var kommet under samme ledelse som et bofellesskap. De to psykiatriske sykepleierne oppfattet fortsatt sin tilknytning som faglig utilfredsstillende og det ble arbeidet mot at det igjen skulle etableres en avdeling for pleie og omsorg. Samarbeidet med hjemmetjenesten ble fortsatt oppfattet som bra og gjennomført på omlag samme måte som tidligere. Samarbeidet med sosialkontoret ble opplevd som dårlig, på linje med hva det var i 2003/2004. Det hendte avtalte møter ble avlyst på kort varsel, også om det skulle komme representanter fra spesialisthelsetjenesten som hadde lang veg å reise. Det var fortsatt ikke samarbeid med legen om brukere.

I 2005/2006 var det også fortsatt helsesøster som tok ansvaret for barn og unge, og som holdt kontakten med BUP. Kontakten med ulike deler av spesialisthelsetjenesten ble vurdert forskjellig. Kontakten med sykehuset ble ansett å være noe bedre enn i 2003/2004, og medarbeidere uttrykte tilfredshet med den måten samarbeidet hadde utviklet seg. DPS ble kritisert for ikke å være tilgjengelig. Arbeidet med avtaler var satt i gang og medarbeidere i kommunen uttrykte forventninger til at avtalen skulle få på plass noen rutiner angående relasjonen til DPS (Helgesen 2006).

I 2008 er situasjonen igjen endret noe. Det er etablert to hele sykepleiestillinger for psykisk helsearbeid. Det var ikke mulig å reetablere avdelingen for pleie og omsorg, men boenheten har fått ny leder som også har tilknytning til rådmannens stab. Boenheten er utvidet med flere boliger og flere medarbeidere. Medarbeidere oppfatter denne løsningen som faglig god. Det arbeides med faglige spørsmål blant annet ved at kommunen selv arrangerer seminarer og det ytes veiledning. Det horisontale samarbeidet med hjemmetjenesten oppfattes fortsatt som å fungere godt, og det er håp om at samarbeidet med sosialkontoret vil endre seg når NAV-kontoret åpner en måned fram i tid. Med a-etat og trygdekontoret er det kontakt om enkeltbrukere. Kontakten med DPS oppfattes som dårlig, mens kontakten med sykehus oppfattes som god (1 og 2 03.10.08).

7.3.4 Oppsummering: Organisering av psykisk helsearbeid

Som det går fram av avsnittet over endrer kommunene ofte og mye i sine organisasjoner. Blant våre casekommuner har noen gjort endringer i hele kommuneorganisasjonen, mens andre har foretatt endringer bare i psykisk helsetjeneste. Noen kommuner har vært gjennom større organisasjonsendringer ved hver av evalueringens milepæler. Dette skal behandles mer inngående i neste avsnitt.

Tre kommuner har på tidspunktet for våre intervjuer etablert forvaltningsavdelinger der brukerrettede tjenester utredes, vurderes og utmåles, og der det fattes beslutninger om hvilken kommunal avdeling brukerne skal motta tjenester fra; hjemmetjenester, tjenester for psykisk utviklingshemmede eller psykisk helsetjeneste. Slike enheter blir oppfattet ulikt av medarbeiderne, noe vi skal komme tilbake til i neste avsnitt.

Selv om organisasjonene er endret mye viser avsnittet likevel at det har skjedd en positiv utvikling over tid på de fleste områder av psykisk helsetjeneste i alle casekommunene. Det er ansatt flere medarbeidere som yter tjenester til flere grupper av brukere. Det er også bygget flere boliger for psykisk syke i alle kommunene, bortsett fra i den minste kommunen. Bolig ble etter hvert sett som et viktig virkemiddel i arbeidet for å øke psykisk sykes levestandard. Det har vokst frem en erkjennelse av et behov for å kunne differensiere boliger i forhold til bemanning og tilsyn. Det vanligste er at boligene blir utstyrt med en personellbase med eller uten nattevakt. Gjennom botrening vil imidlertid noen beboere kunne bo i boliger med mindre personell. For å kunne differensiere angående antall personell i boliger trengs flere typer boliger. Fordi Husbanken har trukket seg tilbake fra den generelle boligbyggingen, og bankens virkemidler ikke oppfattes som tilstrekkelig for at mennesker på uføretrygd skal ha mulighet til å skaffe seg en bolig, opplever medarbeidere og ledere i psykisk helsetjeneste bolig som et stort ansvar kommunene bør ta.

Psykisk helsetjeneste har også utviklet seg med hensyn på tverrfaglighet. I alle kommunene er det ansatt medarbeidere med forskjellig utdanningsbakgrunn og, selv om de ikke inngår i evalueringen som informanter, har kommunene vernepleiere og ergoterapeuter. De større kommunene har også sosionomer ansatt

i tjenesten. I det metodiske designet er, så langt det lot seg gjøre, de samme medarbeiderne intervjuet i hver runde. Dette har avgrenset utvalget av utdanningsbakgrunn for informantene. Det observeres likevel at medarbeidere i stor grad er ansatt i henhold til hvilken kompetanse ulike utdanningskategorier antas å besitte. Vi finner i stor grad vernepleiere i boliger og sykepleiere i det som oppfattes å være psykisk helses hjemmetjeneste, som i noen kommuner kalles ambulante tjenester. I de kommunene det kalles ambulante tjenester finner vi også sosionomer i det daglige arbeidet med brukere. Benevnelsen miljøarbeid er i noen kommuner i bruk om den brukerrettede virksomheten uten at det observeres store forskjeller i måten tjenester ytes til brukerne.

Tjenesten ytes som det som kan kalles ambulante tjenester. I alle kommunene drar medarbeidere hjem til brukere, men brukere kan også komme til kontoret for samtaler.

7.4 Kommunal organisasjonskontekst

I dette avsnittet skal den kommunale administrative organisasjonen og dens rolle som kontekst for psykisk helse diskuteres. Psykisk helsetjeneste er en samling tiltak som iverksettes på kommunalt nivå. I den prosessen settes tiltakene inn i en kommunal kontekst; en sammenheng. Det er konteksten som har betydning når ideer skal omsettes til praksis eller når psykisk helse skal bygges ut som en integrert kommunal tjeneste. I følge Røvik (2007) består konteksten av fysisk-materielle strukturer, formelle strukturer, rutiner og prosedyrer. Den består også av mer usynlige kulturer som bæres av menneskene som er i organisasjoner, og som har identiteter, kunnskaper og som har lært gjennom erfaring. Konteksten kan også inneholde tydelige interessekonflikter og konfliktlinjer. Vi har allerede vist at deler av den kommunale organisasjonskonteksten for alle seks casekommunene er i stadig endring. I avsnittet skal vi diskutere noen av disse endringene og hvordan de har påvirket utformingen og innholdet i psykisk helsetjeneste i de seks casekommunene.

7.4.1 Flat struktur

De viktigste organisasjonsendringene vi har observert for våre casekommuner er endringen fra sektororganisering til flat struktur. I kommuner med flat struktur er tjenesteproduksjonen organisert i resultatenheter eller virksomheter med delegert myndighet. Myndigheten er delegert med hensyn på fag, personell og økonomi (Opedal m. fl. 2002). Flat struktur innebærer dermed at antallet ledernivåer reduseres og at ledere av enheter rapporterer direkte til administrasjonssnivået i kommunen. Administrasjonssjefen og administrasjonssjefsnivået får en viktigere rolle fordi det kreves mer å styre organisasjonen. Det er på dette nivået at ansvaret for helheten i den kommunale tjenesteproduksjonen blir plassert og dette nivået må dermed ha detaljert kunnskap om alle delene av kommuneorganisasjonen (Øgar 2004).

Vi så av (Tabell 3.2 i kap 3) at antallet kommuner der enkeltvirksomheter rapporterer direkte til administrasjonssjefen har økt i perioden fra 2004 til 2008. Samtidig har antallet kommuner der det er etater som rapporterer til administrasjonssjefsnivået sunket. Den tradisjonelle etatsmodellen er altså å finne i stadig færre kommuner.

De generelle trendene kan gjenfinnes også i våre casekommuner, som vist i Tabell 7.1, der alle mente de hadde en variant av flat struktur og enheter som rapporterte direkte til administrasjonssjef. Det er imidlertid bare i to av casekommunene (A og C) at det psykiske helsearbeidet er organisert i enheter som rapporterer direkte til rådmannsnivået. Tre av de andre kommunene har interne ledernivåer i resultatenheter og virksomheter som ledere for psykisk helsetjeneste rapporterer til (B, D og F), mens den siste (E) er integrert i en tjeneste og har på papiret ingen egen leder.

I kommunene A og C fant denne endringen i kontekst sted på forskjellige tidspunkter. Gjennomgangen i avsnitt 7.3 viste at mens kommune C hadde valgt denne organisasjonsløsningen før evalueringen startet opp, og samtidig med at kommunene begynte utbyggingen av psykisk helsetjeneste, innførte kommune A den i 2004, et godt stykke ut i løpet. I begge tilfellene skapte organisasjonsløsningen store konflikter mellom de enhetene som tidligere hadde vært organisert sammen innenfor rammene av pleie- og omsorg. Erfaringslæringen begge kommunenes pleie- og omsorgs-

avdelinger hadde var at de hadde behov for kompetanse om psykiatriske problemstillinger. I organisasjonsendringene oppfattet pleie- og omsorg det dit hen at denne kompetansen ble løftet ut av deres myndighetsområde for å bli egen enhet. Pleie og omsorg mistet altså kompetanse. Det kan se ut til at reaksjonen var at da burde de nyetablerte enhetene for psykisk helsetjeneste også overta helheten i tjenestetilbudet til de brukerne som hadde behov for denne spesielle kompetansen.

I kommune C har dette vært situasjonen hele evalueringsperioden. Enheten for psykisk helsetjeneste yter alt av hjemmetjenester til sine brukere; såkalte helhetlige tjenester. Det omfatter utdeling av medisiner, hjemmehjelpstjenester, hjemmesykepleie, miljøarbeid og eventuelt veiledning som gis i sammenheng med oppgavene innenfor det som kalles miljøarbeid. Enheten har videre ansvaret for boliger, dagsenter og støttekontakter, og den har i løpet av evalueringsperioden fått tilført store nye brukergrupper, som mennesker med rusrelaterte lidelser. Enheten for psykisk helsearbeid skal også gi psykisk helsetjenester til barn og unge.

Som vi også har kommentert tidligere, vurderes ikke samhandlingen med alle enhetene som like vanskelig som med pleie og omsorg. Med denne enheten omtales samhandlingen på denne måten:

Samhandling er vanskelig med pleie og omsorg sin hjemmetjeneste. Når det er psykiatri inne i bildet blir det forventet at vi tar alt. Spesialiseringen vi har sett har vært helt nødvendig for å utvikle tjenesten. Vi må tenke slik. Andre enheter bør kunne ta andre ting. Vi bør kunne gå til de samme brukerne. Pleie og omsorg sin hjemmetjeneste bør kunne ta stell og dusj (2 02.10.08).

Denne typen samarbeid ble det oppfattet som at hjemmetjenesten ikke ville vurdere:

Pleie og omsorg tar ikke noe av dette. Der er det moststand mot psykiatrienheten. Prisen vi betalte for å bli egen enhet var mangel på samarbeid (3 01.10.08).

Også kommune A opplevde noen domenekonflikter før evalueringen startet opp, da psykisk helsetjeneste ble egen tjeneste

innenfor rammene av pleie og omsorg. Disse konfliktene dreide seg om det samme som i kommune C, men det ble oppfattet at de la seg forholdsvis rakst og at samhandlingen kom inn i rutiner (Myrvold og Helgesen 2005). Ved reorganiseringen i 2004 blusset konfliktene imidlertid opp igjen og andre enheter så en mulighet til å kaste av seg brukere de oppfattet som å ha psykiske problemer eller lidelser. Den nye enheten fikk tilført brukere fra hjemmetjenesten, fra omsorgen for psykisk utviklingshemmete og fra barnevernet. Fra sosialkontoret fikk den ansvaret for å tildele støttekontakter (Helgesen 2006, 2006 a). I 2008 oppleves denne konflikten å ha forverret seg:

Ja, det kommer merkbart flere brukere. Før var det mest tung psykiatri. Nå får vi det som det tidligere var naturlig at andre hjalp til med. Vi får både psykisk utviklingshemmede og annet. De kom rennende med et lite tastetrykk. De utreder ting til at det er psykiatri (1 06.05.08).

Pleie- og omsorgenhetene, samt andre enheter i kommunene ser altså behovet egne brukere har, og forventer at dette behovet dekkes inn av psykisk helsetjeneste. Det kan se ut til at de i liten grad ser arbeidet psykisk helsetjenestene gjør for store grupper av voksne kronikere, samt det behovet som avdekkes i rekken av nye brukergrupper psykisk helsetjeneste i kommunene får ansvaret for. Reaksjonen i pleie- og omsorg, samt i omsorgsenheter for psykisk utviklingshemmete og til dels barnevernet og sosialkontoret, blir overføring av brukere til tjenester for psykisk helearbeid og tilbake-trekking fra samarbeid.

7.4.2 Forvaltningsenhet

Kommunale organisasjoner med flat struktur har fjernet mellomledernivået, i vårt tilfelle helse- og sosialsjefposisjonen. Flat struktur medfører også ofte at det etableres forvaltningsenhet, dvs. at det innføres en bestiller-utførermodell. Organisasjonsdatabasen viser at 23 % av norske kommuner har innført en slik modell og at flest har gjort det innenfor institusjonsbasert omsorg og pleie- og omsorg (Hovik og Stigen 2008). Blant de seks casekommunene til denne undersøkelsen er det tre kommuner som har en variant av bestiller- utførermodell på tidspunktet for siste intervjurunde i

2008. Det er kommunene A og C, samt B, altså de tre største kommunene.

Bestiller- utførermodeller innfører et organisatorisk skille mellom enheten som definerer omfang og kvalitet på tjenesten, og som bestiller tjenesten, og enhetene som produserer og leverer tjenestene. I vår terminologi er det innført et skille mellom enheten som utreder og vurderer brukere og som utmåler psykisk helse-tjeneste på grunnlag av vurderingene den gjennomfører, og utøvende enheter som psykisk helsetjeneste eller pleie og omsorg. Videre impliserer ”bestillingen” at forvaltningsenheten kanalisere brukere til utøvende enheter.

Kommune B har hatt forvaltningsenhet gjennom hele evalueringsperioden og det ble i avsnitt 7.3.1 vist til at enheten har vært evaluert av en eksternt aktør. For eksempel pekte den eksterne aktøren på at det var en manglende sammenheng mellom forvaltningsenhetens myndighet til å utmåle tjenester og fatte vedtak, og myndigheten over budsjett som lå til respektive utøvende enheter. Vedtakene ble også karakterisert som rause og som i for stor grad å legge til rette for brukermedvirkning. I dette utsagnet ligger det trolig en forståelse av brukermedvirkning som at brukere kunne ta del i utmålingen av tjenesten ved å etterspørre tiltak som de så får innvilget. Dette ble vurdert som kostnadsdrivende og negativt i den forstand at det ikke var samsvar i myndighet mellom beslutninger som medførte utgifter og ansvaret for å bære utgiftene. Dette er erfaringslæring kommunen har tatt steg for å nedfelle i sin organisasjon, og det skal trolig gjennomføres ved en organisasjonsendring. Hvilke konkrete grep denne kommer til å inneholde var det ingen kunnskap om på intervjuet, men den vil omfatte forvaltningsavdelingen og koordineringsenheten. Forvaltningsenheten blir definert som å være kostnadsdrivende, og som å båndlegge utøvende tjenesters ressurser (1 28.03.08, 31.03.08).

Virksomheten i avdelingen blir likevel oppfattet positivt av psykisk helsetjenestes medarbeidere:

Vi trenger den funksjonen som (forvaltningsavdelingen) er” (31.03.08).

Vi må jo ha saksbehandling og vi vil ikke ha det inn i våre oppgaver. Vi skal arbeide brukerrettet. Vårt

spørsmål blir hvor saksbehandlingen skal skje” (1 28.03.08).

I kommune A er oppfatningene delt. På den ene siden blir forvaltningsavdelingen oppfattet som å eskalere konfliktene mellom utøvende enheter:

Hjemmetjenesten mener at hvis vi går inn i en sak så skal vi ta helheten. Det må vi si nei til, da kan vi ikke ta saken. Vi mener at de mangler forståelse for vår kompetanse. Medisinering skal til hjemmetjenesten. Så tar vi oss av det komplekse (1 05.05.08).

Vi er opptatt av dette med mål for arbeidet. Det er opptakten til stress, utbrenthet og lignende hvis vi bare skal få de brukerne som andre skubber over til oss. Vi må avklare hvordan vi jobber (2 05.05.08).

Jeg ønsket en leder som kunne fronte oss, profilere vår egenart mot forvaltningstjenesten og pleie og omsorg. Vi gjør det selv (2 06.05.08).

I begynnelsen er jeg grei, og håper det går seg til, men vi må finne noen grenser og grep. Etter en tid våkner jeg til. Vi er samlokalisert, så vi kan samarbeide tett, men vi er to avdelinger. Vi tilhører ikke samme instans. Jeg må være tydelig og sette meg inn i saker. Jeg må unngå at de ”tar meg”. det er å skubbe, skubbe, for å få dem ut av avdelingen. Alle lager grenser rundt seg. Alle skubber på nye brukere (2 05.05.08).

Det var rart å være vitne til at det var så om å gjøre å bli kvitt saker (1 06.05.08).

Våre grenser mot andre avdelinger er for dårlige. Ledelsen burde sette foten ned og markere at dette er en egen avdeling. De legger seg flate for argumenter som kommer om hvor ting hører hjemme. Er det et element av psykiatri i en sak og de andre sier den skal ligge hos oss, ja da kommer den til oss selv om vi argumenterer for noe annet (2 06.05.08).

På den andre siden mener medarbeidere i psykisk helse at det er positivt at alt av saksbehandling blir gjennomført utenfor enheten:

Å ikke fatte beslutninger er godt. Før hadde vi mange hatter. Vi fikk søknadene, vi gjorde utredningen, vi fattet vedtak, vi ga tjenester, vi behandlet klager, vi evaluerte. Det er godt å kunne henvise brukere til forvaltningsavdelingen hvis de ringer oss (1 06.05.08).

Men, jeg er glad for at forvaltningsenheten er der. Tidligere gjorde vi alt, nå slipper vi å være på begge sider av bordet. Jeg benytter meg av at forvaltningen fatter vedtak (2 06.05.08).

Forvaltningsenheten i kommune A blir altså oppfattet både positivt og negativt. Det positive er skillet mellom utredning, vurdering og vedtak på den ene siden og tjenesteytingen på den andre som forvaltningsavdelingen etablerte. Det negative er enhetens prosesser for å kanalisere brukere til ulike enheter. De oppfattes ikke som gode nok, og det kan se ut til at psykisk helse oppfatter seg som tapere i et spill; ”skubbe brukere-spillet”.

Kommune C hadde nettopp etablert sin forvaltningsavdeling, eller tildelingstjenesten som den kalles, da siste runde av intervjuene i casekommunene ble gjennomført. I kommunen var det forventninger til at tildelingstjenesten skulle kunne rydde i konfliktene som eksisterte:

Min forventning til denne tjenesten er at den skal få på plass samhandling på tvers. Jeg håper at den skal øke andre enheters forståelse for psykiatri. Vi er to som går ut (for å vurdere brukere som har søkt om tjenester), vi ser at vi jobber veldig forskjellig. De andre har andre arbeidsmåter. Det skal vi ta med oss når vi kommer til de kompliserte tingene. Jeg er spent på om de ser psykiatrien. Jeg ser den med mine øyne, det ønsker jeg å få utfordret slik at vi kan reflektere over ting (2 02.10.08).

I den psykiske helsetjenesten ble tildelingsenheten oppfattet som å komplisere saksgangen:

Et eksempel på at tildelingstjenesten vil forkludre ting er da videregående skoles oppfølgingstjeneste ringte

oss om en elev som isolerte seg. Før kunne vi tatt det med en gang, tatt et hjemmebesøk og eventuelt fattet vedtak om å yte en tjeneste. Nå må tildelingstjenesten ha en skriftlig bekymringsmelding. Den sendes til fastlegen for å gå inn i en attest om at vedkommende bør få hjelp. Men derfra regner ikke vi med å høre noe (2 01.10.08).

Prisen vi betalte for å bli egen enhet var mangel på samarbeid. Tildelingsenheten mener vi skal ta somatiske oppgaver. Jeg tenker at gamle mennesker som vi har hatt her, og som får somatiske lidelser, bør over til PLO. Det er det stor motstand på. Da kan ikke vi ta eldre med depresjon. Da kan de bruke sin psykiatriske kompetanse på det. De behøver ikke hente det hos oss (3 01.10.08).

I kommune A observeres det altså at forvaltningsavdelingens beslutninger er en kilde til konflikt mellom disse enhetene; psykisk helse mener de får ansvaret for å yte tjenester til brukere som burde vært andre enheters ansvar. Tilsvarende konflikt håper kommune C, der forvaltningsenheten er ny, å unngå nettopp ved å sentralisere utredning og vurdering av brukere, utmåling av de brukerrettede tjenestene og vedtak til forvaltningsenheten. I kommune B, den tredje kommunen med forvaltningsavdeling og den som har hatt slik avdeling lengst, blir det stilt spørsmål ved enhetens beslutningsmyndighet; at den fattet beslutninger om ressursbruk i utøvende enheter.

Nye prosedyrer: forvaltningsenhet og vedtak

Det som kjennetegner forvaltningsenheter er at de fatter vedtakene som utøvende enheter, i vårt tilfelle enheter og tjenester for psykisk helsearbeid, skal gjennomføre. Det skapes altså nye prosedyrer som bryter opp den tidligere sammenhengen mellom utredning, vurdering og vedtak og gjennomføring, eller selve tjenesteytingen (Helgesen m. fl. 2005).

Det er enighet blant psykisk helsetjenestes medarbeidere i kommunene A, B og C om at kommunen bør ha prosedyrer som skiller disse prosessene. Blant annet mener medarbeidere at saksbehandling (utredning, vurdering og utmåling av tjenesten) og å fatte vedtak er oppgaver de selv ikke bør ha ansvaret for. Holdningen til

forvaltningsavdelingen er altså positiv og oppfatningen er at den er arbeidsbesparende i forhold til det brukerrettede arbeidet i psykisk helsetjeneste, samt at medarbeidere slipper å ha mange hatter.

I kommune C er ikke alle like komfortable med at ny prosedyre, tildelingsenheten og ordningen med henvisning fra fastlegen, ville gjøre prosessene enklere. Det blir argumentert for at utredning og vedtak burde reintegreres i enhet for psykisk helse, å flytte deler av prosessen ut av enheten for psykisk helsetjeneste ble av noen medarbeidere vurdert negativt. Det kan dermed se ut til at det ikke er etablert en felles forståelse, hverken i enheten for psykisk helse-tjeneste eller i kommunen, for hvilke konsekvenser etablering av tildelingsenheten har for tjenesten utover at avdelingen skal sørge for at like tilfeller behandles likt. I enhet for psykisk helsearbeid er det heller ikke tillit til at tildelingsenheten vil være i stand til å endre på situasjonen:

.... er i tildelingstjenesten sammen med PLO sine representanter. Jeg tror det vil være tøft å få gjennomslag, å være psykiatri sin representant. Tildelingstjenesten skal vurdere hvor ting sendes, om det går til psykiatri eller PLO. Men hva da med grensetilfeller? Vi fikk forespørsel om å dusje en dame. Vi kan ikke ta alderspsykiatri (3 01.10.08).

I kommune A medfører også forvaltningsenheten nye prosedyrer utover skillet mellom vedtak og gjennomføring. Der blir det hevdet at etableringen av forvaltningsenheten har medført at det ikke blir gitt avslag på søknad om tjenester. Det blir gitt uttrykk for en oppfatning om at forvaltningsenheten er ”redd” for klager:

Det er bedre å gi korte vedtak enn å få klager. Jeg mener at vi ikke kan ta for gitt at pasientene klager på avslag. Det kan være et puff til pasientene, et signal om at de kan klare seg selv. Nå får alle hjelp og vi har ingen venteliste. Derfor må vi ha korte vedtak (1 06.05.08).

Korte vedtak blir ikke oppfattet positivt av ansatte i det psykiske helsearbeidet. Det skapte press og upredikerbarhet i arbeidssituasjonen:

Vi skal oppsøke og rykke ut. Det er ikke mye fleksibilitet, men hvis noe brenner kan jeg knipe inn på mine avtaler. Vi jobber som om vi har mulighet til å være fleksible. Vi skal være tilgjengelige til å ta i mot henvendelser (1 06.05.08).

Tid er et aspekt i vedtakene. Det vedtas gjerne at vi skal yte støttesamtaler. Men vi gjør jo også andre ting. Vi går på butikken etc. Støttesamtalen blir en sekkebetegnelse, hva den skal romme må vi finne ut selv (2 06.05.08).

Prosedyrene ble endret til at vedtak fikk kortere varighet, samt at enheten for psykisk helse skulle opptre fleksibelt og alltid ha kapasitet til nye brukere. De nye prosedyrene som kunne sikre vedtak med kort varighet var hyppigere evalueringer og tilbakemeldinger til forvaltningsavdelingen, som fattet nye vedtak. Innspillet til evalueringene måtte komme fra medarbeiderne i enhet for psykisk helsearbeid og det medførte merarbeid. Det kan se ut til at medarbeidere i kommune A også er i ferd med å gjøre erfaringer som i hovedtrekk er like dem kommune B har gjort; at myndigheten til å fatte vedtak og ansvaret for disponering av ressursene bør ligge i en og samme enhet. I kommune A er imidlertid vedtakene mindre spesifikke, ofte fattes det kun vedtak om støttesamtaler, og det er i stor grad overlatt enhet for psykisk helsearbeid å fylle vedtakene med innhold. Det kan også tyde på at prosedyrene forvaltningsenheten har etablert for utredning ikke er tilstrekkelige. Disse erfaringene gjøres fortsatt kun på individnivå i organisasjonen og trolig vil det ta tid før de blir løftet opp på systemnivå slik at de kan nedfelles i organisasjonen som erfaringslæring.

Det kan også se ut til at medarbeidere i psykisk helsetjeneste i kommunene A og C, som har flat struktur på sin kommunale organisasjon, oppfatter at forvaltningsavdelingen sementerer gamle konflikter mellom egen avdeling og pleie og omsorg. De opplever at egen enhets behov for å avgrense seg mot å ta over brukere som oppfattes som problematiske i andre avdelinger ikke tas på alvor, og det arbeides med avgrensingsstrategier. Dette er ikke på samme måten opplevd som et problem i kommune B, der forvaltningsavdelingen har eksistert lenger og der det ikke er like flat struktur. I kommune B blir det ikke ytret noen forventninger til at det skal

foregå mye samarbeid om enkeltbrukere internt mellom tjenestene i pleie- og omsorgsenheten. Psykisk helsetjeneste yter det som blir kalt helhetlige tjenester, det vil si de gjennomfører alle arbeidsoppgavene knyttet til tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Tjenesten vurderer også om den skal innføre turnus for å kunne ta akutte hendelser.

I alle tre kommuner der det er etablert forvaltningsenhet ytes altså det som kalles helhetlige tjenester. Det vil si at enhet for psykisk helsetjeneste yter alt av tjenester til sine brukere, og det er lite eller ikke noe samarbeid mellom enhet for psykisk helsetjeneste og enhet for pleie og omsorg.

7.4.3 Ledelse

Offentlige organisasjoner har ikke tradisjoner for å drive ledelsesvirksomhet. Iverksetting av offentlig politikk har vært gjennomført i relasjon til det politiske nivået og med hensyn til politiske målsettinger. Ledere i offentlige organisasjoner har dermed vært ansvarlig overfor borgere og velgere og i mindre grad overfor bestemte grupper i befolkningen, som kan kalles brukere. Viktige kriterier for beslutninger om virksomhet i offentlige organisasjoner har derfor vært at de skal være synlige og akseptable for en demokratisk offentlighet, samt at det kan forventes likebehandling og forutsigbarhet (Strand 2001, Christensen m. fl. 2004).

Offentlige organisasjoner er multifunksjonelle. De skal ta hensyn til mange og motstridende krav, blant annet likhet og berørte parters rettigheter til å delta, samt kvalitet og kostnadseffektivitet. Ledelse i slike organisasjoner kan bredt være å skape og vedlikeholde en formålstjenlig organisasjonsstruktur, sørge for oppslutning blant medarbeidere og gi dem rammer som gjør at de kan utvikle seg videre. Beskyttelse av organisasjonens kjernevirksomhet mot ytre påvirkninger og svingninger er andre måter å formulere ledelse av kommunale organisasjoner på (Mintzberg 1978, Øgar 2004). Konkrete ledelsesoppgaver vil da være planlegging, organisering, styring, koordinering, rapportering, budsjettering, samt personalpolitikk og initiering av for eksempel nye tiltak (Christensen m. fl. 2004). På kommunalt nivå settes ledelsesproblematikken på spissen fordi kommunale tjenesteytende organisasjoner opererer i spenningsfeltet mellom kommunenes

politiske signaler og endringer i lover og forskrifter, samt andre statlige retningslinjer.

Handlingen ledelse i psykisk helsearbeid blir dermed avhengig av flere faktorer: For det første av hvordan den kommunale konteksten er utformet. Avsnittene over har vist at den i 2008 i stor grad er utformet som flat struktur og at noen kommuner har valgt å ha en egen organisasjon for fordeling av brukere mellom enheter og beslutning om fordeling av tjenester til brukere (forvaltningsenhet). For det andre er ledelse avhengig av statlig kontekst. Det er retningslinjer for psykisk helsearbeid og annet, som for eksempel innføring av IPLOS, og hvordan slike retningslinjer omgjøres til kommunal politikk. Ledelse i psykisk helsearbeid er altså avhengig av både interne og eksterne faktorer, og om og hvordan relevante eksterne faktorer omgjøres til interne faktorer.

Ledelse i flernivåmodell

I 2003/2004 ble spørsmålet om egen ledelse for enheter og tjenester for psykisk helsearbeid satt på vår evalueringsdagsorden fordi det i sterk grad ble vektlagt at ledelse var en nødvendig betingelse for å utvikle psykisk helse som en distinkt tjeneste i kommunene. Evalueringen viste at ledelse ble gjennomført på ulike måter i casekommunene. I den sektororganiserte kommunen, det vil si der det ikke er delegert myndighet innenfor verken økonomi, fag eller personal, og der psykisk helse er en avdeling i pleie og omsorg (kommune A), ble psykisk helsearbeid drevet av byråkratiske verdier om regler og myndighetsorientering¹⁰ og i tett relasjon til overordnet nivå, som var pleie og omsorg. Psykisk helsetjeneste var dermed preget av pleie- og omsorgstjenestens verdier. Observasjonene var at dette fungerte begrensende på utformingen av psykisk helsearbeid, blant annet ved å forhindre inkludering av nye målgrupper, og skapte sterk konkurranse om ressurser. Samtidig fungerte det bra med hensyn på samarbeidet med somatisk hjemmetjeneste. Det ble omtalt som en ledelsesoppgave å skape rom for å utvikle psykisk helsearbeid i en situasjon der grensene mellom psykisk helsearbeid og pleie og

¹⁰ Myndighetsorientering innebærer målfastsetting, regler, behandling av enkeltsaker og budsjettstyring, samt at styring kan gjennomføres tett til politisk nivå som kan inngå i dialog med driftsenheter og tett til administrativt nivå og styres i linjen mellom administrasjonssjef og nedover.

omsorg var uklare. Dette ble også omtalt som vanskelig (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2008 er det ingen av casekommunene som har sektormodell, men det er tre kommuner som har flere ledernivåer mellom utøvende tjeneste og administrasjonssjefsnivået. Dette er kommunene B, D og F. I alle er psykisk helsearbeid organisert som en tjeneste med egen leder. Denne varianten fant vi for så vidt også i 2003/2004 i de kommunene som hadde organisert psykisk helse som egen tjeneste innenfor en større enhet, dette gjaldt kommunene B og E. Kommune B er fortsatt med i materialet og har den samme organisasjonen, mens den tidligere kommune E er tatt ut. I kommunene D og F var psykisk helsearbeid organisert som integrert tjeneste.

Ledelse i tjenestemodellen, knyttet til kommune B, framstod i 2003/2004 som avklart med konsensus om organiseringen. Det inkluderer enheter vi alt har vært noe inne på, som koordineringsavdelingen og forvaltningsenheten. Koordineringsavdelingen avlastet psykisk helsetjeneste angående både koordinering mellom tjenester horisontalt i kommunen og vertikalt mot spesialisthelsetjenesten. Kommunen hadde også delegert ansvaret for økonomi, personal og fag til leder av psykisk helsetjeneste.

På intervju tidspunktet i 2008 hadde kommune B nylig reetablert en stilling som pleie- og omsorgssjef, og den tredelte distriktsorganiseringen av enheten var opphevet. Argumentet for å gjennomføre dette var at myndighet skulle samles. Pleie- og omsorgstjenesten som organisasjonskontekst for psykisk helse-tjeneste er dermed endret, men uten at dette har økt tilfredsheten i seksjon for psykisk helse med å ha pleie og omsorg som organisatorisk tilknytning. Seksjonslederen inngår i lederteamet i pleie- og omsorgstjenesten, og både lederen selv og medarbeiderne opplever at det er problematisk å bli sett i det forumet:

Vi er en seksjon i PLO. Vi drukner der. Det er mye eldreomsorg og vi blir usynlige. Jeg synes jeg må hive meg mye frampå for å komme til blant sykehjem og hjemmetjeneste. Der har seksjon for psykisk helse-tjeneste utfordringer, vi blir sekundære (31.03.08).

I 2008 stilte vi spørsmål ved om organisasjonen er tjenlig, det vil si om tilknytningen til pleie og omsorg er et gode for psykisk helse.

Det har utviklet seg en oppfatning om at psykisk helse bør være tilknyttet via helseavdelingen, og lederen for seksjon psykisk helse har valgt å fysiske plassere seg i helseavdelingen. Denne organiseringen ble valgt fordi seksjonen med ansvar for psykisk helse blant barn og unge var lokalisert i helse. En felles tilknytning for seksjonene for voksne og barn/unge var antatt å bedre samarbeidet mellom seksjonene. Samarbeidet dreier seg nå om å etablere et familiesenter, og både lokaliseringen og samarbeidet blir vurdert som positivt av intervjuede medarbeidere (1.28.03.08, 31.03.08).

Medarbeiderne i seksjon psykisk helse oppfatning av å være sekundære kommer også fram i relasjon til spørsmålene om videre- og etterutdanning, veiledning og annen oppdatering. Det er en i seksjonen som tar SEPREP, ellers er oppfatningen at det lite som foregår. Det gjøres forsøk på å få til veiledning, men det oppfattes som vanskelig:

Til faglig oppdatering er det lite økonomi. Psykisk helse er så lite, vi er usynlige og uhørbare. Vi drukner. Det gjelder også for veiledning. Veiledning koster penger. Vi har hatt intern kommunal veiledning. Jeg synes det fungerte. Vi jobber med NAV og DPS, men kan ikke bruke dem inn i veiledning (2 28.03.08).

Det oppgis likevel at det er fått på plass en avtale med DPS om veiledning.

I kommune D var det turbulens omkring lederspørsmålet tidlig i evalueringsperioden. De siste fire årene har det imidlertid vært egen leder for psykisk helsetjeneste og det blir oppfattet udelt positivt av tjenestens medarbeidere. Kommunen har deltatt i "Flink med folk", et prosjekt i regi av KS (Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), og har utviklet et program for å styrke ledelsen og myndiggjøre medarbeidere. Arbeidet med dette har fortsatt selv om kommunen ikke lenger var med i KS' prosjekt. Arbeidet ser ut til å ha skapt oppslutningen om tjenesten blant medarbeiderne, de oppfatter ikke at tjenesten er truet av ytre påvirkning, og de oppfatter organisasjonen som tjenlig:

Organiseringen av psykiatrienheten fungerer bra. Vi må ha egen tjenesteleder, vi må kunne det vi arbeider med, det hjelper hun oss med. Det er naturlig for meg

og min bakgrunn. Med egen leder tror jeg vi unngår profesjonskampene (12.03.08).

Vi har dette med myndiggjorte medarbeidere. Det innebærer at vi kan fatte beslutninger nært til arbeidssituasjonen. Vi er frie til å ta brukere i forhold til våre ønsker, da gjør vi en bedre jobb (14.03.08).

Vi blir gode sammen på avdelingen, det er ikke nødvendig at lederen går i dybden på de psykiatriske problemstillingene for å lede. Det er et bredt perspektiv på ting her (2 10.03.08).

Det blir oppfattet som et lederansvar at tjenesten fungerer bra:

Medarbeidere her er alene. Vi må bruke tid på å ivareta hverandre. Det skjer akutte ting som gjør at vi må ha møter, men det er også faste møter på det. Vi må unngå at folk går tomme. Vi må skape rom for utlufting. Vi må få gruppen til å jobbe sammen, og jobbe sammen med miljøet. Vi skal fungere sammen for å fungere ut mot brukere. I den sammenheng mener jeg det er viktig at enheten har en leder. Lederen holder fokus på arbeidsmiljøet og jobber med det (1 10.03.08).

Det blir holdt faste møter i tjenesten for psykisk helsearbeid. To ganger i året blir det arrangert seminarer der mer overordnede tema tas opp. Organisasjonens mål diskuteres på møter som blir organisert noe hyppigere, og det blir arrangert internundervisning og sørget for veiledning.

I den siste kommunen, kommune F, er det også en positiv holdning blant medarbeidere til hvordan organisasjonen driver sin kjernevirksomhet. Organisasjonens tjenlighet blir det imidlertid stilt spørsmål ved også her. Det blir kommunisert en iakttakelse av at tiltak organisasjonen iverksatte ikke er synlige nok for fylkeslegen i rollen som tilsynsmyndighet. For eksempel har kommunen fått tilbakemeldinger om at den ikke går langt nok i å involvere brukere, noe ansvarlige i kommunen selv mener blir gjort. Løsningen på dette blir sett å være et skifte i tilknytning fra pleie og omsorg til helseavdelingen (28.08.08). Kjerneaktivitetene er

altså ikke oppfattet som truet og, også uten samarbeid med hjemmetjenesten, er det oppslutning blant medarbeidere om tjenesten og organisasjonen. Likevel blir altså organisasjonen ikke vurdert som tjenlig i forhold til eksterne krav.

Ledelse i tonivåmodell

I 2008 har tre kommuner tonivåmodell på sin organisasjon (A, C og E), mens kommune C og E hadde slik modell i 2003/2004. Kommune E (tidligere F) hadde organisert sitt psykiske helsearbeid i rådmannens stab. Det er fortsatt flat struktur i denne kommunen, men psykisk helse er integrert i et bofellesskap uten egen leder. Vi kommer derfor tilbake til ledelse i denne kommunen litt senere i avsnittet.

I 2003/2004 var ledelse i kommune C organisert som balansert målstyring. Det vil si at det settes fokus på resultater og at det defineres ambisjoner for ett sett av strategiske fokusområder. På fokusområdene defineres det suksesskriterier som kan måles kvantitativt og kvalitativt. Økonomi, brukere og medarbeidere er fokusområder. Styringsredskapet er dialog mellom administrasjonsnivået og enhetsledere. Indikatorer på suksess er blant annet god økonomistyring og effektiviserte tjenester, en av metodene er brukerundersøkelser. Balansert målstyring, men også modellen med resultatenheter generelt, stiller store krav til enhetsleder. Vedkommende skal følge opp undersøkelser, iverksette tiltak, være medarbeideres talsmann overfor administrasjonssjefsnivået, samt være lojal mot det samme nivået i spørsmål om å iverksette kommunal politikk (Opedal m.fl. 2002, KR D 2004). Dette innebærer at det er mange som kan ha forventninger til enhetsledere; både medarbeidere, administrasjonssjefnivået, politisk nivå i kommunen, og statlig nivå.

I 2003/2004 var den økonomiske situasjonen i kommune C vanskelig, og ledelsesformen i kommunen ble analysert til å være preget av brannsløkking og å være situasjonsbestemt. Den balanserte målstyringen ble ikke oppfattet som et redskap for å ta opp spørsmålet om hvor tjenester endelig skulle utmåles. Dette skjedde ikke i relasjonen mellom enhetsleder og rådmannsnivå, men på ledelsesnivået under enhetsleder. På enhetsledernivå ble det fokusert på å gjennomføre arbeidsoppgaver som var tillagt enheten av eksterne aktører. Videre hadde enheten problemer med å finne midler til etterutdanning og kurs, det var ikke midler til

veiledning, og det var vanskelig å sette i gang ansvarsgrupper og individuelle planer (Myrvold og Helgesen 2005).

Framstillingen i avsnittene 7.4.1 og 7.4.2 viser at i 2008 oppfatter ikke medarbeidere i kommunal psykisk helsetjeneste i kommunene A og C organisasjonen som formålstjenlig. Organisasjonsmodellen ser ikke ut til å skape den nødvendige oppslutning blant medarbeiderne, og det oppfattes som om kjernevirksomheten trues av ytre påvirkning.

I kommunene A og C er enhet for psykisk helse på leting etter virkemidler for å avgrense tjenesten i forhold til andre tjenester på pleie- og omsorgsområdet. Dette er en ny situasjon i kommune A og resultatet av en organisasjonsendring i 2004, mens det i kommune C er resultatet av en stabil utvikling der det ikke er løst opp i interessekonfliktene som var synlige også i 2003/2004. Opplevelsen av at forvaltningsenheten kanalisierer brukere til psykisk helse som enhetens medarbeidere mente burde få tjenester andre steder, er klart uttalt i begge kommunene i 2008 og medarbeidere oppfatter det som om psykisk helsetjenestes kjernevirksomhet er truet.

I begge kommunene blir altså måten ledelsen blir gjennomført i forhold til avgrensning mot forvaltningsavdelingen og pleie og omsorg oppfattet som et problem. I kommune A oppfatter imidlertid lederen selv at samarbeidet fungerer:

Utad fungerer samarbeidet på ledernivå. Hvordan det fungerer nedover vet ikke jeg så mye om. Vi jobber med hjemmetjenesten for å få ting til å fungere (10.05.08).

I begge kommunene skapte spørsmålet om flat struktur usikkerhet om leders myndighet og relasjonen til administrasjonssjefsnivået:

Det er en frustrasjon med denne flate organisasjonen. Det den betyr, er at jeg står fritt innenfor mine budsjetttrammer. Jeg kan ansette flere, bruke penger på hva jeg vil etc. men hva som er utover min egen enhet Vi koordineres (fra administrasjonssjefsnivået) han har 120 enheter. Hvem tar da beslutninger? Hvem har myndigheten? Hvis det oppstår domenekonflikter Den flate strukturen betyr altså

at vi ikke kan fatte beslutninger her på bydelsnivå, men vi vet heller ikke hvem som kan gjøre det (1 05.05.08).

Som vist til over er situasjonen i stor grad den samme i kommune C, og det oppfattes også som et problem for gjennomføring av ledelsesoppgavene at det skal komme en ny organisasjonsendring:

Endringen vil medføre at strukturen blir enda flatere. Nå er det tonivåmodell og rådmannen har hatt 20 enhetsledere å forholde seg til. Han har vært ansvarlig for 20 personer. Jeg er nå ansvarlig for 42, det er langt flere, rådmannen får færre å forholde seg til, organisasjonen blir spissere. Da blir det enklere for rådmannen å ha dialog etc. med enhetsledere (2 01.10.08).

Denne endringen vil dermed fasilitere den balanserte målstyringen som det fortsatt ikke ble oppfattet at egentlig ble gjennomført i kommunen:

I min jobb har jeg møte med avdelingsledere og er ute på avdelingene i alle fall en gang per uke. Rådmannen har møter med oss en gang per måned og er sjelden ute på avdelingene. I år har han vært her to ganger (2 01.10.08).

I begge kommunene er det etablert egne koordinatorene som skal ha oppgaver angående individuell plan. De har ikke sitt arbeidssted i enhet for psykisk helsearbeid. Etterutdanning og kompetanseheving ser det ut til at det arbeides lite med i begge kommunene. Kjernevirksomheten oppfattes som truet i disse kommunene. For det første, fordi det i liten grad er avklart hvordan brukere skal fordeles mellom enhetene psykisk helse og pleie og omsorg, og fordi det ser ut til at enhetsledere ikke er i stand til å komme til en samforstand om hvordan fordelingen bør være. Og om lederne skulle komme til enighet om fordelingen, så når ikke beslutningene frem til de respektive forvaltningsenheter. Manglende enighet ser ut til å være et spørsmål som ikke får oppmerksomhet ut over de enhetene som oppfatter at fordeling av brukere innebærer en interessekonflikt. Trolig har spørsmålet ikke vært løftet verken til administrativt eller politisk nivå i kommunene for å bli utsatt for

prinsipielle diskusjoner.¹¹ For det andre, medfører modellen sterkt fokus på relasjonen mellom enhets- og administrasjonssjefs nivået. I begge eksemplene er det misnøyen med manglende oppmerksomhet som kommer til syne, og i kommune A fokuseres det på at det ikke er mulig å samordne seg horisontalt på grunn av manglende myndighet; ingen vet hvor myndigheten er plassert.

Kommune E, som også har flat struktur, men som er en langt mindre kommune, opplever ikke at det stilles spørsmål ved det medarbeiderne oppfatter som sin kjernevirksomhet, og samarbeidet med pleie og omsorg sine hjemmetjenester oppfattes som godt:

Vi har også samarbeid med hjemmesykepleien og får tilbakemelding også fra dem. De har alderspsykiatrisk team. Mine pasienter er eldre, da er hjemmesykepleien med på hjemmebesøk (2 03.10.08).

Kommunen har også samarbeid med tjenesten for psykisk utviklingshemmede, den utgjør også en del av boenheten. Dette samarbeidet ser ut til å fungere godt med hensyn på faglig utvikling, og det arrangeres felles seminarer og veiledningsfora. Medarbeidere oppfatter at det arbeides godt med individuell plan. Leder av boenheten, som er leder for psykisk helsearbeid, har også en stilling som konsulent i administrasjonssjefens stab. Dette er en ordning medarbeidere er fornøyd med (1, 2 og 3 03.10.08).

Differensiering av psykisk helses organisasjon

Som vist i kapittel tre mener alle kommunene i det kvalitative materialet at de har en flat struktur på sin organisasjon. Tabell 3.1 viser antallet kommuner med ingen, ett eller flere ledernivåer mellom administrasjonssjef og utøvende enheter. Tabellen viser at det på landsbasis har vært en liten økning i andelen kommuner som kun har to nivåer; ledere for utøvende enheter og administrasjonssjefs nivået. Tilsvarende har det vært små nedganger i andelen kommuner med ett, to og flere nivåer. Tallene fra Organisasjonsdatabasen viser imidlertid at det har vært en økning av andelen kommuner der antallet nivåer varierer fra sektor til sektor (tabell

¹¹ I intervjurunden i 2005/2006 pekes det i kommune C på at enhet for psykisk helsearbeid har fått støtte for sitt syn i klientutvalget. Den diskusjonen var gjennomført etter at klage var levert (intervju 06.12.06)

3.2). Det vil si at kommunal organisasjon generelt synes å ha blitt mer differensiert, og muligens også mer uoversiktlig.

I casekommunene er det tre kommuner som har en ren tonivå-modell, det er kommunene A, C og E. I kommune E er det også to nivåer, men psykisk helse er integrert i en boligenhet, og er altså i prinsippet uten egen leder. Kommunene B, D og F har et ledernivå mellom utøvende enheter og administrasjonssjefsnivået. I casestudien er altså den rene flate strukturen underrepresentert, mens modellen med et ledernivå mellom utøvende enheter og administrasjonssjefnivået er overrepresentert i forhold til det generelle bildet.

Ved alle tre milepæler i casestudien har vi sett at det er innført en differensiert organisasjon i psykisk helsetjeneste. Det vil si at det er etablert ledelsesnivåer under enhets- eller tjenesteleder i de fire største kommunene. I kommune C er koordinatorstillingene omgjort fra 40/60 til hhv. administrasjon og pleie i 2003/2004, til 100% administrative stillinger i 2008. Dette skal iverksettes samtidig med den kommende organisasjonsendringen. Det eksisterende lederteamet er etablert med enhetsleder og tre mellomledere. Én mellomleder har ansvar for en bolig for psykisk syke, én har ansvar for en bolig og et dagsenter, og én er leder for psykisk helses hjemmetjenester. Med organisasjonsendringen skal dette endres til enhetsleder og to mellomledere. Antallet medarbeidere hver mellomleder vil få ansvaret for, kommer dermed til å stige (1, 2 og 3 01.10.08, 1 02.10.08).

Kommune A har arbeidet for å få på plass en nestleder siden organisasjonsendringen i 2004 (Helgesen 2006). Vedkommende er nå på plass og er samtidig mellomleder for psykisk helse sine hjemmetjenester. Vedkommende skal også arbeide brukerrettet, men etter nesten ett år i stillingen opplever ikke medarbeidere i tjenesten at dette blir gjennomført. Dagsenteret har egen leder, og hvert av de tre bofellesskapene har egen leder (1 og 2 05.05.08, 1 og 2 06.06.08).

I kommune B er det også etablert mellomledere for ambulerende team, for boliger og for dagsenteret. Mellomlederne kombinerer administrasjon med brukerrettet arbeid, og er medlemmer i tjenestens ledergruppe (1, 2 og 3 28.03.08, 1 og 2 31.03.08).

I kommune D var tjenestens leder i 2004/2005 også leder for ambulerende team, mens det var definert egne lederposisjoner for dagsenteret og for boligen. Lederne kombinerte administrasjon og brukerrettet arbeid (Myrvold og Helgesen 2005, Helgesen 2006). Dette ser ikke ut til å ha endret seg i 2008.

I kommune E er strukturen flat med leder for boenheten (1 03.10.08), mens det i kommune F er to ledernivåer. Lederen for psykisk helse er mye i brukerrettet arbeid, men inngår i lederteamet i pleie og omsorg (28.08.08).

I de fire største kommunene er det altså etablert ledernivåer internt i psykisk helse, og organisasjonene viser seg likevel ikke å være så flate som de framstår fra administrasjonssjefnivået. Organisasjonsendringen i kommune C har som ett av sine formål å redusere antallet ledere internt i enheter. De blir omtalt som et skjult ledelsesnivå (2 02.10.08). Mens de interne ledelsesnivåene i 2003/2004 og 2005/2006 i stor grad ble begrunnet ut fra at tjenestene skulle utvikles, blir de i 2008 også begrunnet som en del av en organisasjon som hensiktsmessig kan ta på seg personellmessige forpliktelser. Det brukes også som et argument for å skape oppslutning om organisasjonen og de tjenestene den yter.

7.4.4 Helhetlig tjenestetilbud og ressurser

Målsettingen i Opptappingsplanen er at tjenestene skal framstå som helhetlige for brukerne (St.melding nr. 25 1996-97). Et helhetlig tjenestetilbud innebærer at det er sikret samarbeid etter tre dimensjoner: Mellom spesialisttjenester og primære tjenester i kommunene, den andre er samordning av tjenester enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene, den tredje er samarbeid over tid (Hansen 2007). Her er det den andre dimensjonen vi er interessert i, og hvordan samordning foregår på kommunalt nivå. Flat strukturmodellen egner seg ikke for gjennomføring av komplekse og sammensatte tjenester, fordi slike tjenester krever mye samhandling og koordinering mellom enheter i organisasjonen (Øgar 2004), samt mellom organisasjoner og nivåer. Øgars argument styrkes av observasjonene som gjøres i casekommunene og diskusjonene i avsnittene foran viser at flat strukturmodellen og forvaltningsenhet ikke legger godt til rette for samarbeid på kommunalt nivå og dermed heller ikke for et helhetlig kommunalt tjenestetilbud til brukerne. ”Skubbe-

brukerne-spillet” ser ut til å være rammen for mange av både de formelle og uformelle prosedyrene som kommunene yter sine psykiske helsetjenester i forhold til.

Spillet kan knyttes til observasjonen om enhetsegoisme gjort av Opedal m. fl i 2002. Enhetsegoisme impliserer at enheter som har fått delegert myndighet for budsjett, fag og personal velger å la være å samarbeide med andre enheter om å finne optimale faglige løsninger, for eksempel for brukere med sammensatte behov. Enhetenes myndighet medvirker til at de fokuserer på eget arbeid, samt på den vertikale relasjonen til rådmannen angående økonomistyring. Det ser ut til at det i 2008 er situasjonen i kommunene A og C, men også til dels i kommunene B og E.

Det er ikke mulig å si at brukerretnede tjenester er bedre i kommuner som legger til rette for samarbeid, men trolig vil en kommunal organisasjonskontekst som legger til rette for samarbeid kunne fungere mer effektivt i den forstand at ressursene utnyttes bedre. Trekk ved konteksten som flat struktur og forvaltningsenhet ser ut til å ha ikke-intenderte konsekvenser i form av å skape konflikter.

Kommunene er i ferd med å implementere løsninger som kan medvirke til forenkling og dermed til at konfliktsituasjoner unngås. Det er først og fremst den individbasert pleie- og omsorgsstatistikken (IPLOS) og budsjetterings- og regnskapssystemer som kan kobles opp mot denne statistikken. Ved å ta slike systemer i bruk skapes det skjønnsuavhengige prosedyrer for å kanalisere pengestrømmer mellom enheter, og pengene kan følge brukerne. Medarbeidere i de fleste kommunene uttrykker positive forventninger. Sitatet under kan illustrere dette:

IPLOS sier noe om hvilken hjelp brukerne trenger. Den gir hjelpen en tallverdi og ut kommer en tallbasert verdi for hvilken hjelp folk har krav på. knytter dette til budsjett og regnskap og dermed kan tjenesten innsatsstyres (2 02.10.08).

Fem av de seks kommunene i materialet har tatt i bruk IPLOS også for psykisk helse. Ved siden av forventningene som blir uttrykt blir IPLOS også kritisert for ikke å ta tilstrekkelig hensyn til psykiatriske diagnoser. Problemer brukere kan ha som er direkte relatert til psykisk sykdom, som hallusinasjoner, angst og isolasjon

blir oppfattet å ikke slå ut når de er funksjoner det skal fokuseres på:

Problemet er at vi får ikke psykisk helse-problemer til å score i IPLOS. Det er lagt opp til problematikk omkring fysisk helse. De psykiske problemstillingene telles ikke opp. For eksempel spørsmålet om isolasjon. Det er ingen måter å få registrert i IPLOS hvis personer ikke kan gå ut fordi de har angst. Derfor må det være egne kategorier for psykisk helse. Hvis pasientene er fysisk friske scorer de ikke på kategoriene som ligger inne (1 05.05.08).

Vi tror fortsatt systemet har noen feil. Det er vanskelig å få psykiatriske diagnoser til å slå ut på IPLOS. Det vi gjør for våre brukere kan ofte ikke måles. Hvis vi er et sted i tre timer, er det ingen rubrikker vi kan fylle inn det (28.08.08).

IPLOS har kun et par variabler som er rettet mot psykiatri. Men de variablene er vektlagt med hensyn på score i (regnskapssystemet). I IPLOS spørres det om brukere ser godt. Ja, våre brukere ser godt, de ser gjerne litt for godt fordi de har hallusinasjoner. De spør om brukere hører godt. Ja visst hører de godt, de hører også for godt. Men sosiale ferdigheter, det scorer våre brukere lavt på (2 01.10.08).

IPLOS vil altså kunne standardisere pengebruken i psykisk helse. Det ble kommentert både på at IPLOS ville kunne heve økonomiske normer for tjenester i kommunene, og redusere dem. Reduksjon i normen blir spesielt omtalt i tre kommuner, der to har hatt den samme eksterne konsulenten til å gå gjennom tjenestene som blir ytt i pleie og omsorg.

Tjenesten er i ferd med å bli skalert ned. Vi skal ned på IPLOS-norm (2 02.10.08).

Indikatorene kan fungere som en målepinne på hvordan det står til i kommunen. Det kan også (Kommune-stat-rapporteringen) Kostra være. Det er også foranledningen til at vi skal skjære ned. Det er gjort sammenligninger med andre kommuner i samme

kostragruppe og vi bruker mer per innbygger enn andre gjør (1 03.10.08).

For brukerne av psykisk helsetjeneste i kommune C vil nedskaleringen for eksempel bety at brukerne ikke lenger vil kunne bli hentet og kjørt hjem igjen ved besøk på dagsenteret. Dagsenteret er lokalisert sammen med enhet for psykisk helse som er geografisk skilt og ligger langt fra andre tjenesteytende enheter i kommunen. Det kan være vanskelig å komme seg dit. Også følge til og fra andre typer avtaler regner medarbeidere med at det ville bli stilt spørsmål ved om de skulle yte. Vi nevnte tidligere i kapitlet at eksterne konsulenter har stilt spørsmål ved forvaltningsavdelingen i kommune B, og begrunnet det blant annet med at avdelingen var for raus i utmåling av tjenester.

7.4.5 Oppsummering: Kommunal organisasjonskontekst

Kommunalt psykisk helsearbeid er i stadig endring. Som vist endres det på grunnlag av beslutninger enheter og tjenester fatter selv, på grunnlag av beslutninger fattet på kommunalt nivå eller på grunnlag av endrede betingelser fra statlig nivå. Betingelser gitt på alle tre nivåene utgjør altså den konteksten psykisk helsearbeid gjennomføres innenfor.

Endring gjennomført som resultat av beslutninger fattet internt i den psykiske helsetjenesten finner vi bare i kommune C. Den endringen var gjennomført ved intervjurunden i 2005/2006, og medførte at det ble skapt nye interne prosedyrer for samarbeid. Medarbeiderne i enheten tilpasset seg de nye samarbeidsprosedylene forholdsvis raskt.

Endringer gjennomført som resultat av beslutninger fattet på kommunalt nivå finner vi i alle kommunene, for noen flere ganger. Dette er endringer som berører psykisk helsearbeids kontekst og dermed mulighetene for å samarbeide horisontalt mellom enheter og tjenester på kommunalt nivå. Den mest markante endringen er innføring av flat struktur, som for så vidt alle kommunene mener de har. Kommunene A, C og E har innført to nivåer i relasjonen mellom enhetsleder og administrasjonssjef. Den bebudede organisasjonsendringen i kommune C vil gjøre denne relasjonen spissere ved å slå sammen 13 enheter til seks. Internt i kommun-

ene A og C blir det vist at flat struktur medfører at det blir etablert skjulte ledelsesnivåer. Den flate strukturen i de to største kommunene ser ut til å sementere gamle konflikter, eller la gamle konflikter få spille seg ut på ny. Kommunene A og C, samt B, har også etablert forvaltningsenhet. I kommune A er denne en kilde til konflikt fordi den ikke er i stand til å finne løsninger pleie- og omsorgsenhetene kan enes om. I kommune C håper medarbeidere at forvaltningsenheten skal bli en løsning på samme typen samarbeidsproblemer. I kommune B er de ulike interessene ikke definert som å stå i motsetning til hverandre og tjenestene innenfor pleie og omsorg gjorde lite forsøk på å samarbeide.

Kommunene D og F har beholdt et ledernivå mer enn de tre andre kommunene, mens kommune B nylig har reetablert det. Disse tre kommunene kan karakteriseres som å være mer hierarkisk enn de resterende kommunene. Både kommune D og F har etablert prosedyrer og rutiner for samarbeid mellom tjenestene i pleie og omsorg.

Kommune D konsentrerer samarbeidet som formelle møter mellom alle tjenesteledere i en forholdsvis stor helse- og omsorgs-avdeling. På møtene, som blir holdt en gang per måned, møter det altså representanter med beslutningsmyndighet. Fordelingene av brukere på enheter som blir gjort i dette forumet, er dermed autoritativ, og det blir ikke stilt spørsmål ved fordelingen slik det blir gjort i andre kommuner. I kommune F deltar lederen for psykisk helse i ledergruppe i åpne omsorg.

Kommune D har også etablert rutiner for individuelle planer, og tjenesteledermøtene er forumet der også disse blir koordinert. Planene blir iverksatt av en koordinator som kan beskrives som forumets sekretariat. Individuelle planer er altså løftet opp på systemnivå, noe kommune B, som har en noenlunde tilsvarende ordning, ikke får til. Også kommunene A og C har etablert egne koordinatorstillinger for individuell plan, og også her kan det konkluderes med at individuell plan er løftet til systemnivå.

Samarbeidet horisontalt i pleie og omsorg fungerer altså godt i noen kommuner, og mindre godt i andre. Trekk ved den kommunale konteksten som ser ut til å fungere godt er trekk som legger til rette for samarbeid mellom enheter som defineres som å tilhøre pleie og omsorg. Et godt samarbeid som involverer pleie og omsorgs hjemmetjenester finner vi bare i kommunene D og F, og

til dels i E. Dette er de tre minste kommunene, og det er bare en av disse som har flat struktur med ren tonivåmodell. Ingen har forvaltningsavdeling, og organisatorisk er det altså lagt opp til at vedtak og gjennomføring skal ses i sammenheng. I disse kommunene sørges det for koordinering, og det er etablert ledernivåer med myndighet til faktisk å koordinere mellom enheter innenfor pleie og omsorg. Det kan dermed se ut til at flere ledernivåer er et suksesskriterium når det er en målsetting å få til internt samarbeid mellom tjenester som kan klassifiseres som å tilhøre pleie og omsorg.

I kommunene A og B ses vedtak og gjennomføring ikke i sammenheng. I kommune A brukes skillet som en forklaring på de konfliktene mellom utøvende enheter som også medfører at det ikke er samarbeid mellom dem. Flat struktur og forvaltningsenhet ser ut til å ha formalisert konflikter som tidligere var uformelle. I kommune B har skillet vært utgangspunkt for at tjenesten for psykisk helse vurderes som kostnadsdrivende, men også der har skillet mellom vedtak og gjennomføring sementert et system der samarbeid mellom enheter innenfor pleie og omsorg ikke var på dagsorden. I kommune C er det etableringen av den flate strukturen som sementerte konflikter som i utgangspunktet var uformelle. Når nye prosedyrer har blitt etablert ser det altså ut til at de har tatt opp i seg uformelle trekk i organisasjonskulturen. Slike trekk har fått forme betingelsene psykisk helse gjennomfører sine tjenester under, trolig fordi koordinering og samarbeid i liten grad har vært på agendaen. Hvordan koordinering og samarbeid har vært gjennomført med enheter eksterne for pleie og omsorg skal det gås nærmere inn på i neste avsnitt.

7.5 Samarbeid utover pleie- og omsorg

Psykisk helse i kommunene har altså organisert seg forskjellig med hensyn på horisontalt samarbeid med pleie og omsorg. Psykisk helse har horisontalt samarbeid også med enheter utenfor pleie og omsorg. Det er kommunale enheter som barnevern, helsesøster, PP-tjensten, sosialkontor, samt skoler og barnehager, og enheter for kultur. Horisontalt samarbeid på kommunalt nivå gjennomføres også med NAV. Psykisk helse samarbeider vertikalt med poliklinikker, DPS og sykehus.

Individuelle planer er, ved siden av at de er et redskap for brukermedvirkning, også et redskap for horisontal og vertikal koordinering og samordning mellom tjenester.

7.5.1 Horisontalt samarbeid i kommunen

Individuell plan og ansvarsgrupper

Individuelle planer ser ut til å være et innarbeidet redskap som blir brukt i større grad i 2008 enn både 2003/2004 og i 2005/2006.

Det har altså vært en positiv utvikling omkring slike planer.

Kommune B er et unntak. Der er arbeidet med individuelle planer lagt til en egen enhet; koordineringsenheten. Denne har ansvaret for å koordinere tjenester for alle brukere som trenger tjenester fra flere enheter i kommunen. Enheten har systematisert arbeidet med ansvarsgrupper, og har brukt lang tid på å endre sitt opplegg på en slik måte at det kunne inkludere individuelle planer uten å lykkes. Individuelle planer utarbeides av medarbeidere i seksjon for psykisk helsearbeid (1 og 3 28.03.08).

Kommune C har etablert en koordinator for individuelle planer som tar i mot søknader og fasiliterer etablering av planer og driver opplæring i malen kommunen har etablert for slike planer.

Arbeidet med planene delegeres deretter fra koordinatoren til en primærkontakt som overtar koordinatoransvaret for enkeltbrukeres individuelle planer. Koordinatoransvaret kan også ligge i spesialisthelsetjenesten (1 10.10.08, 2 02.10.08). I kommunen er medarbeidere opptatt av at arbeidet med planen tar tid:

Mange synes det er mye arbeid med individuelle planer. Vi lærer opp koordinatorene. Det tar ca. en time per uke per plan. Planen legger opp til mer samhandling med samarbeidspartnere og med brukere, derfor tar det tid. Koordinatoren skal holde kontakten med alle involverte. Også med ansvarsgruppen (3 01.10.08).

Kommune A har etablert en tilsvarende ordning; også der er det en medarbeider i forvaltningsenheten som har individuelle planer som sitt ansvarsområde (1 05.05.08).

I kommune D er det også etablert en koordinatorstilling som har ansvaret for å initiere og utarbeide individuelle planer. Stillingen er

en sekretariatsfunksjon for det som kalles koordineringsenheten, som er samarbeid på systemnivå. Enheten består av tjenesteledere i helse- og sosialseksjonen og den koordinerer tjenestene for alle brukere som skal ha sammensatte tjenester. Den møtes en gang i måneden, fatter beslutninger om tjenester og fordeler ansvar. Ansvar legges til den tjenesten som kommer til å være mest i kontakt med brukeren (1 10.03.08).

Medarbeidere i psykisk helsetjeneste har erfaring av at brukere tar initiativ og spør om de kan koordinere deres planer (1 14.03.08). Det kan oppfattes som om brukere ønsker å ha individuelle planer. Samtidig opplever medarbeidere at det overhode ikke er tilfelle og at brukere oppfatter planer som "mas" (12.03.08). Det stilles derfor fortsatt noen spørsmål ved verdien av individuelle planer:

Malene vi har tilgang til nå er alt og ingenting. Jeg undrer meg på hvem individuelle planer er til for: er det brukerne eller systemet? Det er like mange oppfatninger om individuelle planer som det er aktører i systemet og den mangler fullstendig standardisering. Vi ser for eksempel at for mange av våre brukere er individuelle planer ikke nødvendig. Det blir fort så firkantet og tvangsmessig (2 10.03.08).

I de to minste kommunene, E og F, går arbeidet med planer framover. I kommune E omtales arbeidet på denne måten:

Individuelle planer er kommet i system, og de som vil ha, får. Nysyke og de med rusrelaterte tilleggslidelser får alltid. De som har vært innlagt kommer ut fra sykehuset med en påbegynt plan (2 03.10.08).

I kommune F opplever de at de fleste planene er initiert i spesialisthelsetjenesten:

De fleste som har, har planen med seg når de kommer fra spesialisthelsetjenesten. Andrelinjen setter det i gang (28.08.08).

Også der opplever de at mange brukere ikke er interessert i å ha planer. Brukere takker nei når de får tilbudet.

Samarbeid med helse og samarbeid om barn og unge

I fire av kommunene, unntakene er for kommune D og E, er samarbeidet med legene organisert rundt enkeltbrukere. I kommune D samarbeides det med fastlegene, og det er organisert på systemnivå med møter hver 18. måned. Da drøftes tiltak etc. overfor felles brukere. Alle legene oppfattes ikke som like interesserte, men det understrekes at de stiller til møter og de er villige til å skrive henvisninger eller bestillinger i forhold til nye brukere tjenesten skal ta inn. Én medarbeider samarbeider med leger om alle sine brukere og understreker at legene er tilgjengelige (1 og 2 10.03.08, 12.03.08). I kommune E er det ikke etablert samarbeid om brukere med legen.

I kommune D har psykisk helsetjeneste felles leder på mellomledernivå med blant annet helseavdelingen, samt med barnevernet og familiesenteret som skal drive forebyggende arbeid. Familiesenteret har spesialkompetanse på psykisk helsearbeid, men det er ikke etablert et fast samarbeid med psykisk helsetjeneste. Hoveddelen av tilbudet til dem under 18 år skal drives av helsesøster, og tilbudet oppleves som mangelfullt. Det er familiesenteret som samarbeider med barnevern, skoler og barnehager (2 14.03.08).

Som vist til over er det etablert et system med henvisning til psykisk helsetjeneste i denne kommunen. Dette ble gjort fordi psykisk helsetjeneste mente det var et behov for at andre tjenester presiserte hva de mener psykisk helsetjeneste kan gjøre for brukere. Medarbeidere oppfatter situasjonen slik at andre tjenester, hjemmetjenestene, barnevern og helsesøster, har en tendens til å overlate alle saker som tolkes til å inneholde psykiatriske problemstillinger til dem:

Vi må lære å se usikkerheten hos andre, å kjenne mekanismene for når de vil overlate noe til oss. Andre enheter har ofte selv de gode svarene, men de må tvinges til å tenke gjennom hva de har å tilby brukerne (2 10.03.08).

Henvisningene er dermed en del av grensene psykisk helsetjeneste mener må gås opp mot andre tjenester.

I kommune E har helsesøster lenge drevet alt psykisk helsearbeid for barn og unge, og det er også helsesøster som har holdt kontakt med BUP. Psykisk helsetjeneste har begynt å delta i arbeidet for

denne gruppen, etablering av individuell plan nevnes spesielt (2 03.10.08).

I kommune A er det etablert samarbeid med helsestasjonen om tjenester til barn og unge, og det samarbeides med barnevernet. Samarbeidet var etablert ved at enhet for psykisk helse fordeler ca. 1 million kroner til helsestasjonen. De brukes blant annet til gruppe for stille jenter, åpen barnehage og helsestasjon for unge. Kommunen har vært områdeorganisert og dette hadde skapt ulikheter med hensyn på prioritering mellom tjenester lokalt, ulikheter som fortsatt var merkbare. Helsesøster var prioritert i den bydelen som utgjør kommune A, og etter at områdeorganiseringen er opphevet har dette blitt et problem:

Penger fordeles etter hvor mange som bor i bydelen. Men da ble det sett til oss, og i forhold til antallet innbyggere hadde vi for eksempel for mange helsesøstere. Da måtte vi avgi en stilling.... . Hvilke midler var det da som gikk? Hva velger de å redusere på? Helsestasjon for unge? Vi kan fortsatt dokumentere bruken av 1 million kroner, men vi vet ikke om den går til våre tjenester (1 05.05.08).

Den tidligere områdeorganiseringen hadde også medført at psykisk helse ble oppprioritert i forhold til andre bydeler, og også det mente enhetsleder at enheten fikk ”svi for” fordi det blir mindre til barn og unge. Samarbeidet med barnevern, helsestasjon og fysioterapi-tjenesten blir det likevel satset på. Samarbeidet med barnevernet blir omtalt på denne måten:

Det er grenseoppganger som skal gås mellom oss her og barnevernet. Vi yter for eksempel støttekontakter, og vi koordinerer avlastningshjem. Men vi lurte litt på hvorfor vi gjør akkurat det. Vi starter tiltak og vi krangler oss ledere i mellom. Men det skal ikke gå utover barna. Vi har god dialog, men vi er uenige. Vi mener barnevernet må inn med tiltak. Barnevernet har tiltak å sette i verk (1 05.05.08).

I samarbeid med barnevernet er medarbeidere involvert direkte i saker der hele familier får tjenester (1 05.05.08, 2 06.05.08).

Enheten har tidligere lagt ned en del arbeid for å integrere tjenester til barn og unge uten at det hadde lyktes (Helgesen 2006 b). I 2008 er det etablert en egen avdeling i enhet for psykisk helsetjeneste som består av koordinatoren for barn og unge, koordinatoren for besøkshjem og støttekontakter. Avdelingen er tilknyttet enhetslederen direkte som resultat av konflikter i enheten; det var vanskelig for etablerte medarbeidere å akseptere at enheten også skulle yte tjenester til barn og unge (2 05.05.08, 2 06.05.08).

I kommune B blir det arbeidet for at psykisk helsetjeneste skal samlokaliseres med helsetjenesten, nettopp fordi det skal samarbeides om tiltak for barn og unge. Blant annet blir det diskutert å etablere et familiesenter. Det er også diskusjoner rundt spørsmålet om hvordan kommunen kan sikre kontinuitet i tjenestene for barn og unge som etter hvert skal få tjenester fra seksjon for psykisk helsetjeneste. Samarbeidet med legene blir oppfattet som fragmentert og som å foregå rundt enkeltbrukere. Legene oppfattes ikke som spesielt interessert i samarbeid rundt det psykiske helsearbeidet. Informantene opplyste at representanter for kommunen skal på studietur til kommune D for å lære slikt samarbeid (31.03.08).

I kommune C er samarbeidet med fastlegene fortsatt organisert rundt enkeltbrukere, og det oppfattes fortsatt at legenes interesse for problemstillingene er varierende, selv om samarbeidet oppleves som bedre. Som vist i avsnitt 7.3 er det etablert en avdeling for barn og unge i enheten for psykisk helse, og det er etablert en barn- og ungetjeneste som skal samarbeide med enhet for psykisk helsearbeid gjennom en nyetablert stilling. Stillingen skal lokaliseres i enhet for psykisk helsearbeid. Samarbeidet med helseenheten var dermed ikke like mye i fokus i 2008 som det hadde vært både i 2003/2004 og 2005/2006. Det er likevel etablert et samarbeid med den delen av skolehelsetjenesten som arbeider mot videregående skole og mot unge mødre (2 og 3 01.10.08).

Kommune F har hatt stor utskriftning av leger de siste to årene, og situasjonen med å rekruttere lege til kommunen oppfattes som vanskelig, som det også var i 2003/2004. Arbeidet med psykisk syke i kommunen framstilles som en av årsakene til at leger har flyttet fra kommunen, og ble dermed brukt som en forklaring på problemene med å rekruttere lege:

Vi har hatt stor utskiftning av leger, mange ganger siden sist du var her. De synes det er mye arbeid med de psykisk syke. De er ofte innom legen mange ganger, gjerne hver dag. De psykisk syke ringte mye og legene ble betenkte (28.08.08)

Kommunen hadde etablert en telefonvaktjeneste på sykehjemmet, som skulle sile telefoner til legene. Ordningen ble etter hvert oppfattet som ikke å fungere og kommunen kjøper nå en profesjonell og kommersiell telefonvaktjeneste. Den kan gi brukere råd og veilede dem noe, og presset på henvendelser til legen er redusert med 25-30 %.

Helsesøster har hovedansvaret for tjenester til barn og unge, og for å samarbeide med skoler og barnehager. For å styrke tjenestene til barn og unge har kommunen etablert en stilling for psykolog som et interkommunalt samarbeid med to nabokommuner. Helsesøster skal ha henvisningsrett til psykologen. Etablering av denne stillingen har det vært arbeidet med på forskjellige måter i løpet av hele evalueringsperioden. I 2008 er stillingen på plass, og kommune F disponerer 20 %. Psykiatrisk sykepleier i kommunen drev i 2003/2004 opplysningsarbeid opp mot skolene. I 2008 blir dette oppfattet som ikke lenger å være interessant for skolene, og arbeidet har tatt slutt (28.08.08).

Samarbeid med sosialkontor og NAV

Samarbeidet med NAV blir oppfattet på forskjellige måter i de ulike kommunene. I kommune A er det ikke etablert NAV-kontor på tidspunktet intervjuene blir gjennomført. Interimskontoer for brukere som trenger det etableres enkelt i sosialkontoret og kommunen har, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, etablert rutiner på systemnivå for å involvere overformynderiet og etablere hjelpeverge for brukere som har behov for det. Å være i arbeid er fortsatt ikke aktuelt for mange brukere, og verken leder eller medarbeidere i enhet for psykisk helsearbeid er opptatt av samarbeid med a-etat. Enheten har etablert en koordinatorstilling som har spesielt ansvar for å arbeide med brukere som har rusrelaterte tilleggs lidelser (2 05.05.08, 1 og 2 06.05.08).

I kommune B blir NAV-kontoret oppfattet som vanskeligere å samarbeide med enn sosialkontoret hadde vært. Det dreier seg om at NAV ikke kan etablere interimskontoer for brukere, de kan

heller ikke tre støttende til i brukeres økonomistyring på andre måter. Overformynderiet må inn i bildet, og det må etableres hjelpeverger. Dette blir det ikke lagt til rette for på systemnivå i kommunen, men de enkelte medarbeidere må arbeide med det for sine brukere individuelt. Dette blir oppfattet som vanskelig, og det blir oppfattet som umulig å få fatt i hjelpeverger. Endringene blir oppfattet som store, og belastningen på medarbeiderne har økt fordi de må jobbe med brukere for i større grad å få dem til å styre sin egen økonomi (1, 2 og 3 28.03.08, 31.03.08).

Som følge av NAV-kontoret oppfattes oppfølgingen av rusmisbrukere som å ha blitt fragmentert. Da NAV ble etablert i kommunen ble to ruskonsulenter overført til seksjon for psykisk helse, mens andre deler ble overført til pleie og omsorg, og noe ble beholdt i NAV. Overføringen til seksjon for psykisk helse blir bare delvis oppfattet som positiv. Årsakene til det blir vurdert å være flere. For det første har det vært lite informasjon om endringen, og medarbeiderne ved seksjon for psykisk helse mener at rusmisbrukere får høy prioritet og kommer i konkurranse til deres brukergruppe av psykisk syke med diagnoser. For det andre arbeider ruskonsulentene nå i sterkere grad i forhold til sosialtjenestelovens kapittel fire, og det blir oppfattet som å medføre at det ikke lenger kan arbeides oppsøkende og forebyggende. Nå er det kjente brukere som får individuell oppfølging. For det tredje oppfatter ruskonsulentene at de nå har mindre myndighet som medarbeidere i seksjon for psykisk helsetjeneste enn de hadde som medarbeidere i sosialkontoret. De oppfatter seg ikke lenger som myndiggjorte medarbeidere, men må utføre sine oppgaver i forhold til diagnoser og vedtak fattet eksternt. Selv om de hadde med seg sin portefølje av brukere da de ble overflyttet til seksjon for psykisk helse, blir endringen opplevd som et tap for deres brukere. Lavterskeljobbingen blir oppfattet som å være borte; det blir sagt at enhet for pleie og omsorg ikke forstår hva det dreier seg om (2 28.03.08, 31.03.08).

I kommune C oppleves det at brukeres relasjoner til NAV er annerledes enn relasjonene var med sosialkontoret. Noen medarbeidere mener at sosialkontoret ikke lenger gir de samme ytelsene, og at det er vanskeligere å få økonomiske ytelser etter NAV-reformen. Det blir vektlagt at søknader om tilleggsytelser til store innkjøp eller aktiviteter er spesielt utsatt for avslag. Medarbeiderne er delt i synet på hvordan NAV fungerer overfor

brukerne. Til dels er oppfatningen at brukere blir dårlig behandlet og at saksbehandlere over tid er utilgjengelige pga. korte treffe- og telefontider. NAV blir oppfattet som noe uvillige til å ta tak i brukernes økonomiske situasjon, og medarbeidere i kommunens psykiske helsearbeid mener NAV forsøker å skyve spørsmålene over til brukernes primærkontakter (3 01.10.08).

Til dels er oppfatningen at NAV ”tenker rett”. Det vil si er villig til å møte brukerne og ta dem alvorlig. Oppfatningen er da at NAV tar tak i brukeres økonomiske problemer, og overformynderiet kobles inn eller brukere får oppnevnt hjelpeverge. Ordningen med hjelpeverge er begynt satt i system, men blir vurdert som tungvint, upraktisk og dyr for brukerne. Medarbeidere stiller seg undrende til at NAV ikke kan operere interimskontoer på samme måte som sosialkontoret kunne det. I forhold til brukernes mulighet for å komme i arbeid blir NAV ikke oppfattet som å være der brukerne er: Brukerne vil ut i arbeid med sin restarbeidsevne på mellom 30 og 50 %. Det blir det oppfattet at NAV enda ikke har virkemidler til å gjennomføre. Psykisk helses medarbeidere har heller ikke store forventninger til prosjektet ”Vilje viser veg”, som har en 100 % stilling i kommunen. De tror at prosjektet vil gi et spesielt positivt utslag for bruker av psykiske helsetjenester (1 og 2 01.10.08, 1 og 2 02.10.08).

Kommune D har ikke samorganisert sin sosialtjeneste med NAV-kontoret, og samarbeidet om brukernes økonomi tas derfor med sosialkontoret. Dette oppfattes som vanskelig, og det dreier seg om å kunne få kontantytelser, men også om bolig. Det er få omsorgsboliger i kommunen, og kommunen formidler derfor boliger på det private leiemarkedet. Sosialkontoret oppfattes ikke som å gjøre dette på en god måte og medarbeiderne har historier om usle boliger, i ett tilfelle fullt av mugg, som tilbys psykisk syke mennesker til meget høye priser. En medarbeider har historier om det å leve uten tv, for eksempel gjorde en enslig psykisk syk to-barnsmor det (12. 03.08, 14.03.08).

Kommunen har etablert en byttesentral der ansatte og innbyggere i kommunen kan levere brukte møbler. Det har hendt at psykisk syke som har søkt sosialkontoret om midler til å kjøpe ny seng eller et kjøkkenbord, er blitt henvist dit for å finne brukbare møbler. Dette blir oppfattet av medarbeidere som respektløst og krenkende, og som å forsterke fattigdomsfølelsen mennesker som

lever på uføretrygd eller sosialhjelp allerede opplever. Det blir etterlyst en bredere arena for samarbeid med sosialkontoret. Blant annet for å formidle erfaringer av denne typen, men også fordi brukere skal ha et fast samarbeid med kontoret. På tidspunktet for våre intervjuer opplevde medarbeidere mange utkastelser. Regionen har opplevd press i boligmarkedet de siste årene, med sterkt økende priser, og psykisk syke klarer ikke å beholde boligene sine fordi de har for dårlig styring på sin økonomi (12.03.08, 2 14.03.08).

Driften av rus/psykiatri-teamet er et samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og sosialkontoret. Dette samarbeidet blir ikke oppfattet som helt vellykket fordi det er forankret både i sosialtjenesten og i psykisk helsetjeneste. Teamet blir altså ledet fra to tjenester, og det blir oppfattet som å skape uro. Teamet har hatt høy turnover og manglet på intervjutidspunktet en leder. Ut over det vurderer medarbeiderne i kommunene teamet som et meget positivt tiltak (1, 2 og 3 10.03.08).

Kommunen samarbeider med NAV om brukere som ønsker arbeid. Det er de enkelte medarbeidere som står for dette samarbeidet, og det gjennomføres ”på bestilling” fra brukere, det vil si at samarbeidet foregår rundt den enkelte bruker. Oppfatningen er at samarbeidet kan bli bedre, også fra kommunens side (12.03.08, 1 14.03.08).

I kommune E er det store forventninger til NAV-kontoret som skal etableres en måned fram i tid. Medarbeidere i psykisk helsearbeid har i de tidligere intervjurundene gitt uttrykk for dårlige erfaringer fra samarbeidet med kommunens sosialkontor, og a-etat var lokalisert i nabokommunen. NAV skal samlokaliseres med psykisk helsearbeids ene distriktskontor. Forventningene til NAV er konkrete på at det skal bli enklere å få brukere i aktivitet. Det er spesielt forventninger til prosjektet ”Vilje viser veg” (2 03.10.08).

Kommune F har heller ikke etablert NAV-kontor og samarbeidet med sosialkontoret oppfattes som å gå i sine etablerte rutiner. Samarbeidet er etablert på systemnivå, og det oppfattes å gå bra. Fortsatt er det i hovedsak brukere med doble diagnoser det er samarbeid om. A-etats distriktskontor som kommunen forholdt seg til er blitt NAV. Samarbeidet med dette dreier seg om enkeltbrukere (28.08.08).

Samarbeid med kulturavdelinger

De fire største kommunene har kulturavdelinger, og det er etablert noe samarbeid mellom kulturavdelingene og psykisk helsetjeneste i alle disse kommunene. Samarbeidet er mest eksplisitt i kommune B. Der dreier det seg om fritidsarbeid for barn og unge, samt en turgruppe og diverse kurs for voksne. Samarbeidet er organisert ved at kulturavdelingen får midler fra Opptrappingsplanen. Fritids-tiltakene blir ytt ved at barn og unge får tildelt fritidskontakt til for eksempel trening i et skiannlegg. Flere brukere kan da trene parallelt med idrettslagets skigruppe. Kulturavdelingen arrangerer også fritidsklubb som i prinsippet var åpen for alle i en viss aldersgruppe, men der det ble fokusert på spesielle målgrupper bestemte dager i uken. Oppfatningen var at denne måten å organisere aktivitetene på skaper integrering (Myrvold m. fl. 2008).

Mellom 2003/2004 og 2005/2006 var det ingen utvikling i seksjonens samarbeid med kulturavdelingen, samarbeidet hadde ligget nede i den perioden seksjonens lederstilling var vakant. På tidspunktet for intervjuene var dette tatt tak i og det var berammet møter for 2008. Det samarbeidet som var etablert før vakansen har imidlertid fortsatt, og dagsenteret er forholdsvis sterkt involvert i samarbeidet med en turgruppe og diverse kurs (31.03.08).

Kommune A, som er en stor kommune, har mange muligheter for brukere av psykiske helsetjenester til å nyttiggjøre seg kulturtilbud. Enhet for psykisk helsearbeid formidler støttekontakter for å forenkle tilgangen til kulturopplevelser, og det legges til rette for at brukere skal kunne gå på brukerstyrte dagsentra. Det er ikke formalisert samarbeid på samme måte som i kommune B (1 og 3 05.05.08).

Kommune C har hatt et forholdsvis utstrakt samarbeid med kulturavdelingen (Myrvold og Helgesen 2005). I 2008 er dette redusert, og det er nå enheten for psykisk helsearbeid som står for arbeidet med kulturtiltak for sin målgruppe av brukere. Det er i første rekke en sommerfestival for idrett, men også verdensdagen for psykisk helse omtales som et kulturtiltak. Det er lite samarbeid med andre enheter om fritidstiltak (2 01.10.08).

Kommune D har også en kulturavdeling. Avdelingen driver lavterskel kulturtiltak som er beregnet på hele kommunens befolkning. Psykisk helsetjeneste formidler støttekontakter for sine

brukere og det legges også på andre måter til rette for at målgruppen skal kunne ta i bruk disse kulturiltakene (1 og 2 10.03.08).

7.5.2 Oppsummering: horisontalt samarbeid

Kommunenes psykiske helsearbeid utvider altså til stadighet sin virksomhet til nye områder. De tre mest markante områdene det er endringer på er samarbeidet med NAV, utviklingen med hensyn på brukere med rusrelaterte tilleggsdiagnoser, og satsingen på tilbud til barn og unge. Etablering av NAV-kontorer er den mest markante endringen i organisasjonskonteksten, og utgjør både en endret fysisk-materiell struktur i form av nytt kontor, samt endret formell struktur fordi samarbeidet går langs nye linjer: Etablering av NAV-kontor har medført nye prosedyrer og rutiner angående økonomistyring for brukere som er i behov av det. Mens noen kommuner løfter disse prosedyrene opp på systemnivå, beholder andre dem på individnivå og overlater til medarbeiderne i psykisk helse-tjeneste å finne individuelle løsninger for sine brukere.

Kommune D har ikke etablert samarbeid med sosialkontoret, som blir oppfattet av medarbeidere som å være tilfredsstillende. Samarbeidet forgår ikke på systemnivå, men skjer rundt enkeltbrukere. Dette er situasjonen også i andre kommuner. Samarbeidet med andre enheter utenfor pleie og omsorg blir til dels oppfattet som bedre, men det var arbeidet mye for å få på plass både tjenester til barn og unge og til mennesker med rusrelaterte lidelser. Flere kommuner har samarbeid på systemnivå om tjenester til barn og unge. Det gjelder for kommunene A, C og D. Kommune D har kommet langt med sitt familiesenter, men også kommunene A og C har etablert slike tjenester som kan se ut til å være robuste på sikt. I kommunene B, C og D er det etablert team for å yte tjenester til personer med rusrelaterte lidelser, i kommune A er brukere med denne typen problematikk en del av brukerporteføljen til medarbeiderne i enhet for psykisk helsearbeid. I alle kommunene ser det ut til å ha vært motstand mot å integrere dem som brukere.

Kommune D forsøker å knytte teamet til både tjenesten for psykisk helsearbeid og sosialkontoret, uten at det blir oppfattet som helt vellykket fordi det var to ledere. Den store enheten og dens ledelse oppleves altså ikke i stand til å sørge for et robust samarbeid, men det er i denne kommunen det likevel ser ut til at

det kan etableres noen prosedyrer og rutiner uten at det skapes konflikter internt i psykisk helsearbeid, og uten at det blir konflikter mellom enheter.

Også inkludering av både brukere med rusrelaterte lidelser samt barn og unge krever at det blir etablert nye prosedyrer. Internt i psykisk helse kan disse være tunge å håndtere, som for eksempel i kommunene B og C der det skaper bekymring for løsningen av det som blir oppfattet som enhetens kjerneoppgaver; nemlig å yte tjenester til voksne. For kommune Cs vedkommende kan det tenkes at det reduserte samarbeidet med kulturavdelingen er et resultat av at enheten i større grad må konsentrere seg om sin kjernevirksomhet når organisasjonen blir utsatt for det ytre presset den oppfattet at integrering av tjenester for brukere med rusrelaterte lidelser innebærer. I kommune A er trolig også den valgte løsningen for tjenestene for barn og unge et resultat av at etablerte medarbeidere mente at enhetens kjernevirksomhet var truet.

7.5.3 Vertikalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Samarbeidet med NAV er her behandlet som horisontalt samarbeid på kommunalt nivå. Dette valget er gjort fordi den kommunale sosialtjenesten er samlokalisert med trygd og arbeid i NAV. Store deler av NAV er statlig (trygd og arbeid), derfor har samarbeidet mellom psykisk helse og NAV også preg av å være vertikalt samarbeid. I denne framstillingen er det imidlertid samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som blir benevnt vertikalt.

Alle casekommunene samarbeider med spesialisthelsetjenesten – med både poliklinikker, DPS og sykehus. I 2004 ble det lagt inn i styringsdokumentene fra daværende Helse- og omsorgsdepartementet at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom DPS og kommuner. I 2005/2006 hadde alle kommunene opplevd at DPS er i opptaksområdet til hadde tatt kontakt om avtale. Tre kommuner, A, D og F, mener nå de har inngått avtaler med DPS. For kommunene A og F gjelder avtalene også samarbeid med sykehuset de er i opptaksområdet til. De tre siste kommunene, B, C og E har ikke inngått avtale med sitt DPS (Helgesen 2006, 2006 b).

I kommune A ble samarbeidet med spesialisthelsetjenesten oppfattet som rimelig bra, men variabelt, i 2003/2004. Spesialisthelset-

tjenesten hadde et ansvar for å ta kontakt med kommunen angående utskrivinger av brukere, men det ble gjort i varierende grad. Medarbeidere opplevde at deres behov for informasjon om brukere som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten ikke ble tatt hensyn til. Hvis informasjonen kom, var den utilstrekkelig. Samarbeidet om barn og unge var tettere og mer predikerbart for medarbeiderne i kommunen (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2005/2006 hadde dette endret seg fordi det var etablert en avtale, og den opplevdes også som å fungere rimelig bra (Helgesen 2006). I 2008 oppleves samarbeidet med spesialisthelsetjenesten til dels som ytterligere forbedret sammenliknet med 2005/2006. Med DPS er det etablert faste møter en gang per måned. Det oppleves av ledere og medarbeider som å fungere godt. DPS har etablert et akutteam som kan stille opp i arbeidstiden, men det oppfattes likevel som et problem at brukere ikke kan være på DPS over tid for rehabilitering (1 05.05.08).

Med sykehuset oppfattes samarbeidet som å ha blitt noe dårligere i løpet av de siste årene. Avtalen som ble laget er fortsatt gjeldende, og leder og medarbeidere i avdeling for psykiatritjenester mener den fungerer for deres vedkommende, det vil si at kommunen oppfyller sin del av forpliktelsene. De mener samtidig at avtalen ikke er nedfelt i spesialisthelsetjenestens rutiner. Der er det høy turnover og nyansatte og vikarer kjenner ofte ikke til avtalen (1 og 2 06.05.08).

Oppfatningen hos medarbeidere er ikke lenger at det skorter på informasjon; det holdes utskrivningsmøter og medarbeidere deltar på dem sammen med forvaltningsenheten. Men fortsatt kommer informasjonen om møtene sent, medarbeidere får ikke planlagt hverken møtene eller tjenestene som skal ytes til nye brukere slik at nye brukere enkelt kan gå inn som en del av deres daglige arbeid. Det blir bare brannslukking:

Men den gode telefonen, den har jeg til gode å få fra sykehuset. Det er den som kommer i tide (2 05.05.08).

Slik det er nå ender vi opp med å føle oss litt lurt. Vi vet enda ikke hva vi bør spørre om når en pasient blir skrevet ut. Et eksempel er et møte jeg var på om utskrivning av en pasient. Legen tilbød seg å se til pasienten en hel uke. ”Jøss flott, tenkte jeg, men

”hvorfør trenger vedkommende så tett oppfølging?” Jo det var selvfølgelig fordi vedkommende var veldig syk. Vedkommende ble også reinnlagt etter bare veldig kort tid. I dag vil jeg være på vakt (2 05.05.08).

I denne kommunen blir det påpekt at avtalen ikke nødvendigvis legger opp til at enheten for psykisk helsetjeneste får kunnskap om hva brukerne mener om tjenestene de skulle motta i kommunen. Når pasientene kommer til kommunen blir det gjerne sett andre sider og andre behov enn de spesialisthelsetjenesten oppgir (2 05.05.08).

I kommune B er det de siste årene skjedd en markant forandring angående psykisk helsetjenestes vertikale samarbeid med DPS. Det omtales som å være press i DPS og at det er vanskeligere å få DPS til å medvirke ved akutte hendelser enn det har vært tidligere. Det går greit på dagtid, men det oppfattes som at beredskapen DPS tidligere hadde på kvelds- og nattetid nå er borte. Også i sykehuset som kommunen er i opptaksområdet til oppfattes det å være på denne måten; det er vanskelig å få lagt inn brukere. En av medarbeiderne i seksjonen omtalte det på denne måten:

Jeg har nylig hentet en ”ut fra de dype skoger”. Da møtte jeg motstand i hjelpeapparatet, det vil si i 2. linjen, som ikke ville legge brukeren inn. Dermed ble vedkommende lagt inn på vanlig sykehus med overføring til psykiatrisk avdeling på mandagen. Dette skjedde en helg. Vi må på en måte være multikunstnere i måten vi får ting til på (1 28.03.08).

I ordet ”multikunstner” er det bakt inn tre elementer: For det første at det blir oppfattet som en selvfølge at det ytes hjelp og at man finner måter å gjøre det på. For det andre at vedkommende i den kommunale psykiske helsetjenesten stiller opp og blir kalt ut utenom ordinær arbeidstid selv om vedkommende ikke går i turnus. For det tredje at det må gjennomføres forhandlinger med hjelpeapparatet for å få brukere innlagt. I det aktuelle tilfellet var det forhandlet med legevakt og med somatisk sykehusavdeling som tok i mot pasienten, og som i ettertid fikk overført vedkommende til psykiatrisk avdeling (1 28.03.08).

I kommune C blir det vertikale samarbeidet med spesialisthelsetjenesten – DPS og sykehus – vurdert omlag som tidligere. Det

vurderes som vanskelig å ha kontakt med DPS, og det oppfattes som å ha blitt vanskeligere i løpet av årene fra 2003/2004. Avtaler er ikke på plass, og DPS oppfattes som å opptre uforutsigbart. Kontakten med sykehuset oppfattes som god. Det varierer med hensyn på om pasientene er kjent i systemet eller om de er ”nysyke”. De kjente oppfattes som å få enklere tilgang til tjenester enn nye. Kvaliteten på kontakten med sykehuset omtales som å være avhengig av om brukernes primærkontakter er kjent for å gjøre gode vurderinger:

Jeg har hatt kontakt med dem i 10 år og mine vurderinger blir nå tatt til etterretning uten at vi behøver å gå veien om lege. Det er lettere å ha kontakt med (sykehuset) enn med DPS (2 02.10.08).

Kommune D har inngått en avtale med DPS og kommunens medarbeidere oppfatter det slik at de hadde mulighet til å komme med innspill overfor utformingen av den. Avtalen oppfattes som konkret, som en avtale der plikter kommunen og DPS har er konkretisert, og som en avtale som ansvarliggjør partene, også kommunen:

Å få den på plass var en god prosess. Det gjorde mye for samarbeidet. Vi var den første kommunen som fikk den i havn, det var banebrytende (1 10.03.08).

Medarbeidere ser likevel på relasjonen til spesialisthelsetjenesten på litt ulike måter:

Behovet er stort. Mange er dårlige, men ikke så dårlige at de blir innlagt. Folk venter lenge i spesialisthelsetjenesten (12.03.08).

Likevel gir medarbeidere uttrykk for at de er fornøyde med at det er inngått en avtale, at samarbeidet er systematisert. Innenfor rammen av avtalen er det også mulig å lage avtaler som angår enkeltbrukere og det å kunne være med på ettervernssamtaler med spesialisthelsetjenesten omtales positivt. DPS yter veiledning til medarbeiderne i kommunen (2 10.03.08, 1 14.03.08).

I kommune E er oppfatningen at det vertikale samarbeidet med sykehuset har utviklet seg positivt, og det presiseres at samhandlingen er forenklet. Blant annet karakteriseres samarbeidet om brukere som en ”abonnementsordning”; det ble oppfattet som

enkelt å få brukere inn til avlastning og utredninger. Samarbeidet med DPS, på den annen side, oppfattes som å ha endret seg til det verre:

DPS har vi gitt opp. Vi oppfatter DPS som ”en stor tankbåt som flyter for seg selv”. Det er en treg og lite utadrettet institusjon. Den er introvert (1 og 2 03.10.08).

Kommune F sitt samarbeid med DPS og poliklinikk oppfattes i all hovedsak som bra. Det påpekes likevel at kommunen i flere år har vært lovet tilgang til sengeplasser for planlagte innleggelser, som behandling eller avlastning, men at dette enda ikke er kommet i stand. Avtalen, som var ferdigforhandlet ved intervjurunden i 2005/2006, oppleves ikke lenger å fungere like godt. Kommunikasjonen mellom kommunen og sykehus, både angående psykiatri og somatikk, oppleves som generelt dårlig. Det kommer fortsatt pasienter uanmeldt hjem fra sykehus (28.08.08).

7.5.4 Oppsummering: samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Avtalene som er laget eller burde vært laget mellom kommunene og DPS er et forsøk på å skape stabile og forutsigbare rammebetingelser for kommunalt psykisk helsearbeid. I den forstand inngår DPS i kommunens kontekst både som fysisk-materielle og formelle strukturer. Fysisk-materielle i den forstand at brukere kan dra dit for planlagte opphold eller akutte tilstander, men også i den forstand at det er fysisk avstand mellom DPS og kommunalt psykisk helsearbeid. Tre av kommunene, A, B og C, har DPS innenfor kommunegrensene uten at det ser ut til å skape mer forutsigbarhet for disse kommunene enn for de andre. Ett DPS trakk seg ut av rollen avtalen skulle gi det, som en del av psykisk helsearbeids stabile kontekst. Kommunene C og E tilhører opptaksområdet til dette DPSet.

Disse kommunene er også i opptaksområdet til det samme sykehuset, og dette ble det uttrykt langt større tilfredshet med. Sykehuset inngår som en forholdsvis stabil kontekst for det kommunale psykiske helsearbeidet. Sykehusene de resterende fire kommunene forholder seg til, ble ikke omtalt like positivt.

7.6 Avslutning og diskusjon

I 2005 konkluderte vi med at psykisk helse ikke trives i den flate organisasjonen. Dette er en konklusjon som fortsatt er gjeldende. Den flate strukturen er ikke i stand til å legge til rette for koordinering, verken mellom enheter internt i pleie og omsorg, eller mot enheter eksternt. Vi konkluderte den gangen med at det var få rutiner og prosedyrer for koordinering som var systematisert i kommunene, og at det ble et ansvar medarbeidere måtte ta individuelt. Dette gjaldt også for den sektororganiserte kommunen; fordi det ikke var delegert myndighet ble relasjonene med pleie og omsorg personavhengige. I kommunene som hadde integrert tjeneste var det ingen leder som kunne fungere som en buffer for medarbeidere mot stadig nye eksterne krav. Vi konkluderte også med at psykisk helse opplevde en del av de samme problemene hvis det ikke var definert et eget ledelsesnivå; da manglet psykisk helses medarbeidere en buffer mot eksterne krav til tjenesteutøvelsen. Disse eksterne kravene kom i all hovedsak fra pleie og omsorg sin hjemmetjeneste (Myrvold og Helgesen 2005).

I 2008 har alle kommunene flat struktur. Tre har tonivåmodell og de tre andre har flernivåmodell. Alle kommunenes psykiske helse-tjenester har ledere, også kommune E, og lederne har fått delegert myndighet angående økonomi, personal og fag. I kommunene med tonivåmodell, A, C og E er det forskjell på i hvilken grad ledere er i stand til å fungere som buffere for medarbeidere mot eksterne krav, dvs. beskytte psykisk helsearbeids kjernevirksomhet. I kommune E fungerer dette godt. Der legges det til rette for samarbeid, og samarbeidsrelasjonene tas i bruk. Det skapes rom for veiledning og for at det kan drives litt opplæring, og arbeidet med individuelle planer er i gjenge.

I kommunene A og C opplever medarbeidere interessekonflikter med pleie og omsorgs hjemmetjenester. Det ser ut til at tonivåmodellen som organisatorisk kontekst er en viktig årsak til interessekonfliktene. I kommune A uttrykkes dette helt konkret ved å henvise til at det ikke er noe nivå eller arena som kan fatte beslutninger om samarbeid og koordinering. Det blir gjort forsøk på å komme til enighet både internt i enhetene som er i pleie og omsorg, og med eksterne enheter, uten at det lykkes. Leder går inn i den vertikale relasjonen med administrasjonssjefsnivået, og har en stedfortreder som skal ta bufferfunksjonen; altså beskytte enhetens

kjerneoppgaver. Dette oppleves av medarbeidere som ikke å fungere. Koordinering og samarbeid er fortsatt et ansvar medarbeidere må ta, og de inngår i diskusjoner om enkeltbrukere med andre enheter og med forvaltningsenheten. I stor grad er interessekonfliktene en revitalisering av en gammel konflikt; andre enheter benyttet sjansen til å kaste av seg arbeidsoppgaver knyttet til spesifikke målgrupper da reorganiseringen fant sted i 2004. Enheten for psykisk helsearbeid måtte ta i mot.

I 2005 så vi forvaltningsenheten i kommune B som en mulig løsning på slike interessekonflikter. Forvaltningsenheten ble sett som å løfte ansvaret for å fatte beslutninger vekk fra psykisk helsearbeids medarbeidere og som å bedre forholdene for tjenesteytingen. Også i 2008, denne gang både i kommune A og kommune B, er medarbeidere tilfreds med at forvaltningsenheten fatter beslutninger og har ansvaret for den saksbehandlingen som medfølger. I kommune A oppfattes ikke etablering av forvaltningsenhet som en løsning på interessekonflikten, enheten blir tvert i mot oppfattet som å eskalere den. I kommune C er det en forventning om at en nyetablert forvaltningsenhet skal kunne løse en tilsvarende interessekonflikt. Konflikten har vedvart siden før evalueringen startet opp. Forvaltningsenheten i kommune B er ikke aktør i en interessekonflikt, fordi psykisk helsearbeidere ikke har hatt og heller ikke har forventninger om at det skal være et utstrakt samarbeid med pleie og omsorgs hjemmetjeneste. I de andre kommunene med flernivåmodell, D og F, samt kommune E, er samarbeid mellom enheter i pleie og omsorg en selvfølge, og det gjennomføres ved at de kan ha felles brukere. Alle tre kommunene har etablerte samarbeidsfora eller et definert myndighetsnivå. Dette er tydeligst i kommune D, som har begge deler; der legger en sjef for helse- og omsorgsavdelingen til rette for samarbeid mellom tjenesteledere. Deltakelse i samarbeidsforumet inngår som en del av prosedyrer og rutiner.

Ledere for psykisk helse i store kommuner med tonivåmodell-kontekster fungerer altså i liten grad som en buffer for medarbeidere ved å beskytte enhetenes kjerneoppgaver. Det er et unntak for kommune E, som altså er en liten kommune. Det kan se ut til at ledere for psykisk helse i flernivåmodeller i større grad kan innta en posisjon der de fungerer beskyttende for psykisk helsearbeids kjerneoppgaver fordi det er kjent hvor myndigheten ligger og myndighet tas i bruk.

I 2003/2004 observerte vi også at leder for psykisk helsearbeid i kommunen med tonivåmodellkontekst, grunnet mye brann-slokking med hensyn til den økonomiske situasjonen, ikke var i stand til å omgjøre relevante eksterne faktorer til interne faktorer, det vil si fange opp signaler fra statlig og kommunalt nivå og omgjøre dem til konkrete arbeidsoppgaver for medarbeidere. Dette var også i stor grad tilfelle for de kommunene som hadde organisert sitt psykiske helsearbeid uten egen leder.

I 2008 har alle kommunene begynt å yte tjenester til flere målgrupper. Både barn og unge, samt brukere med rusrelaterte tilleggslidelser får nå tjenester fra psykisk helsearbeid i alle casekommunene. Det vil si at signaler fra statlig nivå er omgjort til konkrete oppgaver for medarbeidere. I noen kommuner var det tunge prosesser å etablere tjenester til disse målgruppene. Det gjelder for både kommunene A, B, C og D. Kommune D utgjør for så vidt et unntak ettersom medarbeidere i denne kommunen berømmet kommunen for å ha etablert et team. Den administrative løsningen av det var imidlertid ikke vellykket.

For de tre andre kommunene er det grunn til å tro at utviklingen av tjenester for disse målgruppene har medvirket til å rette et sterkt fokus mot interne prosesser i enhetene for psykisk helsearbeid. Samtidig kan disse prosessene ha tatt fokuset vekk fra arbeidet med å få i gang eller lede prosesser for å ordne eksterne relasjoner med andre enheter i pleie og omsorg, eller med andre enheter i kommunen. Det skjulte ledernivået kan også medvirke til at interne prosesser kommer mer i fokus. På den ene siden er enheter i psykisk helse store, og de representerer etter hvert et kontrollspenn som er for stort for en leder når medarbeidere i boenheter og dag-sentra regnes inn. Som vi så drev leder i kommune C et utstrakt arbeid mot sine interne avdelinger, og det ble gjennomført moderne personaladministrasjon med for eksempel medarbeidersamtaler. Det samme ble gjort i kommune A. På den annen side representerer det skjulte ledernivået en byråkratisering av psykisk helsearbeid, og det binder opp ressurser både til lønn og administrasjon.

I 2003/2004 observerte vi at casekommunene opplevde sitt samarbeid med spesialisthelsetjenesten som trått og preget av uheldige erfaringer. Dette var først og fremst knyttet til utskriving av pasienter og den informasjonen som ble gitt fra spesialisthelse-

tjenesten i forbindelse med det. I 2008 er denne relasjonen vesentlig forbedret. Flere kommuner har etablert robuste samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder først og fremst for kommunene D, E og F, mens kommunene A, B og C kan synes noe mindre fornøyde med sitt samarbeid. Samarbeidsrelasjonene ser ut til å ha lite å gjøre med avtalene som skal være etablert. Det er kun kommune D, og heller ikke der er det samstemmighet mellom medarbeidere, som ser ut til å mene at også spesialisthelsetjenesten forholder seg til avtalen. Kommunene A og F mener at de selv forholder seg til den, men at spesialisthelsetjenesten gjør det i mindre grad. Det er noe forskjell i oppfatning av DPS og sykehus. Kommunene C og E har bedre relasjoner til sykehuset enn til DPS, samarbeidet med DPS blir i stor grad sett som ikke-eksisterende. De fire andre kommunene opplever sine samarbeidsrelasjoner med DPS som bedre enn med sykehuset.

I 2005 konkluderte vi med at kommune B så ut til å være mest vellykket med hensyn på hvordan organisasjonskonteksten la til rette for iverksetting og gjennomføring av psykisk helsearbeid. Konklusjonen var basert på flere av faktorene som er diskutert over om at delegert myndighet til psykisk helsearbeid og eksistensen av en forvaltningsavdeling og koordineringsenhet løftet beslutninger fra medarbeidere til et ledelsesnivå og til eksterne aktører, og at enhet for psykisk helsearbeid kunne konsentrere seg om å yte og utvikle tjenester.

Disse trekkene ved organisasjonskonteksten beholder vi bare delvis som suksesskriterier i 2008. Det ser fortsatt ut til at psykisk helsearbeids kjerne bør beskyttes ved at en del beslutninger og ansvar for saksbehandling løftes vekk fra enkeltmedarbeidere. Det ser også fortsatt ut til at det er viktig at myndighet er delegert til en enhet eller tjeneste for psykisk helsearbeid. Samtidig observerer vi klarere i 2008 enn i 2005 at samarbeid og koordinering er skadelidende når det ikke er et mellomledernivå med tydelig myndighet, for eksempel til å fatte beslutning om samarbeid. Dette er mest markant i de store kommunene med tonivåmodellkontekst, og det er først og fremst samarbeidet med andre enheter som defineres som å tilhøre pleie og omsorg som er vanskelig. Samarbeid med enheter som er eksterne for pleie og omsorg, som barn og unge, helsesøster eller barnevern kan synes å være enklere. Alle formene for samarbeid er for så vidt løftet til systemnivå, men samarbeidet med forvaltningstjenesten og pleie og omsorgs hjemmetjeneste har

tydelige konsekvenser som observeres hos og av medarbeiderne. Organisasjonsløsningen med forvaltningsavdeling kan også se ut til å eskalere interessekonflikter heller enn å fungere dempende.

Det kan se ut til at å ha flere ledernivåer mellom enhetsleder og administrasjonssjefnivået er et suksesskriterium for løsningen av noen arbeidsoppgaver innenfor psykisk helse i store kommuner. Dette er basert på observasjoner av kommune D, der det observeres at organisering av samarbeid, implementering av individuell plan og etablering av interne møte- og diskusjonsfora er lettere å få til enn i andre store kommuner. Kommunen har også etablert tjenester til nye målgrupper.

Det kan ikke konkluderes med at flere ledernivåer er et suksesskriterium for samarbeid med spesialisthelsetjenesten, spesielt ikke fordi samarbeidet i høy grad avhenger av dette nivået. Det kan likevel spekuleres i om flere ledernivåer kan medvirke til å rydde plass, eller fjerne press, på en slik måte at det frigjøres ressurser til å samhandle bedre både horisontalt og vertikalt. Flere nivåer mellom enhetsleder og administrasjonssjef kan altså være et viktig suksesskriterium fordi det kan etableres konsensus om hvilke eksterne faktorer som det skal tas hensyn til, og fordi det dermed er etablert et myndighetsnivå.

DEL IV

KONKLUSJONER

8 Oppsummeringer, konklusjoner og anbefalinger

8.1 Innledning

Gjennom analyser av datamateriale fra spørreskjemaundersøkelser og case-studier har vi i denne rapporten belyst følgende spørsmål:

- Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid for voksne og for barn/unge? Hvordan har utviklingen i organisering vært over tid?
- Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?
- Makter kommunene å gi et bredt tilbud til innbyggere med psykiske problemer? Hvilke tjenester bidrar til det psykiske helsearbeidet i kommunen? Hvordan er samarbeidet mellom tjenestene?
- Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen: andre kommuner, andrelinjen, NAV og brukerorganisasjonene?
- Hvilken betydning har organiseringen av det psykiske helsearbeidet for involvering av tjenester og for samarbeid internt og eksternt?
- Hvordan fungerer fagmiljøet i psykisk helsearbeid i kommunene? Hvilken betydning har organisering og ledelse for hvordan fagmiljøet oppleves å fungere?
- Hvordan er utviklingen i tjenestene for barn og unge? Hvordan sikres bredde og samarbeid i dette arbeidet?

- Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor? Hvilken utvikling kan man se i forhold til samarbeid og fagmiljø?

Før vi besvarer disse spørsmålene, vil vi gi en fyldig oppsummering av hvert av kapitlene i rapporten.

8.2 Oppsummeringer

Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Kapittel 4)

Organisering og samarbeid internt i kommunen

I løpet av evalueringsperioden 2002 – 2008 har det vært en klar økning i andel kommuner som har en egen enhet for psykisk helsearbeid rettet mot voksne. Samtidig er det en nedgang i andelen kommuner som sier de har det psykiske helsearbeidet som en egen tjeneste innenfor en enhet med større ansvarsområde. Det er nå nesten ingen kommuner som sier at de har en integrert modell for psykisk helsearbeid, dvs. at arbeidet er fullstendig integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat.

For de kommunene som har psykisk helsearbeid organisert innenfor et større tjenesteområde har det de senere årene skjedd store endringer i hvor i kommuneorganisasjonen det psykiske helsearbeidet er plassert. Mens utviklingen tidligere gikk i retning av at arbeidet ble plassert innenfor enheter som primært driver med helsetjenester, viser tallene fra 2008 at en større del av kommunene igjen har lagt det psykiske helsearbeidet til pleie- og omsorgstjenesten.

De aller fleste kommunene har iverksatt ulike tiltak for å koordinere tjenestene til innbyggere med psykiske problemer og lidelser. I løpet av Opptrappingsperioden har det vært en klar økning i andelen kommuner som rapporterer at de bruker individuell plan og ansvarsgrupper. Til tross for dette er det fremdeles en god del kommuner som har liten faktisk erfaring med å benytte individuell plan. Holdningene til individuelle planer er stort sett positive, selv om mange synes det er ressurskrevende å utarbeide slike planer.

I siste halvdel av Opptrappingsplanen er det satt fokus på fastlegenes rolle i kommunenes psykiske helsearbeid. Analysene viser

at legetjenesten over tid er blitt mer involvert i arbeidet. Samarbeidet med legene oppleves også å ha blitt bedre, på lik linje med samarbeidet med barnehager/grunnskoler og helsestasjons-/skolehelsetjenesten. Det foreligger klare indikasjoner på at skolene, helsestasjonene og skolehelsetjenesten er blitt sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet de senere årene. Disse tjenestene har iverksatt betydelig flere forebyggende tiltak, og de er – i større grad enn andre tjenester – blitt styrket med rekruttering knyttet til psykisk helsearbeid. Alt i alt ser det ut til at tjenester som er rettet mot store deler av befolkningen i større grad involveres i det psykiske helsearbeidet, mens tjenester som har å gjøre med mer marginale grupper, som barnevernet og sosialtjenesten, i noe mindre grad involveres. Dette kan sies å være i tråd med satsingene i Opptrappingsplanen. Samtidig er det visse kommunale tjenester, bl.a. innenfor kultur, som i liten grad trekkes med i arbeidet rettet mot innbyggere med psykiske problemer og lidelser.

Fagmiljøet innen psykisk helsearbeid vurderes som bedre i 2008 enn seks år tidligere. Et klart flertall av kommunene mener at Opptrappingsplanen har bidratt til å styrke fagmiljøet. Det er små forskjeller i vurderingen av fagmiljøet mellom kommuner med ulik modell for organisering av det psykiske helsearbeidet. Kommuner med tjenesteorganisering har imidlertid en noe større tendens enn kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid til å mene at fagmiljøet blir for lite og at folk med kompetanse spres for tynt på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen, i stedet for å samles i et sterkere fagmiljø.

Samarbeid med instanser utenfor kommunen

Til tross for at Helsedirektoratet i veilederen fra 2005 anbefaler kommunene å samarbeide om administrative oppgaver og tjenester knyttet til brukere med omfattende psykiske problemer, har det skjedd liten utvikling av det interkommunale samarbeidet de siste tre årene. Noen flere kommuner rapporterer om samarbeid om sysselsetting og arbeid, men det er færre som sier at de inngår i et faglig samarbeid med andre kommuner. Sammenliknet med kommuner med en egen enhet for psykisk helsearbeid, har kommuner som har det psykiske helsearbeidet plassert som en tjeneste innenfor en større enhet oftere samarbeid med andre kommuner, først og fremst i form av felles kurs og veiledning.

Fra 2005 har myndighetene vært eksplisitte i sine forventninger om at kommuner og andrelinjetjenesten etablerer formelle samarbeidsavtaler. Vi finner også en klar økning i rapporteringen av slike avtaler fra 2005 til 2008. Særlig sterk er økningen i avtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om rutiner ved utskrivning. På direkte spørsmål til kommunene om de får delta i beslutninger knyttet til utskrivningsprosessen fra sykehus, DPS og sykehjem, er det imidlertid beskjedne endringer i svarene. Det kan med andre ord se ut til at større bruk av formelle avtaler foreløpig bare i begrenset grad har endret andrelinjens faktiske atferd mht. å trekke med kommunene ved utskrivning av pasienter.

De siste tre årene har det skjedd en økning i andelen kommuner som får besøk av ambulerende team fra andrelinjen. To av tre kommuner får nå besøk av ambulerende team. Det er også flere kommuner som mottar veiledning til faste tider fra andrelinjen.

Kommunene vurderer voksne innbyggers tilgang på tjenester fra andrelinjen som klart bedre i 2008 enn tidligere. Bedringen i tilgangen på tjenester ser ut til å ha økt jevnt i perioden fra 2002 til 2008.

Sammenliknet med 2002 oppfatter kommunene rådgiverne for Opptrappingsplanen hos fylkesmennene i 2008 mer som kontrollører, men også mer som støttespillere. Det synes ikke å eksistere noen klar konflikt mellom de ulike rollene til rådgiverne: rollen som overordnet kontrollør går i noen grad hånd i hånd med rollen som støttespiller, dialogpartner og pådriver.

Kommunene forventes å samarbeide med NAV Arbeid og NAV Trygd (tidligere Aetat og Trygdekontoret) om innbyggere med psykiske problemer og lidelser. Over tid er det skjedd en jevn økning i kommunenes kontakt med disse instansene. Økningen er størst for kommunenes samarbeid med NAV Arbeid om enkeltbrukere. Et fåtall kommuner har samarbeidsmøter med NAV på overordnet nivå.

Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene har utviklet seg positivt i hele perioden fra 2002 til 2008. Det er nå betydelig færre kommuner som sier at de ikke har noe samarbeid med brukerorganisasjonene, og det er en klar økning i andelen kommuner som oppgir å ha brukerråd eller tilsvarende knyttet til sitt psykiske helsearbeid.

Vurdering av kommunens arbeid med Opptrappingsplanen

Kommunene vurderer sin egen innsats innenfor psykisk helsearbeid som betydelig bedre i 2008 enn i 2005. Dobbelte så høy andel kommuner mener egen innsats er "svært god" nå sammenliknet med for tre år siden. Kommuner med egen enhet for psykisk helsearbeid er noe mer tilfreds med innsatsen enn kommuner som har det psykiske helsearbeidet som en tjeneste innenfor en større enhet.

Det ligger fra statens side ingen entydige føringer på kommunenes prioriteringer innenfor det psykiske helsearbeidet. Vår undersøkelse tyder på at tjenestene til alle gruppene av psykisk syke er bedret i perioden fra 2002 til 2008. Tjenestene til barn og unge har opplevd den største bedringen, men tilbudet til denne gruppen var svært dårlig i utgangspunktet.

Vurderingen av bedringen i tilbudet henger sammen med hvordan kommunene opplever utviklingen i egne tjenester for psykisk syke. Kommuner som synes egen innsats på dette området er svært god, mener i større grad at tilbudet til voksne med lette eller alvorligere problemer er blitt bedre. Vi finner ingen tilsvarende sammenheng mellom tilgangen på andrelinjetjenester og vurdering av bedring i tilbudet. Kommunene synes med andre ord å forklare bedringen i tilbudet til mennesker med psykiske problemer først og fremst med kommunenes egen innsats.

Kommunenes bedre økonomi de siste par årene ser ut til å innebære at kommunene opplever økonomien som et mindre problem for implementeringen av Opptrappingsplanen. Sammenliknet med tidligere sees nå problemer knyttet til kunnskap om psykisk helsearbeid, antall ansatte i det psykiske helsearbeidet og lite hensiktsmessig organisering som en større hindring for arbeidet med Opptrappingsplanen. Også samarbeidsproblemer med andrelinjetjenesten oppleves som en viktig hindring, til tross for økningen i etableringen av formelle samarbeidsavtaler. Nærmere analyser viser at det er små forskjeller i vurderingen av samarbeidsproblemer med andrelinjen mellom kommuner som har samarbeidsavtale og kommuner som ikke har slik avtale. Samarbeidsavtaler ser heller ikke ut til å ha betydning for kommunenes vurdering av egne innbyggers tilgang på andrelinjetjenester.

Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Kapittel 5)

Samarbeid og samordning i det psykiske helsearbeidet for barn og unge

Kommunene organiserer i stadig større grad sitt psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge i en egen tjeneste plassert innenfor en større enhet med et bredere ansvarsområde. En av åtte kommuner har en egen enhet som yter tjenester til barn og unge med psykiske problemer og lidelser. Så å si alle disse kommunene har arbeidet for barn og unge organisert i samme enhet som arbeidet for voksne. Bare én av ti kommuner oppgir nå å ha en integrert modell for psykiske helsearbeid rettet mot barn og unge.

Mens helsestasjonstjenesten tidligere utgjorde et helt sentralt tilknytningspunkt for det psykiske helsearbeidet for barn og unge, går utviklingen nå i retning av større variasjon i tilknytningen.

Det er stor stabilitet i ulike samordningstiltak i det psykiske helsearbeidet. De aller fleste kommunene har felles tiltak for barn/unge og voksne. Svært få kommuner har egne tiltak rettet mot samordning av arbeidet for barn og unge.

På noen områder har det vært en økning i bruk av samordnende tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer. Flere kommuner benytter bestillekontor og ansvarsgrupper. Det har også vært en økning i bruken av individuell plan overfor denne gruppen, men fremdeles har en del kommuner liten erfaring i å utarbeide individuelle planer for barn og unge.

I perioden fra 2002 til 2008 synes det å ha skjedd en klar endring i involveringen av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge. Utviklingen har skjedd som en dreining bort fra tjenester som særlig møter barn i vanskelige situasjoner – som barnevernet og sosialtjenesten – til tjenester som møter de fleste barn og unge, som helsestasjons-/skolehelsetjenesten og legene.

Det synes å være ganske bred involvering av kommunale tjenester i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Samarbeidet med helsestasjonene, skolehelsetjenesten, barnehager og grunnskoler har også utviklet seg positivt de senere årene.

Samarbeid mellom kommunen og andrelinjen i psykisk helsearbeid for barn og unge

Mens det er flere kommuner som sier at de får besøk av ambulante team knyttet til voksne med psykiske vansker, er det en reduksjon i andelen kommuner som sier de får slik hjelp fra andrelinjen til barn og unge. På den annen side er det nå flere kommuner som får fast veiledning til denne gruppen fra andrelinjen.

Kommunenes vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen – tjenestene for barn og unge

Kommunene synes ikke det har skjedd noen vesentlig bedring i barn og unges tilgang på andrelinjetjenester de siste tre årene. Fremdeles mener halvparten av kommunene at barn og unges tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

Kommunene mener det har skjedd en klar bedring i tilbudet til barn og unge med psykiske problemer og lidelser i perioden fra 2002 til 2008. Kommuner som synes egen innsats innenfor psykisk helsearbeid er svært god, vurderer bedringen i tilbudet som vesentlig bedre enn kommuner som synes innsatsen er dårlig.

Småkommunenes psykiske helsearbeid (Kapittel 6)

Organisering og samarbeid internt i kommunen

Det er fremdeles en tendens til at større kommuner i større grad enn mindre kommuner har egen enhet for psykisk helsearbeid. Ellers er det nå relativt små forskjeller i organisering mellom kommuner av ulik størrelse. Også når det gjelder tendensen til å omorganisere det psykiske helsearbeidet finner vi nå større likhet mellom store og små kommuner.

Små kommuner har gjennomgående etablert færre tiltak for samordning enn større kommuner, men denne tendensen er svekket de siste tre årene.

Mens det i 2002 var store forskjeller mellom kommunene når det gjaldt erfaring med utarbeidelse av individuelle planer, benytter nå alle typer kommuner individuelle planer for noen eller alle innbyggere med behov for slik plan. Mindre kommuner opplever litt flere problemer knyttet til arbeidet med individuelle planer. Bare når det gjelder involvering av alle aktuelle tjenester synes store kommuner å oppleve større utfordringer enn småkommunene.

Vi finner ingen enkle sammenhenger mellom kommunestørrelse og involvering av ulike tjenester i det psykiske helsearbeidet. Legetjenesten oppgis å være minst involvert i de største kommunene. For kultursektoren er det omvendt: kultur fremstår som noe mer trukket inn i det psykiske helsearbeidet i større kommuner enn i små.

Antall tjenester som får opplæringstiltak som ledd i kommunens implementering av Opptrappingsplanen øker med økende kommunestørrelse. Flere tjenester styrkes dessuten med flere ulike typer tiltak i de store kommunene.

Det er klare forskjeller mellom store og små kommuner i vurderingen av samarbeidet med ulike kommunale tjenester. Samarbeidet oppleves jevnt over bedre i de mindre kommunene. De største kommunene skiller seg særlig negativt ut. Det er bare samarbeidet med kultursektoren som vurderes like godt i de største kommunene som i småkommunene.

De minste kommunene opplever i større grad enn mer folkerike kommuner enkelte problemer knyttet til fagmiljøet i egen kommune. Fagmiljøet blir ofte svært lite i småkommunene, og i en del av disse kommunene mener de at folk med kompetanse spres for mye på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen, i stedet for å samles i et sterkere fagmiljø.

Samarbeid med instanser utenfor kommunen

Helsedirektoratet anbefalte i 2005 småkommunene å inngå interkommunale samarbeidsløsninger innenfor det psykiske helsearbeidet. Våre analyser viser at små kommuner har noe mer tjenestesamarbeid med andre kommuner i 2008 sammenliknet med tidligere. Likevel er det fremdeles et mindretall blant småkommunene som har samarbeid med andre kommuner om ulike typer tiltak rettet mot mennesker med psykiske vansker. Det synes ikke å ha vært noen tilsvarende økning i det interkommunale faglige samarbeidet innenfor psykisk helsearbeid, snarere tvert i mot.

Mens det tidligere var en klar tendens til at små kommuner i mindre grad enn større kommuner hadde formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen, er disse forskjellene nå sterkt redusert. Likevel synes de større kommunenes avtaler å omfatte flere forhold enn småkommunenes avtaler. De minste kommunene

mener dessuten i større grad at andrelinjen sjelden rådfører seg med dem ved utskrivning av pasienter.

Tidligere undersøkelser viste at en høyere andel av de små kommunene fikk besøk av ambulante team fra andrelinjen. Denne forskjellen mellom store og små kommuner er nå borte. Det er imidlertid fremdeles betydelige forskjeller mellom ulike typer kommuner mht. i hvilken grad de benytter seg av muligheten til å få veiledning fra andrelinjen. Forskjellen dreier seg først og fremst om veiledning knyttet til voksne brukere, der de største og de mellomstore kommunene oftest benytter seg av tilbudet om veiledning. For barn og unge er det ikke tilsvarende forskjeller mellom kommunene.

Tidligere fant vi en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og kommunens vurdering av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester: jo større kommune, desto mer negativ vurdering av tilgangen på tjenester. I 2008 er det fortsatt en slik sammenheng, men forskjeller mellom små og store kommuner er mindre enn tidligere. Det synes med andre ord som om de større kommunene har opplevd størst bedring i tilgangen på andrelinjetjenester. Likevel er det fortsatt tre ganger så mange blant de store kommunene enn blant de minste som mener innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

Mens de tidligere undersøkelsene viste at de største kommunene hadde mest kontakt med NAV Arbeid, er forskjellene betydelig mindre nå. De største har fremdeles mest kontakt på overordnet nivå, men ellers er det ingen systematiske forskjeller mellom kommunestørrelse og kontakt. Det er heller ingen klar sammenheng mellom kommunens størrelse og kontakt med NAV Trygd, bortsett fra en tendens til at de aller største kommunene svarer at de har mindre kontakt med NAV Trygd om enkeltbrukere.

Det har vært en klar økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene for alle typer kommuner i løpet av årene fra 2002 til 2008, men det er fremdeles slik at andelen kommuner som ikke samarbeider med brukerorganisasjonene reduseres med økende kommunestørrelse. De største kommunene er også gjennomgående mer tilfreds med samarbeidet med organisasjonene.

Vurdering av arbeidet med Opptrappingsplanen

Små og mellomstore kommuner er mest fornøyd med egen innsats innenfor psykisk helsearbeid. Nesten ingen av de største kommunene synes innsatsen er svært god.

I 2008 mener alle typer kommuner at det har vært en betydelig bedring i tilbudet til innbyggere med psykiske problemer og lidelser, både voksne og barn/unge. Den klareste økningen i tilfredshet med tilbudet finner vi for de små kommunene.

De minste kommunene opplever enkelte problemer knyttet til implementeringen av Opptrappingsplanen som større hindringer enn mellomstore og store kommuner. Dette gjelder problemer med å rekruttere fagfolk, problemer med at kommunen har for få ansatte som arbeider med psykisk helse, og for liten kunnskap om dette arbeidet i politisk ledelse. Også kommunens generelle økonomiske situasjon fremstår som en større hindring i de minste kommunene. De største kommunene, derimot, synes organiseringen av det psykiske helsearbeidet representerer en betydelig utfordring.

Casestudiene: Organisering og ledelse i kommunalt psykisk helsearbeid (Kapittel 7)*Organisering av psykisk helsearbeid*

Kommunene endrer ofte og mye i sine organisasjoner. Blant våre casekommuner har noen gjort endringer i hele kommuneorganisasjonen, mens andre har foretatt endringer bare i psykisk helse-tjeneste. Noen kommuner har vært gjennom større organisasjonsendringer ved hver av evalueringens milepæler.

Tre kommuner har på tidspunktet for våre intervjuer etablert forvaltningsavdelinger der brukerrettede tjenester utredes, vurderes og utmåles, og der det fattes beslutninger om hvilken kommunal avdeling brukerne skal motta tjenester fra. Slike enheter blir oppfattet ulikt av medarbeiderne.

Selv om organisasjonene er endret mye, har det skjedd en positiv utvikling over tid på de fleste områder av psykisk helsetjeneste i alle casekommunene. Det er ansatt flere medarbeidere som yter tjenester til flere grupper av brukere. Det er også bygget flere boliger for psykisk syke i alle kommunene, bortsett fra i den minste kommunen. Det har vokst frem en erkjennelse av et behov for å

kunne differensiere boliger i forhold til bemanning og tilsyn. Fordi Husbanken har trukket seg tilbake fra den generelle boligbyggingen, og bankens virkemidler ikke oppfattes som tilstrekkelig for at mennesker på uføretrygd skal ha mulighet til å skaffe seg en bolig, opplever medarbeidere og ledere i psykisk helsetjeneste bolig som et stort ansvar kommunene bør ta.

Psykisk helsetjeneste har også utviklet seg med hensyn på tverrfaglighet. I alle kommunene er det ansatt medarbeidere med forskjellig utdanningsbakgrunn. Kommunene har tilgang på vernepleiere og ergoterapeuter, og de større kommunene har også sosionomer ansatt i tjenesten. Medarbeidere er i stor grad ansatt i henhold til hvilken kompetanse ulike utdanningskategorier antas å besitte. Vi finner stort sett vernepleiere i boliger og sykepleiere i det som oppfattes å være psykisk helses hjemmetjeneste, som i noen kommuner kalles ambulante tjenester. I de kommunene det kalles ambulante tjenester finner vi også sosionomer i det daglige arbeidet med brukere. Benevnelsen miljøarbeid er i noen kommuner i bruk om den brukerrettede virksomheten uten at det observeres store forskjeller i måten tjenester ytes til brukerne. I alle kommunene drar medarbeidere hjem til brukere, men brukere kan også komme til kontoret for samtaler.

Kommunal organisasjonskontekst

Kommunalt psykisk helsearbeid er i stadig endring. Som vist endres det på grunnlag av beslutninger enheter og tjenester fatter selv, på grunnlag av beslutninger fattet på kommunalt nivå, eller på grunnlag av endrede betingelser fra statlig nivå. Betingelser gitt på alle tre nivåene utgjør altså den konteksten psykisk helsearbeid gjennomføres innenfor.

Endring gjennomført som resultat av beslutninger fattet internt i den psykiske helsetjenesten finner vi bare i én av våre kommuner. Endringen medførte at det ble skapt nye interne prosedyrer for samarbeid. Medarbeiderne i enheten tilpasset seg de nye samarbeidsprosedyrene forholdsvis raskt.

Endringer gjennomført som resultat av beslutninger fattet på kommunalt nivå finner vi i alle kommunene, for noen flere ganger. Dette er endringer som berører psykisk helsearbeids kontekst, og dermed mulighetene for å samarbeide horisontalt mellom enheter og tjenester på kommunalt nivå. Den mest markante endringen er

innføring av flat struktur, som for så vidt alle kommunene mener de har. I et par av kommunene innebærer flat struktur at det blir etablert skjulte ledelsesnivåer. Den flate strukturen i de to største kommunene ser ut til å sementere gamle konflikter, eller la gamle konflikter få spille seg ut på ny. Flere av kommunene har også etablert en forvaltningsenhet. Opplevelsen av forvaltningsenheten variere mellom kommunene fra å være en *kilde* til konflikt til å bli sett som en mulig konfliktløser.

Tre av kommunene har et ledernivå mer enn de tre andre kommunene, noe som gjør dem mer hierarkiske. Etter vår erfaring ser flere ledernivåer ut til å være et suksesskriterium når det er en målsetting å få til internt samarbeid mellom tjenester knyttet til pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

Håndteringen av individuelle planer er forskjellig i case-kommunene. En av kommunene har etablert tjenesteledermøter, formelle møter mellom alle tjenesteledere i en forholdsvis stor helse- og omsorgsavdeling. På møtene skjer fordeling av brukere på enheter, og koordinering av arbeidet med individuelle planer. Planene blir iverksatt av en koordinator som kan beskrives som møtets sekretariat. Individuelle planer er altså løftet opp på systemnivå. Mens denne ordningen ser ut til å fungere godt i denne kommunen, får en av de andre kommunene, som har en noenlunde tilsvarende ordning, ikke systemet til å fungere. To av case-kommunene har etablert egne koordinatorstillinger for individuell plan, og også her kan det konkluderes med at individuell plan er løftet til systemnivå.

Samarbeidet horisontalt i pleie- og omsorgssektoren fungerer altså godt i noen kommuner, og mindre godt i andre. Trekk ved den kommunale konteksten som ser ut til å fungere godt er trekk som legger til rette for samarbeid mellom enheter som defineres som å tilhøre pleie og omsorg. Blant våre kommuner fungerer samarbeidet med pleie og omsorgs hjemmetjenester godt bare i to kommuner, og til dels i en tredje. Dette er de tre minste kommunene, og det er bare én av disse som har flat struktur med ren tonivåmodell. Ingen har forvaltningsavdeling, og organisatorisk er det altså lagt opp til at vedtak og gjennomføring skal ses i sammenheng. I disse kommunene sørges det for koordinering, og det er etablert ledernivåer med myndighet til faktisk å koordinere mellom enheter innenfor pleie og omsorg.

I to av kommunene ses vedtak og gjennomføring ikke i sammenheng. Flat struktur og forvaltningsenhet ser ut til å ha formalisert konflikter som tidligere var uformelle. Når nye prosedyrer har blitt etablert ser det altså ut til at de har tatt opp i seg uformelle trekk i organisasjonskulturen. Slike trekk har fått forme betingelsene det psykiske helsearbeidet gjennomfører sine tjenester under, trolig fordi koordinering og samarbeid i liten grad har vært på agendaen.

Samarbeid horisontalt

Kommunenes psykiske helsearbeid utvider stadig sin virksomhet til nye områder. De tre mest markante områdene det er endringer på er samarbeidet med NAV, utviklingen med hensyn på brukere med rusrelaterte tilleggsdiagnoser, og satsingen på tilbud til barn og unge. Etablering av NAV-kontorer er den mest markante endringen i organisasjonskonteksten, og utgjør både en endret fysisk-materiell struktur i form av nytt kontor, samt endret formell struktur fordi samarbeidet går langs nye linjer: Etablering av NAV-kontor har medført nye prosedyrer og rutiner angående økonomistyring for brukere som er i behov av det. Mens noen kommuner løfter disse prosedyrene opp på systemnivå, beholder andre dem på individnivå og overlater til medarbeiderne i psykisk helse-tjeneste å finne individuelle løsninger for sine brukere.

I flere av kommunene skjer samarbeid med sosialkontoret ikke på systemnivå, men rundt enkeltbrukere. Samarbeidet med andre enheter utenfor pleie og omsorg blir til dels oppfattet som bedre, men det er langt mye arbeid ned i å få på plass både tjenester til barn og unge og til mennesker med rusrelaterte lidelser. Flere kommuner har samarbeid på systemnivå om tjenester til barn og unge, bl.a. i form av et familiesenter.

I noen av kommunene er det etablert team for å yte tjenester til personer med rusrelaterte lidelser, og i en i av kommunene inngår brukere med denne typen problematikk som en del av brukerporteføljen til medarbeiderne i enhet for psykisk helsearbeid. I alle kommunene ser det ut til å ha vært motstand mot å integrere barn og unge og personer med rusproblemer som brukere, bl.a. fordi det skaper bekymring for løsningen av det som blir oppfattet som enhetens kjerneoppgaver; nemlig å yte tjenester til voksne med psykiske vansker. For én av kommunene kan det synes som at det reduserte samarbeidet med kulturavdelingen er et resultat av at enheten i større grad må konsentrere seg om sin kjernevirksomhet

når organisasjonen blir utsatt for det ytre presset den oppfattet at integrering av tjenester for brukere med rusrelaterte lidelser innebærer.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Avtalene som er laget (eller burde vært laget) mellom kommunene og DPS er et forsøk på å skape stabile og forutsigbare rammebetingelser for kommunalt psykisk helsearbeid. Tre av casekommunene har DPS innenfor kommunegrensene, uten at det ser ut til å skape mer forutsigbarhet for disse kommunene enn for de andre. Ett DPS trakk seg ut av rollen avtalen skulle gi det, som en del av psykisk helsearbeids stabile kontekst.

8.3 Konklusjoner

Med utgangspunkt i analysene som er gjennomført i rapporten, vil vi her gi relativt kortfattede svar på spørsmålene stilt i prosjektet.

Hvordan har kommunene organisert sitt psykiske helsearbeid?

Opptrappingsplanen for psykisk helse sier lite konkret om hvordan kommunene skal organisere sitt psykiske helsearbeid. Planen er imidlertid klar på at kommunene ikke skal bygge opp særtjenester for innbyggere med psykiske vansker, men at det psykiske helsearbeidet skal integreres kommunenes ordinære tjenester. Senere dokumenter som kom i kjølvannet av Opptrappingsplanen har moderert dette synet i betydelig grad.

I løpet av opptrappingsplanperioden har kommunene bygget opp egne enheter og egne tjenester for psykisk helsearbeid både for voksne og for barn og unge. Psykisk helsearbeid er utviklet til å bli et eget, definert politikkområde i mange kommuner. Et definert ansvarsområde og en leder for arbeidet blir ofte sett som nødvendig for å forsvare tjenesten mot bl.a. budsjettkutt og invadering av brukere fra andre tjenester. Etablering av en kommunal psykisk helsetjeneste har imidlertid i de fleste kommuner gått hånd i hånd med oppbygging av kompetanse på psykisk helse også i de ordinære tjenestene. Undersøkelsene viser en stadig sterkere involvering av de ordinære tjenestene i det psykiske helsearbeidet.

Gjennom hele Opptrappingsplanens virkeperiode har det vært gjennomført omfattende omorganiseringer av det kommunale psykiske helsearbeidet. For kommuner som har organisert arbeidet i en egen tjeneste innenfor en enhet med videre ansvarsområde har utviklingen gått i bølger: fra organisering av psykisk helsearbeid sammen med pleie- og omsorgstjenestene, til større grad av organisering sammen med helsetjenestene, tilbake til organisering med pleie og omsorg. Det kan synes som om kommunene strever med å finne den ideelle organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Det psykiske helsearbeidet skal ivareta mange hensyn og funksjoner, og ulike tilknytningspunkter for arbeidet har fordeler og ulemper i forhold til disse hensynene.

Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer?

De aller fleste kommunene har nå etablert en rekke tiltak for å samordne tilbudet til brukere med psykiske vansker. Tre av fire kommuner har koordinator på systemnivå for psykisk helsearbeid rettet mot voksne. I løpet av Opptrappingsplanens virkeperiode har det vært en klar økning i andelen kommuner som benytter ansvarsgrupper for de aller fleste innbyggere med behov for langvarig oppfølging. Så å si alle kommunene har erfaring med å bruke primærkontakt for brukere som mottar tjenester fra flere tjenestesteder.

Utviklingen i samordningstiltak i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge viser stort sett samme utvikling som det vi finner for voksne. De aller fleste tiltakene som benyttes for barn og unge omfatter også voksne brukere. Det er svært få kommuner som iversetter egne samordningstiltak for barn og unge med psykiske vansker.

Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?

I løpet av opptrappingsplanperioden har myndighetene stadig lagt større vekt på nytten av at det utvikles individuelle planer for brukere med langvarig behov for koordinerte tjenester. Bruken av individuell plan har økt betydelig i løpet av de siste årene. Samtlige kommuner i undersøkelsen sier nå at de benytter individuell plan for noen eller alle brukere med psykiske lidelser som har behov for en slik plan. Den anslåtte dekningsgraden for individuell plan er

også økt, både for voksne og for barn/unge. Dekningsgraden er lavere blant barn og unge enn blant voksne.

Holdningene til bruken av individuelle planer har utviklet seg positivt de senere årene. Det er stor enighet om at slike planer bidrar til å samordne tjenester og avklare ansvarsforhold. Samtidig mener mange at individuelle planer er et ressurskrevende verktøy, og at det kan være en utfordring å få involvert alle relevante tjenester i arbeidet.

Selv om bruken av individuelle planer er økt, og selv om holdningene til å bruke slike planer generelt er positive, ser vi at det fremdeles er ganske mange kommuner som i praksis har liten erfaring med å utvikle individuelle planer for sine innbyggere, spesielt for barn og unge. Mange kommuner har heller ikke oversikt over behovet for individuelle planer blant sine innbyggere. Også her er oversikten over behovene hos barn og unge dårligere enn tilsvarende hos voksne.

Makter kommunene å gi et bredt tilbud til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er samarbeidet mellom tjenestene?

Opptrappingsplanen setter et klart mål om at mennesker med psykiske vansker skal møtes som hele mennesker, og at de skal bli tilbudt tjenester som ivaretar alle aspekter ved livet. En viktig utfordring for kommunene har derfor vært å involvere tjenester som ikke tidligere – i hvert fall ikke eksplisitt – har jobbet med mennesker med psykiske problemer i det psykiske helsearbeidet. En annen sentral utfordring har vært å få de ulike tjenestestedene til å samarbeide om tjenestene til innbyggere med psykiske vansker.

Våre undersøkelser tyder på at kommunene i noen grad har klart å mobilisere det ordinære tjenesteapparatet i forhold til psykisk helsearbeid, og at samarbeidet mellom ulike tjenester er blitt bedre gjennom årene. Legetjenestens rolle innenfor Opptrappingsplanen var i utgangspunktet ikke klart definert, selv om legene utvilsomt utgjør en viktig tjeneste for mennesker med psykiske vansker. Etter hver som det er blitt et sterkere fokus på å trekke legene mer med i det kommunale psykiske helsearbeidet, er de også blitt mer involvert. Samtidig har pleie- og omsorgstjenestens rolle blitt noe mindre sentral. Mens psykisk helsearbeid tidligere i mange

kommuner ble betraktet som en ”ren” pleie- og omsorgstjeneste, har Opptrappingsplanen bidratt til en bredere oppfatning av hva psykisk helsearbeid består i. Vi ser også klare indikasjoner på at barnehager, grunnskoler og helsestasjons-/skolehelsetjenesten spiller en klart viktigere rolle i det psykiske helsearbeidet nå enn for seks år siden. Generelt ser det ut til at tjenester som møter ”alle” innbyggerne er blitt sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet, mens tjenester som møter mer marginale grupper er blitt noe mindre sentrale. Enkelte kommunale tjenester, for eksempel innenfor kultursektoren, er fremdeles i mange kommuner i liten grad mobilisert i forhold til det psykiske helsearbeidet.

Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen?

For å ivareta helheten i tilbudet til psykisk syke innbyggere forventes kommunene å samarbeide med en rekke instanser utenfor kommunen.

Til tross for at myndighetene anbefaler kommuner, ikke minst små kommuner, å samarbeide seg i mellom om tilbudet til innbyggere med psykiske vansker, gjøres dette i relativt liten grad. Tidligere undersøkelser av andre tjenesteområder har vist at interkommunalt samarbeid er lettere å få til når kommunene har relativt lik organisering av tjenesten, og der tjenesten er klart definert med egen leder. Det er grunn til å tro at samarbeid om psykisk helsearbeid mellom kommuner i noen grad vanskeliggjøres ved at kommunene har organisert arbeidet svært ulikt. Det er visse formelle begrensninger for tjenestesamarbeid på dette området, men disse er ikke til hinder for at kommunene samarbeider om for eksempel dagsentra eller andre fritidstilbud til innbyggere med psykiske vansker.

Opptrappingsplanen innebærer at psykisk syke så langt det er mulig skal bo i sin hjemkommune, og motta tjenester fra kommunen. Samtidig skal andrelinjen yte spesialisttjenester når det er nødvendig. Denne organiseringen betyr at kommunene og andrelinjen må samarbeide for at brukerne skal få et helhetlig tjenestetilbud. Samarbeidsproblemer med andrelinjen har imidlertid vært sett som en av de største hindringene for kommunene i deres implementering av Opptrappingsplanen. Over tid er samarbeidet noe bedret.

I løpet av opptrappingsperioden ser vi en forsiktig økning i kommunenes rutinemessige besøk av ambulerende team fra andrelinjen, og i kommunenes bruk av muligheten for å få veiledning fra andrelinjetjenesten. Kommunene vurderer også innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester som bedre ved utgangen av Opptrappingsplanens virkeperiode sammenliknet med seks år tidligere.

Det har skjedd en betydelig økning de senere årene i andel kommuner som har formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen. Slike formelle avtaler ser imidlertid ut til å ha begrenset faktisk betydning, i hvert fall i løpet av det (relativt korte) tidsrommet vi har sett på. I vår undersøkelse er det ingen sammenheng mellom om kommunen har en formell avtale med andrelinjen, og kommunens vurdering av samarbeid med, og tilgang på tjenester fra, andrelinjen.

De siste årene av opptrappingsperioden har det skjedd en stor omorganisering av de tidligere trygdekontorene, sosialkontorene og Aeat til NAV. Prosessen knyttet til omorganiseringen av disse tjenestene, som er av stor betydning for det psykiske helsearbeidet, har trolig representert en betydelig utfordring for samarbeidet mellom kommunene og tjenestene. Et fåtall kommuner samarbeider med NAV på et overordnet nivå, men det er en økning i andelen kommuner som samarbeider med NAV om arbeidstiltak for enkeltbrukere med psykiske vansker. På samme måte har det vært en økning i andelen kommuner som samarbeider med NAV Trygd om enkeltbrukere.

Opptrappingsplanen har lagt stor vekt å bedre brukermedvirkningen i psykisk helse, blant annet gjennom styrking av brukerorganisasjonene. Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene har bedret seg betraktelig i løpet av opptrappingsperioden. Bedringen i samarbeidet med brukerorganisasjonene har kommet i både store, mellomstore og små kommuner.

Hvilken betydning har organisering og ledelse av det psykiske helsearbeidet for involvering, samarbeid og fagmiljø?

Utbyggingen av det kommunale psykiske helsearbeidet har skjedd samtidig med at kommunene har gjennomgått endringsprosesser også på andre områder. Av størst relevans her er utviklingen i

retning av flat (eller flatere) struktur. Mange kommuner har valgt å organisere sin tjenesteytende virksomhet i avgrensede enheter, med budsjett- og personellansvar. Samtidig fjernes ledernivåene mellom enhetene og rådmannsnivået, slik at enhetslederne rapporterer direkte til rådmannsnivået, som i prinsippet skal stå for prioriteringer og avveininger mellom enhetene. Når mellomlederne forsvinner, forsvinner gjerne fagsjefene. I en kommune med flat struktur kan for eksempel stillingen som skolesjef bli borte, og rektorene forholder seg direkte til rådmannsnivået. En slik organisering blir gjerne innført for at kommunens ledelse skal få større økonomisk kontroll, samtidig som den enkelte enhetsleder blir ansvarliggjort og får større frihet i forhold til enhetens interne prosesser. Et problem med flat struktur er imidlertid at rådmannsnivået i praksis har vist seg ikke å fungere godt som et organ som skal ivareta samordning og faglige avveininger og prioriteringer. Kombinert med faren for at enhetene opptrer som ”enhets-egoister”, er resultatet at samarbeid og samordning mellom enhetene ofte blir vanskelig innenfor enhetsmodellen. Dette har direkte betydning for organisering og samarbeid i kommunalt psykisk helsearbeid.

Den generelle utviklingen i retning av mer eller mindre selvstendige tjenesteytende enheter har trolig bidratt til tendensen til at kommunene etablerer egne enheter eller distinkte tjenester for psykisk helsearbeid. Enhetsmodellens klare utfordringer knyttet til samordning og samarbeid ser vi også i det psykiske helsearbeidet. I kommuner der det ikke sitter noen fag- eller sektorsjef som leder arbeidet innenfor et større område, er det – særlig i større kommuner – helt nødvendig med institusjoniserte tiltak for samordning og samarbeid. Mange kommuner har etablert ulike samordningstiltak, men inntrykket fra vår studie er at kommunene fremdeles finner det utfordrende å få tiltakene til å fungere godt. I casestudien finner vi tilfeller som grenser mot ”enhetsegoisme”, med kontinuerlige diskusjoner om hvilke brukere som hører hjemme hvor, og om hvilke enheter som har ansvar for hvilke oppgaver. Enhetsmodellen oppleves enkelte steder som en institusjonalisering av gamle og/eller latente konflikter mellom tjenester.

En egen leder for det psykiske helsearbeidet kan være hensiktsmessig av flere grunner. For det første kan en egen leder bidra til å skape rom for faglig utvikling, blant annet ved å fungere som en

buffer i forhold til eksterne krav til det psykiske helsearbeidet. På denne måten blir en del beslutninger og oppgaver løftet vekk fra enkeltmedarbeiderne. For det andre kan en egen leder være viktig som et kontaktpunkt for tjenesten mot omverdenen, og slik sett øke mulighetene for godt samarbeid med andre kommunale tjenester, og med tjenester i andrelinjen. Og – ikke minst – vil en leder kunne forsvare det psykiske helsearbeidet internt i kampen om kommunens ressurser.

Hvordan er utviklingen i tjenestene for barn og unge?

Oppsummeringen av de første årene med Opptrappingsplanen, som kom i 2002, viste at de kommunale tjenestene til barn og unge med psykiske vansker ikke utviklet seg som forventet. Myndighetene satte derfor et krav til kommunene om at 20 prosent av de øremerkede midlene innenfor psykisk helse skulle brukes til tiltak for barn og unge. Allerede i 2005 mente vi å kunne se at kommunenes fokus på barn og unges psykiske helse var styrket. Denne utviklingen har fortsatt etter 2005, men fremgangen er beskjeden. Av positive utviklingstrekk ser vi at helsestasjons-/skolehelsetjenesten og legetjenesten er noe mer involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i 2008. Den positive utviklingen for skolenes involvering som vi så i 2005 ser imidlertid ut til å ha stoppet opp. Bruken av enkelte samordningstiltak for barn og unge med psykiske vansker har tiltatt i perioden, som ansvarsgrupper og individuell plan. Samordningstiltakene som er etablert på systemnivå er stort sett felles tiltak for voksne og barn/unge. Slike fellestiltak kan være gunstige i den grad de betyr at barn og unge får nytte godt av den kompetanse som eksisterer for voksne, og i den grad tiltak for voksne og barn/unge blir sett i sammenheng, men det kan være grunn til å stille spørsmål ved om slike fellestiltak makter å gi barn og unges behov samme oppmerksomhet som egne tiltak for denne gruppen kunne gitt.

En del kommuner har i løpet av Opptrappingsperioden fått det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge inn i mer faste former. Noen flere kommuner får fast veiledning fra andrelinjen. Mange kommuner mener også at kommunens eget tilbud til barn og unge er blitt vesentlig styrket i løpet av planperioden, men at tilgangen på andrelinjetjenester for denne gruppen ikke oppleves å ha blitt så mye bedre. Fremdeles vurderes tilbudet til barn og unge å være klart dårligere enn tilbudet til voksne.

Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor?

Norge har mange små kommuner. Mer enn én av tre kommuner har under 3000 innbyggere. Likevel forventes alle kommunene, uansett størrelse og beliggenhet, å ivareta de samme oppgavene overfor sine innbyggere. De minste kommunene har ganske andre forutsetninger for å yte avanserte velferdstjenester, spesielt tjenester rettet mot små grupper i befolkningen. Fagmiljøene blir nødvendigvis ganske små, og småkommunene kan ikke bygge opp spesialkompetanse eller differensierte tilbud innenfor sine tjenester. På den annen side vil små kommuner være mer oversiktlige, noe som ofte vil lette samordning og samarbeid mellom ulike tjenester.

I vår undersøkelse finner vi forskjeller mellom store og små kommuner. Småkommunene har færre institusjonaliserte samarbeids- og samordningstiltak, men det er større tilfredshet med samarbeidet med andre tjenester i det psykiske helsearbeidet i småkommunene. Samtidig er det en erkjennelse i mange små kommuner at fagmiljøene blir små og at den kompetansen som finnes på psykisk helsearbeid i kommunen spres på ulike tjenester i kommuneorganisasjonen, i stedet for at kompetansen samles i et sterkere fagmiljø.

Informantene i det psykiske helsearbeidet i små kommuner sier de har stor nytte av interkommunalt samarbeid og kontakt. Likevel er det mange små kommuner som ikke har noe tjenestesamarbeid eller faglig samarbeid med ansatte i andre kommuner.

På noen områder ser det ut til å skje en konvergering mellom store og små kommuners psykiske helsearbeid over tid. Mens det tidligere var klart færre små kommuner som benyttet individuelle planer, er denne forskjellen nå utvisket. Likevel kan vi se at de små kommunene opplever litt flere problemer med implementeringen av individuell plan sammenliknet med store kommuner. Noen av disse problemene skyldes sannsynligvis kommunens størrelse, men det er også grunn til å tro at dette til dels er nybegynnerproblemer.

De siste tre årene er det etablert mange samarbeidsavtaler mellom kommuner og andrelinjen. Mens det tidligere var mest vanlig at de største kommunene hadde slike avtaler, er forskjellene mellom store og små kommuner nå betydelig mindre. Likevel synes avtalene til de små kommunene å omfatte færre forhold enn større

kommuners avtaler. Flere småkommuner rapporterer dessuten at de ikke får delta i beslutningsprosessene rundt utskrivning av pasienter. Det er grunn til å anta at dette i noen grad skyldes at sykehusene og DPSene prioriterer avtaler med kommuner som de har mange pasienter fra, og dermed et mer regelmessig forhold til. Samtidig kan noe av årsaken til forskjeller i samhandlingen mellom kommunene og andrelinjen være knyttet til at de større kommunene ofte har mer ressurser, kanskje også bedre kompetanse, å sette inn i samarbeidsrelasjonen.

Også når det gjelder samarbeid med NAV finner vi forskjeller mellom kommuner: små kommuner har jevnt over i mindre grad samarbeidsmøter med NAV på overordnet nivå. Samarbeid med brukerorganisasjonene henger klart sammen med kommune-størrelse. De største kommunene har oftere samarbeid med brukerorganisasjonene enn små kommuner. Én årsak til dette er sannsynligvis at mange brukerorganisasjoner ikke er representert i små kommuner.

Som vi tidligere har drøftet, synes det å være liten sammenheng mellom eksistensen av en formell avtale med spesialisthelsetjenesten og kommunenes opplevelse av å bli ivaretatt av den samme tjenesten. Vurderingen av innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester synker med økende kommunestørrelse. Sammenliknet med små kommuner mener de store kommunene at innbyggernes tilgang på tjenester er langt mindre enn behovet.

Små kommuner vurderer sin innsats i psykisk helsearbeid som god, og de mindre kommunene har hatt størst fremgang i vurderingen av egen innsats. De små kommunene skiller seg fra større kommuner ved at de er særlig positive i forhold til bedringen i det forebyggende psykiske helsearbeidet. Det kan synes som om psykisk helsearbeid jevnt over hadde lav prioritet i de små kommunene før Opptrappingsplanen, men at planen, spesielt mot slutten av planperioden, har bidratt til at dette tjenesteområdet har fått en definert plass også i småkommunene.

Til tross for fremgangen i arbeidet, rapporterer de minste kommunene om noe større problemer i implementeringen av Opptrappingsplanen. Det er flere små kommuner som klager over problemer med å rekruttere fagfolk, og det er flere som mener dårlig kommuneøkonomi og for få ansatte representerer hindringer for det psykiske helsearbeidet. Manglende lokal politisk

kunnskap og prioritering oppgis også som årsaker til problemer med å implementere Opptappingsplanen.

Alt i alt tyder våre analyser på at forskjellene mellom store og små kommuners psykiske helsearbeid blir mindre over tid, men at de små kommunene fremdeles står overfor spesielle utfordringer knyttet til det lave befolkningsgrunnlaget i kommunene.

8.4 Refleksjoner og anbefalinger:

Med utgangspunkt i konklusjonene vi har trukket på bakgrunn av analysene i denne rapporten, vil vi til slutt komme med noen refleksjoner rundt den videre oppfølgingen av det kommunale psykiske helsearbeidet.

Organisering og samarbeid internt i kommunen:

Opptappingsplanen har utvilsomt vært et viktig bidrag for å bygge opp psykisk helsearbeid som en kommunal tjeneste. Kommunene har etablert enheter og fagmiljøer med særlig kompetanse på psykisk helse. Opptappingsplanen har dessuten gitt økt oppmerksomhet rundt, og styrket kompetanse på, psykisk helse i de etablerte tjenestene i mange kommuner.

Selv om mye har skjedd i retning av å utvikle det kommunale psykiske helsearbeidet i løpet av opptappingsplanperioden, er dette fremdeles et nytt tjenesteområde i mange kommuner. Psykisk helsearbeid vil fortsatt trenge styrking og konsolidering. All erfaring tilsier at kommunene reagerer på finansielle virkemidler og insentiver. Når de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid nå faller bort, vil det være viktig å følge utviklingen i dette arbeidet i kommunene nøye.

Norske kommuner er svært forskjellige, og har ulike utfordringer i det psykiske helsearbeidet. Det er derfor vanskelig å anbefale én enkelt modell for kommunenes psykiske helsearbeid. En bedre strategi vil trolig være å finne frem til konkrete eksempler på gode praktiske organisatoriske løsninger, som kan fungere som modeller og inspirasjon for andre kommuner

Uansett valg av organisasjonsmodell for det psykiske arbeidet, vil det etter vår mening være viktig med en klar forankring av

arbeidet, i form av en definert leder/koordinator for det psykiske helsearbeidet.

Som vi har drøftet i rapporten, møter det psykiske helsearbeidet noen utfordringer knyttet til den generelle tendensen til å organisere kommunal virksomhet etter enhetsmodellen, eller tonivåmodellen. Enhetsmodellen innebærer, særlig i større kommuner, at samordnings- og samarbeidstiltak på tvers av enhetene må institusjonaliseres. For å sikre at mennesker med psykiske vansker får koordinerte og helhetlige tjenester, vil det være nødvendig å ha fokus på utvikling av gode modeller og tiltak for samhandling.

I de siste årene av Opptrappingsplanens virkeperiode har det vært en klar utvikling i bruken av individuelle planer for mennesker med psykiske lidelser i kommunene. Holdningene til å bruke individuelle planer har også utviklet seg positivt. Likevel gjenstår det en del arbeid før alle kommuner får gode rutiner på bruken av individuelle planer. Mange kommuner trenger bedre oversikt over behovene for slike planer og mer erfaring med utarbeidelsen av planer. Ikke minst mangler mange kommuner oversikt over og erfaring med bruk av individuelle planer overfor barn og unge med psykiske vansker. Det er dessuten fortsatt vanskelig å få involvert alle relevante tjenester i arbeidet med individuelle planer.

I løpet av opptrappingsplanperioden har utviklingen gått i retning av at tjenester som møter det brede lag av befolkningen synes å ha blitt sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet. Denne utviklingen kan bidra til bedre forebyggende arbeid og tidligere intervensjoner, og til at mennesker med psykiske vansker får et bredt og helhetlig tilbud. Selv om dette er positive utviklingstrekk, er det åpenbart rom for atskillig bredere og sterkere engasjement fra det ordinære tjenesteapparatets side. Det kan synes som om oppmerksomheten rundt skolens rolle i det psykiske helsearbeidet har avtatt noe de siste årene, etter å ha vært høyt prioritert i en kort periode frem til 2005. Etter vår mening er det viktig å fortsatt holde et sterkt fokus på skolens bidrag til det kommunale psykiske helsearbeidet.

Opptrappingsplanen er opptatt av at hele mennesket skal ivaretas gjennom det psykiske helsearbeidet, og vektlegger tjenester som møter åndelige og kulturelle behov. Likevel spiller kultursektoren en beskjeden rolle i de fleste kommunenes psykiske helsearbeid.

Det er grunn til å tro at arbeidet for å skape et godt liv for mennesker med psykiske vansker fremdeles har mye å hente i det lokale kulturlivet.

Det er nå en tendens til at det kommunale psykiske helsearbeidet åpner opp og inkluderer ”nye” grupper, både barn og unge og rusmisbrukere. Dette er bra, og er sannsynligvis blant annet et resultat av økonomiske insentiver. Når de øremerkede midlene gjennom Opptrappingsplanen nå faller bort, vil det imidlertid være viktig at ikke kommunene mister fokus på utviklingen av tjenester for voksne med relativt alvorlige psykiske lidelser.

Samarbeid med instanser utenfor kommunen

Samarbeidet mellom kommunene og andrelinjen er kommet inn i fastere former i løpet av Opptrappingsplanens siste fase. Fremdeles synes det imidlertid å gjenstå en del arbeid for å få til et godt samarbeid mellom alle kommunene og spesialisthelsetjenesten. Formelle avtaler er ingen garanti for et godt og smidig samarbeid. Det er derfor viktig fortsatt å følge opp utviklingen i kvaliteten på samarbeidet mellom de ulike tjenestenivåene som tilbyr hjelp til mennesker med psykiske lidelser.

Den omfattende omorganiseringen av sosialkontorene, Aetat og Trygdekontorene til NAV har representert en utfordring for kommunene, og det vil trolig fortsatt ta tid før samarbeidet mellom mange kommuners psykiske helsearbeid og deres respektive NAV-kontor faller helt på plass. Også her vil det være nødvendig fortsatt å ha fokus på utviklingen i samarbeidsrelasjonen mellom tjenestene, for å sikre seg at innbyggere med psykiske vansker får helhetlige og koordinerte tjenester.

Kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge

I likhet med tjenestene for voksne med psykiske problemer og lidelser, har også det kommunale tilbudet til barn og unge utviklet seg i løpet av opptrappingsplanperioden. Særlig etter at myndighetene la inn et krav om at 20 prosent av de øremerkede midlene skulle benyttes til arbeidet for barn og unge med psykiske vansker, har denne gruppen fått økt oppmerksomhet. Likevel ser vi at det er få kommuner som har en leder eller koordinator med eksklusivt fokus på denne gruppen. Ofte er ledelsen av arbeidet for barn og unge organisert sammen med tilsvarende for voksne. Samtidig vil psykisk helsearbeid for barn og unge ofte kreve andre arbeids-

former og tiltak og andre samarbeidspartnere. Vi vet foreløpig lite om hvilken betydning organisering av tjenestene for barn og unge sammen med tjenestene for voksne har for ivaretagelsen av de unges behov. Det er vesentlig å følge opp hvordan arbeidet for barn og unge med psykiske vansker ivaretas og utvikles i kommunene.

Småkommunenes utfordringer i det psykiske helsearbeidet

Etter hvert som mange små kommuner har utviklet sitt psykiske helsearbeid, ser vi på en del områder en konvergering mellom store og små kommuner. Fremdeles har imidlertid de små kommunene større utfordringer i arbeidet. Dette gjelder spesielt forhold som er knyttet til størrelsen på fagmiljøet innenfor psykisk helsearbeid. Små kommuner med et lite befolkningsgrunnlag har ikke mulighet til å utvikle spesialiserte miljøer eller differensierte tjenester. Samarbeid med andre kommuner og tett oppfølging fra DPS/BUP kan oppveie noen av de begrensningene de små kommunene opplever i arbeidet. Etter vårt syn gjenstår det her fremdeles mye arbeid. Det er liten utvikling i småkommunenes samarbeid med andre kommuner. Det bør være hensiktsmessig for flere kommuner å styrke både tjenestesamarbeidet på områder som dagsentra, turer og fritids- og arbeidstiltak, og det faglige samarbeidet for å få faglige diskusjoner og faglig utvikling i et større miljø enn den enkelte småkommune selv kan tilby.

Vår studie tyder på at småkommunenes avtaler med andrelinjen jevnt over er mindre omfattende, selv om de fleste småkommunene nå har formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen. De minste kommunenes fagmiljøer er små, personavhengige og sårbare, og vil derfor kunne dra stor nytte av tett oppfølging fra andrelinjen. Det vil derfor etter vår mening være behov for å opprettholde spesiell oppmerksomhet rundt samhandlingen mellom småkommunene og spesialisthelsetjenesten.

Litteratur

- Almvik, A. og L. Borge (red.) (2000): *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Askheim, O.P. (2003): *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal, Oslo
- Borg, M. og A. Topor (2003): *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget, Oslo
- Christensen, T., P. Læg Reid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Universitetsforlaget, Oslo
- Egeberg, M. (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Aschehoug/Tanum Norli, Oslo
- Gulick, L. (1969/): *Papers on the science of administration*. Reprints of economic classics. Kelley, Clifton, New Jersey :
- Hansen, G. V. (2007): *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktorsavhandling, Karlstad University Studies 2007:15, Karlstad
- Helgesen, M. (2004): *Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene*. NIBR-notat 2004:136. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Helgesen, M. M. Feiring, G. V. Hansen og H. Ramsdal (2005): *Kompetanseutvikling i kommunene. Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2005:10. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo

- Helgesen, M. (2006): *Mange vil ha alt de får, andre vi ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene*. NIBR-rapport 2006:21. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Helgesen, M. (2006b): *Organisering for samarbeid og samordning?* NIBR-notat 2006:129. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Hovik, S. og T.M. Myrvold (2001): *Er der størrelsen det kommer an på? Små kommuners evne til å ivareta generalistkommunekravet*. Prosjektrapport 2001:8. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Hovik, S. og I. M. Stigen (2004): *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-notat 2004:124. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Hovik, S. og I. M. Stigen (2008): *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2008:20. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Kjellevold, A. (2002): *Retten til individuell plan*. Fagbokforlaget, Bergen
- Kristofersen, Lars B., (2004). *Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002*. [NIBR-notat 2004:112](#)
- Kvello, Ø. og C. Wendelborg (2003a): *Det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge. Kommunestørrelse relatert til organisering av, samarbeid mellom og effektiviteten i hjelpeapparatet*, Forskningsrapport, Nord-Tøndelagsforskning
- Kvello, Ø. og C. Wendelborg (2003b): "Et godt kommunalt hjelpeapparat: Status og utfordringer etter endringer i tiltakskjeden på fylkeskommunalt nivå", i Kommunenes Sentralforbund (red.): *Er sammenslutning av kommuner svaret på kommune-Norges utfordringer?*, KS, Oslo

- Lafferty, E.M. og E. Hovden (2002): *Environmental Policy Integration: Towards an Analytical Framework*. ProSus Report No. 7/2002, Oslo
- March, J.G. og J.P. Olsen (1989): *Rediscovering Institutions: Organizational Factors in Political Life*. Free Press, New York
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organisations*. Prentice-Hall, inc., Englewood Cliffs
- Myrvold, T. M. (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. Rapport 2004:12. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Myrvold, T. M. og M. Helgesen (2005): *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. Notat 2005:108. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Myrvold, T. M. (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005*. NIBR-rapport 2006:11
- Opedal, S., I.M. Stigen og T. Laudal (2002): *Flat struktur og resultateneheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse*. Rapport 2002:21. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Ramsdal, H. og K. Ludvigsen (1998): *Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien*. A.J.W. Andersen, B. Karlsson (red.): *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Robberstad, H. (2002): *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget, Bergen
- Røvik, K.A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Fagbokforlaget, Bergen
- Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundres organisasjoner*. Universitetsforlaget, Oslo
- Scott, W.R. (1981): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Prentice Hall Int., London

- Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget, Bergen
- “... sammen for psykisk helse...” (2003): Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerket tilskudd til kommunene 1999*. Rundskriv I-4/99
- Sosial- og helsedepartementet (2001): *Forskrift om individuelle planer*
- Sosial- og helsedirektoratet m.fl. (2003a): ”Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger” *IS-1127 Rapport*
- Sosial- og helsedirektoratet m.fl. (2003b): ”Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006” *IS-1128 Rapport*
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. IS-1332
- St. meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*
- Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget, Bergen
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997): *Åpenhet og helhet*
- St.prp.nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplanen for psykisk helse*
- St.prp. nr. 1 (2004-2005) (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Sverdrup, S. (2002): *Evalueringsfasen, design, gjennomføring*. Fagbokforlaget, Bergen
- Sverdrup, S., L. Kristofersen og T. M. Myrvold (2005): *Brukermedvirkning og psykisk helse*. Rapport 2005:6. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo

-
- Sverdrup, S., T. M. Myrvold og L. Kristofersen (2007):
Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. NIBR-rapport 2007:2
- Ugland, T.(2003): "Adaptation and Integration through Policy Recategorization. *Journal of Public Policy*, Vol. 23, No. 2, pp. 157-170
- Veggeland, F og T. Ugland (2005): "Experiments in Food Safety Poicy Integration in the European Union" *Paper*, Nasjonal fagkonferanse i statsvitenskap
- Vabo, S.I. og I.M. Stigen (2004): Moteslaveri, interesser og behov. En analyse av moderne organisasjonsløsninger i norske kommuner. *Nordiske Organisasjonsstudier* 2004:1 (kommer)
- Øgar, P. og T. Hovland (2004): *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Gyldendal Akademisk, Oslo

Vedlegg 1

Spørreskjema del I-III



 OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE

 Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene

Kommune: _____		Kommunenr.			
Bydel/distrikt: _____		Bydel/distriktnr			
Kontaktperson		Telefonnr.:	epost adresse:		
Navn: _____					
Adresse:					
Postnr:	Poststed:				

Spørsmål om utfylling av skjemaet rettes til:

Del I

 SINTEF Helse
 Jorid Kalseth
 tlf: 92 88 50 80
 epost: jorid.kalseth@sintef.no

Del II, III og IV

 NIBR
 Trine Myrvold
 tlf: 22 95 83 77
 epost: trine.myrvold@nibr.no

Veiledning til utfylling av skjema

Opplysninger om tiltak og tjenester

Det er viktig å være oppmerksom på at vi ber om opplysninger om kommunens totale tilbud innenfor det psykisk helsearbeidet, uavhengig av om det er finansiert med øremerkede tilskudd eller andre midler.

Hva menes med 'mennesker med psykiske lidelser'

I spørreskjemaet bruker vi benevnelsen mennesker med **psykiske lidelser**. Dette skal forstås til å omfatte personer med ulik 'alvorlighetsgrad', fra lettere psykiske problemer til alvorlige psykiske lidelser, dvs. begrepet er ment å omfatte de ulike **målgruppene for det psykiske helsearbeidet** i kommunene.

Hva menes med 'barn og unge med problemer relatert til psykisk helse'

I spørreskjemaet bruker vi benevnelsen **barn og unge med problemer relatert til psykisk helse**. Dette skal forstås til å omfatte barn og unge med psykiske plager/lidelser og barn og unge med psykososiale problemer. Begrepet er altså også ment å omfatte barn og unge som av ulike årsaker anses å ha forhøyet risiko for å utvikle psykiske plager/lidelser (og hvor dette anses å utløse behov for hjelp/tiltak).

Avgrensning av brukergrupper

Det kan være vanskelig å sette skille mellom ulike grupper brukere av kommunale tjenester. Når vi spør om antall brukere av ulike kommunale tjenester innenfor psykisk helsearbeid, tenker vi i første rekke på brukere **som mottar tjenester fra kommunen som følge av psykisk lidelse eller problemer knyttet til psykisk helse**, i motsetning til de som mottar tjenester som følge av andre tilstander/årsaker (eks. alderssvkkelse). Dette utelukker ikke at f.eks. eldre personer regnes med som brukere innenfor psykisk helsearbeid, så lenge problemer relatert til psykisk helse, og ikke hjelpebehov knyttet til f.eks. alderssvkkelse, er det som utløser tjenester fra kommunen. Det som skal legges til grunn er altså hvilket problem/tilstand som er (hoved)årsak til at tjenesten gis.

Viktig ved utfylling

Når det spørres om antall brukere e.l. må **svaret 'ingen' angis med null**. Felt som ikke er utfyllt vil oppfattes som ikke besvart.

Hvordan fylle ut skjemaet?

Det er viktig at du markerer kryssene du setter tydelig. Bruk svart eller blå penn og sett kryssene slik: og ikke slik: Hvis du krysser av i feil rute, markerer du dette ved å skravere hele ruten slik:

I noen spørsmål skal du ikke krysse av, men skrive inn antall eller årstall. Begynn fra høyre side! Skjemaene leses maskinelt, og det er viktig at du skriver tydelig og kun ett siffer i hver rute slik:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Del I – Tiltak og tjenester

Botilbud

- 1a. Hvor mange personer med psykiske lidelser var registrert som brukere av kommunalt tilrettelagt botilbud ved utgangen av 2007? Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov, etter type botilbud brukeren mottar. ('Ingen' angis med null)

Type botilbud	Antall personer med botilbud i			Av sum (a+b), oppgi antall som bor i bolig med bemanning
	Bokollektiv/ samlokalisert bolig (a)	Frittstående bolig (b)	Sum (a+b)	
Omsorgsbolig				
Andre kommunalt tilrettelagte botilbud				

- 1b. Hvor stor andel av innbyggere med psykiske lidelser som har behov for kommunalt tilrettelagt botilbud, mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for kommunalt tilrettelagt botilbud ved utgangen av 2007. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad botilbud: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Hjemmetjenester

- 2a. Hvor mange personer med psykiske lidelser var registrert som brukere av hjemmetjenester ved utgangen av 2007? Hjemmetjenester omfatter hjemmesykepleie, herunder tjenester fra psykiatrisk sykepleier eller lignende, og praktisk bistand, dvs. hjemmehjelp, husmorvikar og annen hjelpevirksomhet i hjemmet, herunder miljøarbeid, opplæring i dagliglivets gjøremål, boveiledning, brukerstyrt personlig assistent m.v. Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null). **NB Dersom hjemmetjenester ytes av flere instanser i kommunen (f.eks. både den ordinære pleie- og omsorgstjenesten og egen "psykiatritjeneste") er det viktig å sørge for at alle brukere blir med, og at eventuelle dobbelttelling er unngås (f.eks. dersom en bruker mottar hjemmetjenester både fra pleie- og omsorgstjenesten og "psykiatritjenesten" skal brukeren telles bare en gang).**

Antall: _____

2b. Hvor stor andel av innbyggere med psykiske lidelser som har behov for hjemmetjenester (jamfør definisjon i spørsmål 2a), mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for hjemmetjenester ved utgangen av 2007. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad
hjemmetjenester: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Arbeids-, aktivitets- og fritidstilbud til voksne

3a. Fantes det dagsentertilbud for mennesker med psykiske lidelser i kommunen ved utgangen av 2007?

- Nei → Gå til spørsmål 3g.
 Ja

3b. Var dagsenteret drevet av brukerorganisasjon eller annen interesse-/frivillig organisasjon uten noen form for kommunal medvirkning (dvs. dagsenteret regnes ikke som en del av det kommunale tilbudet)?

- Nei
 Ja → **Gå til spørsmål 3g.**

Spørsmål 3c-3f gjelder dagsentertilbud drevet med medvirkning fra kommunen og som regnes som en del av det kommunale tilbudet.

3c. Hvor mange dager i uken er dagsenteret vanligvis åpent?
_____ dager.

3d. Dagsentret er ellers åpent (sett kryss):

- på kveldstid i helgene i høytider i fellesferien

3e. Har kommunen oversikt over hvor mange voksne med psykiske lidelser som av og til eller fast benyttet dagsentertilbudet ved utgangen av 2007? Hvis **ja**, oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til at de **av og til eller fast var brukere av dagsentertilbudet** ved utgangen av 2007. Vi ber her om at det ses bort fra eventuell midlertidig lavere brukertall ved utgangen av året pga juleferie, og at det er antall brukere som normalt benytter seg av dagsentertilbudet som legges til grunn (altså ikke hvor mange som var innom på en gitt dag).

- Nei, har ikke oversikt
 Ja → Antall brukere: _____

- 3f. Hvor stor andel av innbyggere med psykiske lidelser som har behov for dagsentertilbud, mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for dagsentertilbud ved utgangen av 2007. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad dagsentertilbud: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Spørsmål 3g gjelder kommuner som ikke har kommunalt dagsentertilbud eller har dagsentertilbud drevet uten medvirkning fra kommunen.

- 3g. Er årsaken til at det ikke var kommunalt dagsentertilbud til mennesker med psykiske lidelser ved utgangen av 2007, at det ikke var behov for et slikt tilbud? Hvis svaret er **nei**, ber vi om et anslag på hvor mange som hadde udekket behov for dagsentertilbud ved utgangen av 2007.

Ja, det var ikke behov for kommunalt dagsentertilbud til mennesker med psykiske lidelser

Nei → Antall med udekket behov: _____

- 4a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde støttekontakt ved utgangen av 2007? Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall med støttekontakt: _____

- 4b. Hvor stor andel av voksne med psykiske lidelser som har behov for støttekontakt, mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for støttekontakt ved utgangen av 2007. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad støttekontakt: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

- 5a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tjenester fra fritidsassistent ved utgangen av 2007? Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall med tjenester fra fritidsassistent: _____

- 5b. Har kommunen på andre måter tilrettelagt kultur- og/eller fritidsaktiviteter til voksne med psykiske lidelser? Nei Ja

Hvis **ja**, oppgi hvilke typer aktiviteter:

- 6a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tilbud om opplæring i henhold til lov om voksenopplæring ved utgangen av 2007? Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall: _____

- 6b. Hvor stor andel av voksne med psykiske lidelser som har behov for voksenopplæring, mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for voksenopplæring ved utgangen av 2007. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad
voksenopplæring: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

- 7a. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tilbud om arbeid/sysselsettingstiltak i kommunal regi ved utgangen av 2007? Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall: _____

- 7b. Hvor mange voksne med psykiske lidelser hadde tilbud om arbeid/sysselsettingstiltak i regi av Aetat ved utgangen av 2007? Oppgi antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall: _____

- 7c. Hvor stor andel av innbyggere med psykiske lidelser som har behov for arbeid/sysselsettingstiltak, mottar tilbud om dette fra kommunen eller Aetat? Anslå dekningsgrad for arbeid/sysselsettingstiltak ved utgangen av 2007. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad
arbeid/sysselsetting: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

8. Hvor mange voksne med psykiske lidelser mottok tjenester fra kommunen ved utgangen av 2007? Oppgi totalt antall brukere som har psykisk lidelse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Totalt antall brukere: _____

Tilrettelagte tilbud innenfor det psykiske helsearbeidet overfor voksne

9. I hvilken grad bruker kommunen de tilbud som er listet opp nedenfor som tilnærming i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne med psykiske lidelser? *Sett ett kryss på hver linje.*

	Ikke/ i liten grad	I noen grad	I stor grad
Individuelle samtaler/støttesamtaler (vi ser her bort fra det ordinære tilbudet fra allmennlege/fastlege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre (terapeutiske) gruppetilbud/mestringskurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid med familie/pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid med øvrig nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeid/boveiledning/bistand og opplæring i dagliglivets gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiltak og tjenester rettet mot barn og unge

- 10a. Har kommunen det siste året (2007) arbeidet med forebyggende tiltak innen det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge?

- Nei → **Gå til spørsmål 11**
- Ja

- 10b. Her ønsker vi å kartlegge det forebyggende arbeidet rettet mot spesifikke temaer/grupper, og hvilke tjenester som er involvert. For hvert tema/gruppe som er listet opp kryss av for de tjenestene hvor kommunen har hatt tiltak det siste året (2007).

Tjenester:											
Tema/gruppe:	Grunn skole	Barne hage	Helse stasjon	Skole helse	Skole helse	Barne vern	PPT	Sosial tj.	Enhet for psyk. helse	Annet, spesifiser:	
Selv mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samspill barn og foreldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestring/kriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresjon/nedstemthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utagerende atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidlige tegn på alvorlige psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn av foreldre med psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omsorgssvikt/mis-handling/overgrep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etniske minoriteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vennskap/mobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* For kommuner som har en slik enhet.

- 11a. Hvor mange barn og unge med problemer relatert til psykisk helse hadde støttekontakt ved utgangen av 2007? Oppgi antall brukere som har problemer relatert til psykisk helse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)

Antall med støttekontakt: _____

- 11b. Hvor stor andel av barn og unge med problemer relatert til psykisk helse som har behov for støttekontakt, mottar tilbud om dette fra kommunen? Anslå dekningsgrad for støttekontakt ved utgangen av 2007. Kryss av for det alternativet som best beskriver situasjonen i kommunen.

Dekningsgrad støttekontakt: 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

- 12a. Hvor mange barn og unge med problemer relatert til psykisk helse hadde tjenester fra fritidsassistent ved utgangen av 2007? *Oppgi antall brukere som har problemer relatert til psykisk helse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)*

Antall med tjenester fra fritidsassistent: _____

- 12b. Har kommunen på andre måter tilrettelagt kultur- og/eller fritidsaktiviteter til barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? Nei Ja

Hvis **ja**, oppgi hvilke typer aktiviteter:

13. Hvor mange barn og unge med problemer relatert til psykisk helse mottok individrettede tjenester (en eller flere) fra kommunen ved utgangen av 2007? *Oppgi totalt antall brukere som har problemer relatert til psykisk helse som hovedårsak til hjelpebehov. ('Ingen' angis med null)*

Totalt antall barn og unge som mottar individrettede tjenester: _____

14. I hvilken grad bruker kommunen de tilbud som er listet opp nedenfor som tilnærming i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge med problemer relatert til psykisk helse? *Sett ett kryss på hver linje.*

	Ikke/ i liten grad	I noen grad	I stor grad
Individuelle samtaler/støttesamtaler (vi ser her bort fra det ordinære tilbudet fra allmennlege/fastlege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre (terapeutiske) gruppetilbud/mestringskurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid med familie/pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid med øvrig nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Likemannsarbeid og samarbeid med organisasjoner

- 15a. Finnes det lokallag av Mental Helse i kommunen?
 Nei Ja

- 15b. Finnes det lokallag av Landsforeningen for pårørende innen psykiatri i kommunen? Nei Ja

15c. Finnes det lokallag av organisasjonen Voksne for barn i kommunen? Nei Ja

15d. Ga kommunen økonomisk støtte til bruker-/interesse- og/eller frivillige organisasjoner med formål psykisk helsearbeid i 2007? Har kommunen i 2007 formalisert samarbeid (skriftlig avtale el.) med bruker-/interesse- og/eller frivillige organisasjoner om tilbudet til enkeltpersoner eller grupper av brukere innenfor psykisk helsearbeid? *Sett kryss.*

Nei, kommunen gir verken økonomisk støtte eller samarbeider med organisasjoner om tilbud til brukerne

Ja, kommunen ga økonomisk støtte til bruker-/interesse- og/eller frivillige organisasjoner

Ja, kommunen samarbeider med organisasjoner om tilbud til brukere

Hvis ja på minst ett av spørsmålene, for hver type organisasjon som er listet opp nedenfor, sett kryss dersom kommunen har gitt økonomisk støtte, og hvis kommunen har inngått samarbeid om tjenestetilbud, angi hvilke tjenester det dreier seg om.

(fortsettelse spørsmål 15d)	Kommunen ga økonomisk støtte i 2007	Tjenester det ble samarbeidet om i 2007			
		Dagstjenester	Arbeid/aktiviteter	Kultur/fritid	Annet
<i>Mental Helse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Landsfor. for pårørende innen psyk.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Organisasjonen Voksne for barn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Andre bruker-/pårørende org.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Frivillige org., lokale lag og – foren. o.l.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15e. Har kommunen etablert brukerråd eller tilsvarende knyttet til psykisk helsearbeid? Nei Ja

Kompetanseheving og rekruttering av personell

16a. Er det i de siste tre årene (2005, 2006 og 2007) gjennomført kompetansehevede tiltak innen psykisk helsearbeid for kommunens ansatte?

Nei → Gå til spørsmål 17 Ja

- 16b. Hva har kommunen gjort for å øke kompetansen i psykisk helsearbeid til ansatte innen ulike tjeneste-områder i perioden 2005-2007? For hvert tjenesteområde kryss av dersom en eller flere ansatte har deltatt/gjennomført tiltakene som er listet opp.

	Kurs/ seminar	Voksen opplæring (fagbrev v.g. skole)	Etterutd. i psykisk helsearbeid	Videreutd. av høyskole- utdannet personell i psykisk helsearbeid
Enhet for psykisk helsearbeid*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehager/ grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon/ skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* For kommuner som har en slik enhet.

- 17a. Har det i de siste tre årene (2005, 2006 og 2007) skjedd endringer i antall årsverk som arbeider med psykisk helsearbeid ?

- Nei → Gå til spørsmål 18
- Ja

- 17b. For hvilke typer personell har det skjedd endringer i årsverksinnsatsen innen psykisk helsearbeid i de siste tre årene (2005, 2006 og 2007)? Vi er her interessert i netto endring, dvs. antall nyrekruttede minus antall som har sluttet. Angi endring i **antall årsverk** etter personellkategori. Eks. tre personer i 50% stilling angis som 1,5 årsverk. Vi ber om at "Ingen" angis med 0. Vi ber også om at nedgang samlet sett for en personellkategori angis med minustegn foran antallet.

Type personell	Endring i antall årsverk til psykisk helsearbeid de siste tre år (2005-2007). (Angi "ingen" med null og nedgang med minustegn foran)
Lege	
Psykolog	
Psykiatrisk sykepleier	
Annet høysk. utd. helse-/sosialpers. med videreutd. i psykisk helsearbeid	
Annet høyskoleutdannet helse-/sosialpersonell	
Personell med lavere helse-/sosialfaglig utdanning	
Annet personell	

- 17c. Med utgangspunkt i endringene i personellsituasjonen i årene 2005-2007, jfr. spørsmål 17b, hvilke tjenesteområder er berørt? For hvert tjenesteområde, angi om dette er styrket gjennom økt årsverksinnsats, har uendret personellinnsats eller er blitt svekket gjennom redusert årsverksinnsats i perioden 2005-2007. Sett kryss for aktuelle kombinasjoner.

	Enhet for psyk. helse	Pleie og omsorg	Sosial tj.	Barnevern	PPT	Barne hager/ grunn	Helse stasj./	Lege tj.	Annen helse	Kultur	Annet, spesifiser:
Styrket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uendret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svekket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* For kommuner som har en slik enhet. ** Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjeneste.

18. Har kommunen de siste tre årene (2005, 2006 og 2007) opplevd problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid?

Nei Ja

Hvis **ja**, sett kryss for aktuelle kombinasjoner.

	Ikke klart å rekruttere	Har ikke klart å rekruttere så mange som planlagt	Har hatt problemer med rekruttering, men har nå lykkes
Lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet høysk. utd. helse-/sosial personell med videreutd. i psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet høyskoleutdannet helse-/sosialpersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personell med lavere helse-/sosialfaglig utdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet personell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del II – Organisering av arbeidet med psykisk helse

*I denne delen av spørreskjemaet er vi interessert i å få vite hvordan det psykiske helsearbeidet er organisert i din kommune. Vi er særlig opptatt av om tjenestene relatert til psykisk helsearbeid er integrert i kommunens ordinære tjenesteapparat, eller om kommunen har valgt å etablere en egen spesialisert enhet for psykisk helsearbeid. Vi ønsker også å danne oss et bilde av hvordan eventuell samordning mellom ulike faggrupper og tjenester skjer. Fordi noen kommuner har organisert tjenestene til **voksne** annerledes enn tjenestene rettet mot **barn og unge**, stilles noen av spørsmålene for hver av disse gruppene separat.*

- 19a. Kommunene kan organisere sitt psykiske helsearbeid på ulike måter. Nedenfor har vi fire grove beskrivelser av hvordan dette arbeidet kan være plassert i kommuneorganisasjonen. I første omgang er vi interessert i organiseringen av tjenestene for **voksne**. *Vennligst sett kryss ved den karakteristikken du mener beskriver organiseringen i din kommune best. Hvis du har ytterligere opplysninger og kommentarer til dette spørsmålet, kan du gjerne notere disse på et eget ark.*

<input type="checkbox"/>	<p>Modell 1: Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, <i>på lik linje med</i> pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og legetjenesten. Enheten har egen leder, eget budsjett og egen personalgruppe, som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Modell 2: Kommunen har etablert en egen 'psykiatritjeneste', med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. I tillegg legges det vekt på å styrke de etablerte tjenestenes arbeid med psykisk helse ved kompetanseoppbygging blant ansatte i de ordinære tjenestene.</p> <p>Hvor er 'psykiatritjenesten' plassert i kommuneorganisasjonen? Sett ett kryss.</p> <p><input type="checkbox"/> Innenfor pleie- og omsorgstjenesten</p> <p><input type="checkbox"/> Innenfor helsetjenesten</p> <p><input type="checkbox"/> Innenfor sosialtjenesten</p> <p><input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Modell 3: Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid i stab hos rådmannen/hos helse- og sosialsjefen (stryk det som ikke passer). Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid. De etablerte tjenestene styrkes med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Modell 4: Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggere med psykiske problemer benytter. Ansatte i de etablerte tjenestene har eller bygger opp kompetanse i psykisk helsearbeid. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.</p>

- 19b. Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for **voksne** de siste tre årene (2005, 2006 og 2007)? *Sett ett kryss.* Nei Ja

Hvis **ja**, vennligst gi en kort beskrivelse av de endringer som er foretatt: _____

- 19c. Er kommunens psykiske helsearbeid rettet mot **barn og unge** organisert innenfor modellen valgt i spørsmålet ovenfor? *Sett ett kryss.*
- Ja, arbeidet rettet mot barn og unge er organisert innenfor samme hovedmodell som arbeidet rettet mot voksne
- Nei, arbeidet rettet mot barn og unge er organisert i en separat modell.

Hvis **nei**, vennligst gi en kort beskrivelse av hvordan det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge er organisert i din kommune (**bruk evt. et eget ark**). Vis gjerne til en av modellene over hvis det passer.

- 19d. Har kommunen gjennomført vesentlige endringer i organiseringen av det psykiske helsearbeidet for **barn og unge** de siste tre årene (2005, 2006 og 2007)? *Sett ett kryss.* Nei Ja

Hvis **ja**, vennligst gi en kort beskrivelse av de endringer som er foretatt: _____

- 20a. Har kommunen en person med klart ansvar for å samordne kommunens psykiske helsearbeid (koordinator) på systemnivå? Sett ett kryss.

Nei → Gå til spørsmål 21

Ja

- 20b. Har koordinatoren ansvar både for arbeidet rettet mot voksne og for arbeidet rettet mot barn? Sett ett kryss.

Koordinatoren har ansvar for både voksne og barn/unge

Koordinatoren har bare ansvar for voksne

Koordinatoren har bare ansvar for barn/unge

Det er separate koordinatører for voksne og barn/unge

I spørsmålene nedenfor ber vi deg krysse av i kolonne A hvis kommunen har felles koordinator for voksne og barn/unge, i kolonne B og C hvis kommunen har separate koordinatører og i kolonne B eller C hvis kommunen har koordinator bare for voksne eller barn/unge.

20c. Hvor i kommuneorganisasjonen er koordinatoren plassert? Kryss av det som passer for din kommune.

	A For kommuner med felles koordinator for voksne og barn	B For kommuner med egen koordinator for voksne	C For kommuner med egen koordinator for barn
I egen enhet for psykisk helsearbeid*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I pleie- og omsorgstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I helsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I stab hos rådmannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*For kommuner som har en slik enhet.

20d. Inngår oppgavene listet opp nedenfor i koordinatorens ansvarsområde(r)? Sett kryss dersom oppgaven inngår i koordinatorens ansvarsområde(r).

	A For kommuner med felles koordinator for voksne og barn	B For kommuner med egen koordinator for voksne	C For kommuner med egen koordinator for barn
Økonomisk ansvar for oppgaver innenfor psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansvar for å disponere personellressurser til psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansvar for å utvikle overordnede planer for kommunens psykiske helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning og kursing av andre kommunalt ansatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging av tjenester overfor enkeltbrukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21a. Har kommunen et tverrfaglig team på administrativt nivå som har psykisk helsearbeid innenfor sitt ansvarsområde? *Sett ett kryss.*

- Nei → Gå til spørsmål 22
- Ja

21b. Har det tverrfaglige teamet ansvar både for arbeidet rettet mot voksne og for arbeidet rettet mot barn? *Sett ett kryss.*

- Teamet har ansvar for både voksne og barn/unge
- Teamet har bare ansvar for voksne
- Teamet har bare ansvar for barn/unge
- Det er separate team for voksne og barn/unge

I spørsmålene nedenfor ber vi deg krysse av i kolonne A hvis kommunen har felles team for voksne og barn/unge, i kolonne B og C hvis kommunen har separate team og i kolonne B eller C hvis kommunen har team bare for voksne eller barn/unge.

21c. Inngår oppgavene listet opp nedenfor i arbeidsområdet til det tverrfaglige teamet? *Sett kryss dersom oppgaven inngår i arbeidet til det tverrfaglige teamet.*

	A For kommuner med felles team for voksne og barn	B For kommuner med eget team for voksne	C For kommuner med eget team for barn
Overordnet planlegging av psykisk helsearbeid i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponering av faglige og økonomiske ressurser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sikring av/oppbygging av kompetanse i psykisk helsearbeid blant ansatte i kommunen, for eksempel ved veiledning og kursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging av tjenester overfor enkeltbrukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21d. Hvilke tjenesteområder er representert i det tverrfaglige teamet?
Sett kryss for aktuelle tjenesteområder.

	A For kommuner med felles team for voksne og barn	B For kommuner med eget team for voksne	C For kommuner med eget team for barn
Enhet for psykisk helsearbeid*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehager/ grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon/ skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliterings tjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*For kommuner som har en slik enhet.

22a. Har kommunen et bestemt kontor eller adresse der mennesker med psykiske problemer kan henvende seg (utover fastlegen)? *Sett ett kryss.*

- Nei
- Ja, for både barn/unge og voksne. Vennligst spesifiser _____
- Ja, men kun for voksne. Vennligst spesifiser _____
- Ja, men kun for barn/unge. Vennligst spesifiser _____

22b. Har kommunen et bestillerkontor der det fattes vedtak om tjenester, blant annet for innbyggere med psykiske lidelser? *Sett ett kryss.*

- Nei
- Ja, for både barn/unge og voksne
- Ja, men kun for voksne
- Ja, men kun for barn/unge

- 22c. Eksisterer det tverrfaglig(e) gruppe(r) som fatter vedtak om tjenester overfor enkeltpersoner? *Sett ett kryss.*
- Nei
- Ja, for både barn/unge og voksne
- Ja, men kun for voksne
- Ja, men kun for barn/unge
- 23a. Får kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse tilbud om individuell plan, jrf. kommunehelsetjenesteloven §6-2 a? *Sett ett kryss.*
- Nei → Gå til spørsmål 24
- Ja, noen brukere med langvarige og sammensatte behov får tilbud om individuell plan
- Ja, alle brukere med langvarige og sammensatte behov får tilbud om individuell plan
- 23b. Hvor mange av kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse har hatt individuell plan i 2007? ('Ingen' angis med null)
- Antall voksne: _____ Antall barn/unge: _____
- 23c. Hvor mange av kommunens brukere med problemer relatert til psykisk helse hadde behov for/rett til individuell plan i 2007 (anslagsvis)? ('Ingen' angis med null) Dersom kommunen ikke har oversikt over antall brukere med problemer relatert til psykisk helse med behov for/rett til individuell plan i 2007, ber vi om at dette angis med et kryss i boksen(e) nedenfor.
- Antall voksne : _____
- Har ikke oversikt over antall voksne (*sett kryss*):
- Antall barn/unge : _____
- Har ikke oversikt over antall barn/unge (*sett kryss*):
- 24a. Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor **voksne** brukere med psykiske lidelser? *Sett ett kryss.*
- Nei → Gå til spørsmål 25
- Ja, for noen
- Ja, for de aller fleste
- 24b. Deltar voksne brukere selv i ansvarsgruppene? Sett ett kryss.
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis

- 24c. Deltar representanter for 2. linjetjenesten i ansvarsgruppene for voksne? Sett ett kryss.
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 25a. Har kommunen etablert ansvarsgrupper (eller tilsvarende modell) som metode for samordning av tjenester overfor barn og unge relatert til psykisk? *Sett ett kryss.*
- Nei → Gå til spørsmål 26
 Ja, for noen
 Ja, for de aller fleste
- 25b. Deltar barn og unge brukere og/eller deres pårørende i ansvarsgruppene? Sett ett kryss.
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 25c. Delar representanter for 2. linjetjenesten i ansvarsgruppene for barn/unge? Sett ett kryss.
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
26. Har kommunen etablert noen annen modell (enn ansvarsgrupper eller tilsvarende) for samordning av tjenester for enkeltpersoner med psykiske lidelser? Nei Ja
- Hvis **ja**, angi hvilken modell: _____
27. Oppnevner kommunen primærkontakt (koordinator) for den enkelte bruker? Sett ett kryss.
- Nei/sjelden Ja, av og til Ja, vanligvis
- 28a. Nedenfor har vi listet opp en rekke kommunale tjenester. I hvilken grad er de ulike tjenestene direkte involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot voksne i din kommune? Sett ett kryss på hver linje.
- | | I liten grad involvert | Noe involvert | I stor grad involvert |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enhet for psykisk helsearbeid* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleie og omsorg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sosialtjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjeneste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kultur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet, spesifiser: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- *For kommuner som har en slik enhet.

- 28b. Nedenfor har vi listet opp en rekke kommunale tjenester. I hvilken grad er de ulike tjenestene direkte involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge i din kommune? Sett ett kryss på hver linje.

	I liten grad involvert	Noe involvert	I stor grad involvert
Enhet for psykisk helsearbeid*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehager/ grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon/ skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*For kommuner som har en slik enhet.

Interkommunalt samarbeid

29. Har kommunen etablert samarbeid med andre kommuner om tjenester overfor innbyggere med problemer relatert til psykisk helse? *Sett gjerne flere kryss.*

- Nei, kommunen inngår ikke i noe slikt samarbeid
- Kommunene har felles botilbud
- Kommunene har felles dagsenter
- Kommunene samarbeider om andre sosiale eller kulturelle tiltak
- Kommunene samarbeider om sysselsetting og arbeid
- Annet, spesifiser _____

30. Har kommunen etablert noe *faglig* samarbeid med andre kommuner innenfor psykisk helsearbeid? *Sett gjerne flere kryss.*
- Nei, kommunen inngår ikke i noe slikt samarbeid
 - Kommunen deler visse fagstillinger med nabokommuner
 - Kommunene har felles kursing av ansatte
 - Kommunene har felles veiledning av ansatte
 - Kommunene arrangerer felles samlinger for ansatte innenfor psykisk helsearbeid
 - Annet, spesifiser _____

Samarbeid med 2. linjetjenesten

Her er vi ute etter å få oversikt over hvordan kommunens samarbeid med 2. linjetjenesten fungerer innenfor psykisk helsearbeid.

31. Eksisterer det noen formell samarbeidsavtale på administrativt nivå mellom kommunen (evt. sammen med flere kommuner) og 2. linjetjenesten? *Sett gjerne flere kryss.*
- Nei, det er ikke etablert noen slik formell avtale
 - Ja, kommunen har avtale som regulerer håndtering av konflikter mellom kommunen og 2. linjetjenesten
 - Ja, kommunen har avtale med 2. linjetjenesten om kompetanseheving
 - Ja, kommunen har avtale med 2. linjetjenesten om rutiner ved utskriving av pasienter
 - Ja, kommunen har avtale som regulerer andre forhold mellom kommunen og 2. linjetjenesten. Vennligst spesifiser: _____
32. Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykehus, distriktpsykiatriske sentra eller sykehjem? *Sett ett kryss.*
- Nei, 2. linjetjenesten rådfører seg sjelden med kommunen ved utskriving av pasienter
 - Ja, kommunen blir av og til involvert i utskrivningen av pasienter
 - Ja, kommunen får vanligvis delta i beslutningene om utskriving av pasienter
- 33a. Får kommunen besøk av såkalte 'ambulerende team' fra 2. linjetjenesten?
- Nei → Gå til spørsmål 34
 - Ja

33b. Jobber det ambulerende teamet både med voksne og barn/unge?
Sett ett kryss.

- Teamet jobber med både voksne og barn/unge
- Teamet jobber bare med voksne
- Teamet jobber bare med barn/unge
- Det er separate team for voksne og barn/unge

I spørsmålene nedenfor ber vi deg krysse av i kolonne A hvis kommunen får besøk av et team som jobber med både voksne og barn/unge, i kolonne B og C hvis kommunen får besøk av ett team som jobber mot voksne og ett team som jobber med barn/unge, og i kolonne B eller C hvis kommunen får besøk av team som bare jobber med voksne eller barn/unge.

33c. Hvor ofte besøker det ambulerende teamet kommunen? Sett kryss

	A Felles team for voksne og barn/unge	B Team for voksne	C Team for barn/unge
Kommunen får besøk av ambulerende team ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunen får regelmessige besøk av ambulerende team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33d. Hvilke grupper og tjenester møter det ambulerende teamet vanligvis når det besøker kommunen? Sett gjerne flere kryss.

	A Felles team for voksne og barn/unge	B Team for voksne	C Team for barn/unge
Brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enhet for psykisk helsearbeid*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehager/ grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon/ skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ste			
Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*For kommuner som har en slik enhet.

33e. Inngår oppgavene listet opp nedenfor i de funksjoner det ambulerende teamet ivaretar overfor kommunen? *Sett kryss dersom oppgaven inngår i arbeidet til det ambulerende teamet.*

	A Felles team for voksne og barn/unge	B Team for voksne	C Team for barn/unge
Generell faglig veiledning av ansatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faglig veiledning av ansatte knyttet til enkeltbrukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuell hjelp overfor enkeltbrukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til enkeltbrukere? *Sett ett kryss i hver kolonne*

	For voksne	For barn/unge
Nei/svært sjelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, til faste tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samarbeid med statlige instanser

Vi er her interessert i å vite hvordan samarbeidet mellom kommunen og statlige instanser som NAV (arbeid og trygd) og rådgiverne hos fylkesmannen, arter seg.

35. Har kommunen samarbeidsmøter med NAV Arbeid som knytter seg til innbyggere med psykiske lidelser? *Sett gjerne flere kryss.*

- Nei, det er ikke vanlig med slike møter mellom kommunen og NAV Arbeid
- Ja, kommunen har samarbeidsmøter med NAV Arbeid på et overordnet nivå

- Ja, kommunen har av og til samarbeidsmøter med NAV Arbeid om enkeltbrukere
- Ja, kommunen har ofte samarbeidsmøter med NAV Arbeid om enkeltbrukere

36. Har kommunen samarbeidsmøter med NAV Trygd som knytter seg til innbyggere med psykiske lidelser? *Sett gjerne flere kryss.*

- Nei, det er ikke vanlig med slike møter mellom kommunen og NAV Trygd
- Ja, kommunen har samarbeidsmøter med NAV Trygd på et overordnet nivå
- Ja, kommunen har av og til samarbeidsmøter med NAV Trygd om enkeltbrukere
- Ja, kommunen har ofte samarbeidsmøter med NAV Trygd om enkeltbrukere

37. I hvilken grad fyller rådgiveren for Opptappingsplanen hos fylkesmannen følgende roller i forhold til din kommune? *Sett ett kryss på hver linje.*

	I liten grad	I noen grad	I stor grad
Pådriver overfor kommunen i arbeidet med Opptappingsplanen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støttespiller for kommunen i arbeidet med Opptappingsplanen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfaringsformidler mellom kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialogpartner/veileder i utviklingsarbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrollør i forhold til statlige midler og statlig regelverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kursarrangør for kommunalt personell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del III – Kommunens arbeid med planer for psykisk helsearbeid

Innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse settes det krav om at kommunen utarbeider planer for sitt psykiske helsearbeid. Vi er interessert i hvordan disse planprosessene foregår og hvem som deltar i planarbeidet.

38. Utarbeider kommunen en *felles* plan for sitt psykiske helsearbeid, utarbeides det *flere* planer innenfor dette området, eller integreres planene for det psykiske helsearbeidet i kommunenes andre planer? *Sett gjerne flere kryss.*

- Kommunen utarbeider en felles overordnet plan for sitt arbeid med psykiske helse
- Kommunen utarbeider separat plan for voksne
- Kommunen utarbeider separat plan for barn/unge
- Kommunen utarbeider separate planer for ulike deler av det psykiske helsearbeidet. Hvilke: _____
- Kommunens plan for det psykiske helsearbeidet er innarbeidet i økonomiplanen.
- Kommunen utarbeider ikke egne planer for det psykiske helsearbeidet, men integrerer dette området i kommunens øvrige planarbeid.
- Vennligst spesifiser: _____

39. I hvilken grad involveres ulike instanser i planarbeidet knyttet til psykisk helse? *Sett ett kryss i hver linje.*

	Ikke/ svært lite involvert	Noe involvert	Sterkt involvert
Enhet for psykisk helsearbeid*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehager/ grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon/ skolehelsetjenesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Representanter for bruker- og pårørendeorganisasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*For kommuner som har en slik enhet.

40a. Hvilken framgangsmåte bruker kommunen for å anslå brukergruppens omfang og udekkede behov for tjenester? *Sett minst ett kryss i hver kolonne.*

	Barn og unge	Voksne
Har ikke systematisk vurdert behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt nasjonale anslag over utbredelse av psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systematisk gjennomgang av registrerte behov mv. innen ulike tjenesteområder i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av planleggingsverktøy som HPP (Helhetlig Psykiatri Planlegging) eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartlegging av innbyggernes bruk av 2. linjetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennomført egne behovskartlegginger i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, spesifiser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40b. Hvor sikre anslår du behovsvurderingene å være? Sett kun ett kryss i hver kolonne.

	Barn og unge	Voksne
Veldig sikre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske sikre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske usikre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig usikre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskelig å vurdere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40c. Når ble siste behovsvurdering gjennomført (j fr spørsmål 40a)? Sett kun ett kryss i hver kolonne.

	Barn og unge	Voksne
2007	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2006	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2005	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2000-2004	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I spørsmålet nedenfor ber vi deg gi anslag på antall personer som har behov for tjenester fra kommunen ved utgangen av 2007, jfr behovsanslagene som fremkommer basert på metodene som kartlegges i spørsmål 40a.

- 40d. Anslå totalt antall hhv voksne og barn/unge i kommunen som har behov for kommunale tjenester på grunn av psykiske problemer. (*'Ingen' angis med null*)

Antall voksne : _____

Antall barn/unge : _____

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 2

Spørreskjema del IV



OPPTRAPPINGSPLAN FOR PSYKISK HELSE

Evaluering av psykisk helsearbeid i kommunene

Del IV – Vurdering av tjenester og samarbeidsrelasjoner

Kommune: _____		Kommunenr:			
Bydel/distrikt: _____		Bydel/distriktnr:			
Bakgrunnsopplysninger					
<input type="checkbox"/> Kvinne	<input type="checkbox"/> Mann	Alder:		Stilling:	
Antall år i stillingen i den kommunen du er ansatt i nå:					
Antall år i tilsvarende stilling i andre kommuner (hvis aktuelt):					
Antall år som ansatt i kommunesektoren totalt:					

Vi ønsker at du gir uttrykk for *dine egne* vurderinger av tjenestene og samarbeidsrelasjonene innenfor det psykiske helsearbeidet i den kommunen du jobber i.

1. Hvordan vil du karakterisere det tverrfaglige samarbeidet knyttet til det psykiske helsearbeidet i din kommune? Vi ber deg svare ut fra dine egne erfaringer med de ulike tjenestenes vilje til samarbeid. *Sett ett kryss på hver linje.*

	Lite/ikke noe samarbeid	Sam- arbeidet er mindre bra	Sam- arbeidet er ganske godt	Sam- arbeidet er svært godt
Enhet for psykisk helsearbeid*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleie og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnehager/grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon/skolehelsetjenesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi/ergoterapi/rehabiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, spesifiser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For kommuner som har en slik enhet.

- 2a. Har du erfaring fra arbeid med individuelle planer for mennesker med problemer relatert til psykisk helse? *Sett gjerne flere kryss*

- Ja, erfaring fra arbeid med å utvikle verktøyet
- Ja, erfaring fra utarbeidelse av individuelle planer for enkeltbrukere
- Nei, har ikke erfaring knyttet til individuelle planer → Gå til spørsmål 3

- 2b. Nedenfor presenteres noen påstander om individuelle planer som verktøy. Vi ber deg krysse av om du er uenig eller enig i påstandene. *Sett ett kryss på hver linje.*

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig
Individuelle planer er et ressurskrevende verktøy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den sentralt gitte malen for individuelle planer er vanskelig å tilpasse de lokale behov i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gitt kommunens ressursituasjon, er det vanskelig å prioritere iverksettingen av individuelle planer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vanskelig å få involvert samtlige aktuelle tjenester i utarbeidelsen av individuelle planer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle planer bidrar sterkt til å samordne tjenester for den enkelte bruker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vanskelig å følge opp individuelle planer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den enkelte bruker vil ofte reservere seg mot å få en individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den enkelte bruker deltar som oftest sterkt i utformingen av egen individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Individuelle planer bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold mellom tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle planer innebærer at tjenestene blir tilpasset den enkeltes behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er bedre å bruke ressursene til å yte tjenester enn på å utarbeide individuelle planer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Sett ett kryss.

- Lite/ikke noe samarbeid
- Samarbeidet er ofte vanskelig
- Samarbeidet er stort sett bra
- Samarbeidet er svært godt

4. Nedenfor presenteres noen påstander om fagmiljøet for ansatte innenfor det psykiske helsearbeidet. Vi ber deg krysse av om du er uenig eller enig i påstandene ut fra de erfaringene du har gjort i den kommunen du nå arbeider. *Sett ett kryss på hver linje.*

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidet med andre fag og tjenester er nært, og dette bidrar til å gi nye impulser i arbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighetene for å oppdatere kunnskapen gjennom kurs, veiledning o.l. er gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk med kompetanse innenfor psykiatri spres for tynt utover i kommuneorganisasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personell- og ressursmangel bidrar til å svekke fagmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opptrappingsplanen for psykisk helse styrker fagmiljøet i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeid og kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustabilitet i personalet bidrar til å svekke fagmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hvor viktig mener du følgende faktorer er som *hindringer* for det psykiske helsearbeidet i din kommune? *Sett ett kryss på hver linje.*

	Ikke viktig/ ikke relevant	Litt viktig	Ganske viktig	Svært viktig
Problemer med å rekruttere fagfolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunens generelle økonomiske situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øremerking av midler hindrer fleksibilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For få ansatte som jobber i forhold til psykisk helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For få ansatte som jobber med psykisk helsearbeid på systemnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende lokal politisk prioritering av området	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiseringen av arbeidet med psykisk helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig sammenheng mellom mål og midler i det psykiske helsearbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetansemangel i det ordinære tjenesteapparatet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvordan vil du vurdere din kommunes innsats innenfor det psykiske helsearbeidet? *Sett ett kryss.*

- Kommunen innsats innenfor psykisk helsearbeid er svært god i forhold til innbyggernes behov
- Kommunen innsats innenfor psykisk helsearbeid er tilfredsstillende i forhold til innbyggernes behov
- Kommunen innsats innenfor psykisk helsearbeid er for dårlig i forhold til innbyggernes behov

7. Mener du at satsingen på psykisk helsearbeid innenfor Opptrappingsplanen har ført til bedre tjenester for følgende aktuelle brukergrupper i din kommune? *Sett ett kryss på hver linje.*

	Forverret tilbud	Små endringer	Moderat bedre tilbud	Vesentlig bedre tilbud
Tjenestene for voksne med alvorlige psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenestene for voksne med lette og moderate psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenestene for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenestene for barn og unge med lette og moderate psykiske problemer/lidelser, eller som har forhøyet risiko for å utvikle psykiske problemer/lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forebyggende tjenester rettet mot lokalsamfunnet generelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.a Hvordan vurderer du voksne innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern? *Sett ett kryss.*

- Innbyggernes tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester
- Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester
- Innbyggerne har svært god tilgang på 2. linjetjenester

- 8.b Hvordan vurderer du barn og unge innbyggers (i din kommune) tilgang på tjenester fra 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern? Sett ett kryss.

- Innbyggernes tilgang på 2. linjetjenester er langt mindre enn behovet for slike tjenester
- Innbyggerne har rimelig god tilgang på 2. linjetjenester
- Innbyggerne har svært god tilgang på 2. linjetjenester

9. Nedenfor presenteres noen påstander om hvordan levekårene for folk med psykiske lidelser har utviklet seg de siste årene. Vi ønsker at du skal gi din vurdering av utviklingen i levekårene for folk med alvorlige psykiske lidelser (de sykeste brukerne) i din kommune de siste fem årene. Sett ett kryss på hver linje.

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig
De alvorlig psykisk syke har stort sett bedre råd (høyere kjøpekraft) nå enn for 5 år siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De alvorlig psykisk syke har ikke høyere bostandard nå enn for 5 år siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er flere alvorlig psykisk syke som har god kontakt med nær familie nå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ikke noe enklere for alvorlig psykisk syke å skaffe seg arbeid nå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er flere alvorlig psykisk syke med videregående utdanning nå enn tidligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er flere alvorlig psykisk syke som deltar i (fritids)aktiviteter nå enn for 5 år siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ingen tendens til at alvorlig psykisk syke har større sosialt nettverk nå enn tidligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Opptappingsplanen avsluttes i 2008. Fra 2009 går disse midlene til psykisk helsearbeid inn i den økonomiske rammen for kommunene. Hvordan tror du det psykiske helsearbeidet i din kommune vil utvikles seg de neste fem årene? Sett ett kryss på hver linje.

	Arbeidet vil bli vesentlig svekket	Arbeidet vil bli noe svekket	Arbeidet vil prioriteres omtrent som nå	Arbeidet vil bli noe styrket	Arbeidet vil bli vesentlig styrket
Det psykiske helsearbeidet for voksne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det psykiske helsearbeidet for barn/unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 3

Frafallsanalyse

Tabell V.1 *Svarprosent blant kommunene, etter fylke*

	Har svart	Har ikke svart	Totalt (N=)
Østfold	56	44	100 (18)
Akershus	55	46	101 (22)
Hedmark	50	50	100 (22)
Oppland	92	8	100 (26)
Buskerud	33	67	100 (21)
Vestfold	64	36	100 (14)
Telemark	56	44	100 (18)
Aust-Agder	100	0	100 (15)
Vest-Agder	53	47	100 (15)
Rogaland	46	54	100 (26)
Hordaland	71	29	100 (34)
Sogn- og Fjordane	39	62	101 (26)
Møre- og Romsdal	35	65	100 (37)
Sør-Trøndelag	60	40	100 (25)
Nord-Trøndelag	58	42	100 (26)
Nordland	55	46	101 (44)
Troms	37	63	100 (27)
Finnmark	60	40	100 (20)
(N=)	55 (241)	45 (188)	100 (429)

- Det er til dels store forskjeller i svarprosent mellom kommuner i ulike fylker

- Samtlige kommuner i Aust-Agder og over 90 prosent av kommunene i Oppland har svart på undersøkelsen, men bare 35 prosent i Møre og Romsdal og hhv 37 og 39 prosent i Troms og Sogn- og Fjordane

Tabell V.2 *Svarprosent etter kommunenes innbyggertall*

	Har svart	Har ikke svart	Totalt (N=)
2000 eller færre innbyggere	53	47	100 (96)
2001-5000 innbyggere	54	46	100 (139)
5001-10000 innbyggere	55	45	100 (91)
10001-30000 innbyggere	62	38	100 (79)
Over 30000 innbyggere	67	33	100 (24)
Totalt (N=)	56 (241)	44 (188)	100 (429)

- De større kommunene (over 10000 innbyggere) er noe overrepresentert i materialet (se neste tabell for snitt)

Tabell V.3 *Gjennomsnittlig folketall, kommunale utgifter, antall ansatte med videreutdanning og antall helsestasjoner for ungdom i kommuner som deltar i undersøkelsen og kommuner som ikke deltar i undersøkelsen*

	Folketall pr. 01.01.08	Brutto kommunale utgifter pr. innbygger	Antall ansatte med videreutd. psykisk helse pr. 1000 innb	Antall helsest. for ungdom pr. 1000 innb
Har svart	11182	47222	0,32	0,20
Har ikke svart	7882	47415	0,37	0,24
Totalt (N)	9736 (429)	47307 (421)	0,34 (425)	0,22 (425)

- Ganske store forskjeller i gjennomsnittlig folketall mellom kommuner som har svart og kommuner som ikke har svart.

I snitt har kommunene som ikke er med i undersøkelsen knapt 8000 innbyggere, mens tilsvarende for kommuner som deltar i undersøkelsen er over 11000

- Det er små forskjeller mellom kommunene mht brutto kommunale utgifter pr. innbygger
- Det er et litt høyere antall ansatte sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid (eller psykiatriske sykepleiere) i kommunene som ikke har svart
- Det er også litt flere helsestasjoner for ungdom i kommunene som ikke har svart
- De to siste resultatene skyldes sannsynligvis at folketallet i kommunene som ikke har svart stort sett er lavere enn i kommunene som har svart. I mindre kommuner som for eksempel har et tilbud om helsestasjon for ungdom blir gjerne dekningsgraden av tilbudet relativt høy

Tabell V.4 *Levekårsindeks, samlet og enkeltindikatorer, i kommuner som deltar i undersøkelsen og i kommuner som ikke deltar. Indeksen går fra 1 (kommunens skåre er blant de 10 prosent beste) og 10 (kommunen skåre er blant de 10 prosent dårligste).*

	Levekårsindeks				
	Samlet	Sosialhjelp	Uføretrygd	Arbeidsledige	Utdanningsnivå
Har svart	5,5	5,5	6,0	5,1	5,4
Har ikke svart	5,4	5,4	5,6	5,2	5,8
Totalt	5,5	5,4	5,8	5,1	5,6
(N)	(425)	(425)	(425)	(427)	(425)

- I snitt er samlet levekårsindeks omtrent den samme i kommunene som har svart og i kommunene som ikke har svart
- Også indeksen for sosialhjelp og arbeidsledighet er nesten lik for de to gruppene av kommuner
- Det er større forskjeller når det gjelder uføretrygd og utdanningsnivå. Kommunene som deltar i undersøkelsen har flere på uføretrygd, men et høyere utdanningsnivå enn kommunene som ikke deltar i undersøkelsen

Vedlegg 4

Tabeller

Tabell V.5 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Estimated marginal means*

	2002	2005	2008	Endring 2002-2008
Samarbeidet med brukerorganisasjonene	2,3	2,5	2,7	0,4***

Tabell V.6 *Vurderinger av arbeidet med individuell plan, 2005 og 2008. Estimated marginal means*

	2005	2008	Endring 2005 – 2008
IP er et ressurskrevende verktøy	2,61	2,63	0,02
Den sentralt gitte malen for IP er vanskelig å tilpasse lokale behov	2,29	2,38	0,09
Gitt kommunens ressursituasjon, er det vanskelig å prioritere IP	2,28	2,19	-0,09
Det er vanskelig å involvere samtlige aktuelle tjenester	2,67	2,64	-0,03
IP bidrar sterkt til samordning	3,50	3,48	-0,02
Det er vanskelig å følge opp IP	2,35	2,41	0,06
Den enkelte bruker vil ofte reservere seg mot IP	2,41	2,36	-0,05
Den enkelte bruker deltar oftest sterkt i utformingen av sin IP	2,81	2,95	0,14
IP bidrar i liten grad til å avklare ansvarsforhold	1,69	1,75	0,06
IP bidrar til at tjenestene tilpasses den enkeltes behov	3,32	3,35	0,03
Det er bedre å bruke ressursene på tjenester enn på IP	1,84	1,88	0,04

** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Tabell V.7 *Hvilke tjenester er styrket med rekruttering i løpet av de siste tre årene? 2005 og 2008. Prosent av alle kommuner som har besvart det enkelte spørsmål.*

	Prosent av alle kommuner som har besvart spørsmålet		
	2005 (N=96-180)	2008 (N=79-145)	Endring 2005 - 2008
Pleie og omsorg	60	58	-2
Sosialtjenesten	41	38	-3
Barneverntjenesten	43	41	-2
PPT	8	19	11
Barnehager/grunnskoler	19	29	10
Helsestasjon/skolehelsetj.	77	82	5
Legetjenesten	10	15	5
Annen helsetjeneste	28	30	2
Kultur	33	36	3

Tabell V.8 *Hvilke tjenester er styrket med rekruttering i løpet av de siste tre årene? 2005 og 2008. Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet.*

	Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet		
	Modell 1: Egen enhet (N=75)	Modell 2: Egen tjeneste (N=129)	Forskjell modell 1 - modell 2
Pleie og omsorg	29	35	-6
Sosialtjenesten	27	16	9
Barneverntjenesten	31	15	16
PPT	8	9	-1
Barnehager/grunnskoler	5	16	-11
Helsestasjon/skolehelsetj.	53	60	-7
Legetjenesten	7	5	2
Annen helsetjeneste	11	12	-1
Kultur	8	19	-11

Tabell V.9 *Vurderinger av fagmiljøet i egen kommune, 2002, 2005 og 2008. Estimated marginal means. 1=Helt uenig, 4=Helt enig*

	2002	2005	2008	Endring 2002 - 2008
Fagmiljøet blir for lite til at det kan fungere godt	2,23	2,09	1,89	- 0,34***
Samarbeidet med andre fag/tjenester er nært, og gir nye impulser i arbeidet	3,13	3,11	3,20	0,07
Mulighetene til å oppdatere kunnskapen gjennom kurs, etc. er gode	3,28	3,17	3,29	0,01
Folk med kompetanse innenfor psykiatri spres for tynt utover	2,45	2,23	2,16	- 0,29***
Personell- og ressursmangel bidrar til å svekke fagmiljøet	2,52	2,33	2,19	- 0,33***
Opptrappingsplanen styrker fagmiljøet	3,43	3,51	3,54	0,11
Samarbeid og kontakt med fagfolk i andre kommuner styrker fagmiljøet	3,37	3,32	3,39	0,02
Ustabilitet i personalet svekker fagmiljøet	2,61	2,50	2,55	- 0,06

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Tabell V.10 *Har kommunen noe samarbeid med 2. linjen? 2008. Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet.*

	Prosent av alle kommuner som har besvart skjemaet		
	Modell 1: Egen enhet (N=75)	Modell 2: Egen tjeneste (N=129)	Forskjell modell 1 – modell 2
Ikke noen formell samarbeidsavtale	17	15	2
Avtale som regulerer konflikter	16	19	-3
Avtale om kompetanseheving	44	39	5
Avtale om rutiner ved utskriving	60	65	-5
Avtale som regulerer andre forhold	55	56	-1

Tabell V.11 *Får kommunen delta i beslutninger om utskrivningsprosessen fra psykiatriske sykebus, DPS eller sykehjem? Prosent*

	Modell 1: Egen enhet	Modell 2: Egen tjeneste	Forskjell Modell 1- Modell 2
Nei	18	13	5
Ja, av og til	63	67	-4
Ja, vanligvis	19	21	-2
Totalt (N=)	100 (73)	101 (126)	

Tabell V.12 *Får kommunen besøk av ambulerende team fra andrelinjen? Prosent*

	Modell 1: Egen enhet	Modell 2: Egen tjeneste	Forskjell Modell 1- Modell 2
Nei	38	34	4
Ja,	63	66	-3
Totalt (N=)	101 (72)	100 (128)	

Tabell V.13 *Benytter kommunen seg ellers av muligheten til å motta veiledning fra 2. linjetjenesten knyttet til barn/ unge enkeltbrukere? Prosent*

	Modell 1: Egen enhet	Modell 2: Egen tjeneste	Forskjell Modell 1- Modell 2
Nei/svært sjelden	9	3	6
Ja, ved behov	75	66	9
Ja, til faste tider	17	31	-14
Totalt (N=)	101 (47)	100 (94)	

Tabell V.14 *Vurdering av bedring i kommunens tilbud til ulike grupper.*
Estimated marginal means (1=Forverret tilbud; 4=Vesentlig bedre tilbud)

	2002	2005	2008	Endring 2002 - 2008
Tjenestene til voksne med alvorlige lidelser	3,50	3,54	3,74	0,24***
Tjenestene til voksne med lette og moderate lidelser	3,25	3,34	3,51	0,26***
Tjenestene til barn og unge med alvorlige lidelser	2,66	3,01	3,18	0,52***
Tjenester til barn og unge med lette og moderate lidelser eller med forhøyet risiko	2,71	3,08	3,25	0,54***
Forebyggende tjenester	2,54	2,75	2,84	0,30***

*** Signifikant på 0,01-nivå

Tabell V.15 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune. 2002, 2005 og 2008*
Estimated marginal means. (1=Ikke viktig/ ikke relevant, 4=Svært viktig)

	2002	2005	2008	Endring 2002 – 2008
Problemer med å rekruttere fagfolk	2,12	1,95	2,20	0,08 [†]
Kommunens generelle økonomiske situasjon	3,01	3,00	2,79	- 0,22**
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	2,01	2,14	2,26	0,25**
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	2,20	2,38	2,44	0,24**
Øremerking av midler hindrer fleksibilitet	1,41	1,35	1,39	- 0,02
For få ansatte som arbeider i forhold til psykisk helse	2,57	2,49	2,43	- 0,14
For få ansatte som arbeider med psykisk helse på systemnivå	2,49	2,41	2,48	- 0,01
Manglende lokal politisk prioritering	2,33	2,27	2,36	0,03
Organiseringen av arbeidet	2,14	2,01	2,29	0,15 [†]
Dårlig sammenheng mål – midler	2,38	2,62	2,18	- 0,20*
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse	2,68	2,51	2,82	0,14 [†]

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå

[†] Forskjellen mellom 2005 og 2008 er signifikant på 0,05-nivå

Tabell V.16 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere
Opptrappingsplanen i egen kommune. 2002, 2005 og 2008.
Estimated marginal means*

	Modell 1: Egen enhet	Modell 2: Egen tjeneste	Forskjell Modell 1 – Modell 2
Problemer med å rekruttere fagfolk	2,05	2,11	-0,06
Kommunens generelle økonomiske situasjon	2,92	2,95	-0,03
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	2,15	2,11	0,04
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	2,43	2,30	0,13
For få ansatte som jobber med psykisk helse	2,51	2,52	-0,01
For få ansatte som jobber med psykisk helse på systemnivå	2,36	2,49	-0,13
Manglende lokal politisk prioritering	2,24	2,35	-0,11
Organiseringen av arbeider med psykisk helse	2,14	2,13	0,01
Dårlig sammenheng mål - midler i det psykiske helsearbeidet	2,34	2,40	-0,06
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i pol ledelse	2,66	2,68	-0,02

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Tabell V.17 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere Opptrappingsplanen i egen kommune, etter vurderingen av kommunens innsats. 2002, 2005 og 2008 Estimated marginal means. 1=Ikke viktig/ikke relevant, 4=Svært viktig*

	Innsatsen er svært god	Innsatsen er tilfredsstillende	Innsatsen er for dårlig
Problemer med å rekruttere fagfolk	1,89	2,15*	2,38***
Kommunens generelle økonomiske situasjon	2,43	3,00***	3,36***
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	2,17	2,17	2,36
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	2,36	2,43	2,29
Øremerking av midler hindrer fleksibilitet	1,53	1,38	1,27**
For få ansatte som arbeider i forhold til psykisk helse	2,00	2,49***	3,13***
For få ansatte som arbeider med psykisk helse på systemnivå	2,09	2,44***	2,98***
Manglende lokal politisk prioritering	1,89	2,37***	3,00***
Organiseringen av arbeidet	1,89	2,15*	2,49***
Dårlig sammenheng mål - midler	2,07	2,44***	2,92***
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i politisk ledelse	2,31	2,72***	3,17***

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Tabell V.18 *Kommunens vurdering av barn/unge innbyggers tilgang på andrelinjetjenester, etter om de har samarbeidsavtale eller ikke. 2008. Prosent*

	Har kommunen avtale med 2.linjen?	
	Kommunen har ikke avtale	Kommunen har avtale
Barn/unges tilgang på 2.linjetj. er langt mindre enn behovet	46	51
Barn/unges tilgang på 2.linjetj. er rimelig god	49	46
Barn/unges tilgang på 2.linjetj. er svært god	5	2
Totalt (N=)	100 (37)	99 (138)

Tabell V.19 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene (2002, 2005 og 2008)? Estimated marginal means*

	Antall innbyggere i kommunen				
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000
Samarbeidet med brukerorganisasjonene	2,1	2,2	2,5*	2,7*	3,0*

* Signifikant forskjellig fra kommuner med under 2000 innbyggere på 0,01-nivå

Tabell V.20 *Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med brukerorganisasjonene? Gjennomsnitt 2002, 2005 og 2008*

	Antall innbyggere i kommunen				
	< 2000	2001-5000	5001-10000	10001-30000	> 30000
2002	1,6	1,9	2,6 ***	2,6 ***	2,6 ***
2005	2,4	2,3	2,4	2,4	2,9 *
2008	2,1	2,4	2,6 **	3,1 ***	3,4 ***
Totalt	2,1	2,2	2,5 ***	2,7 ***	3,0 ***

* Signifikant forskjellig fra kommuner med under 2000 innbyggere på 0,1-nivå

** Signifikant forskjellig fra kommuner med under 2000 innbyggere på 0,05-nivå

*** Signifikant forskjellig fra kommuner med under 2000 innbyggere på 0,01-nivå

Tabell V.21 *Vurderinger av årsaker til problemer med å implementere
Opptrappingsplanen i egen kommune, etter kommunestørrelse.
Estimated marginal means. 2002, 2005 og 2008. N=***

	< 2000	2001- 5000	5001- 10000	10001- 30000	> 30000
Problemer m å rekruttere fagfolk	2,3	1,9**	2,2	2,0	2,1
Kommunens generelle økonomiske situasjon	2,9	2,9	2,9	2,9	3,1
Samarbeidsproblemer internt i kommunen	2,0	2,0	2,2	2,2	2,3
Samarbeidsproblemer i forhold til 2. linjen	2,3	2,2	2,2	2,3	2,7*
Øremerking av midler hindrer fleksibilitet	1,7	1,5***	1,4***	1,2***	1,2***
For få ansatte som jobber med psykisk helse	2,7	2,4**	2,5	2,5	2,4
For få ansatte som jobber med psykisk helse på systemnivå	2,6	2,4	2,6	2,3	2,4
Manglende lokal politisk prioritering	2,3	2,3	2,4	2,3	2,4
Organiseringen av arbeider med psykisk helse	2,2	2,0	2,1	2,1	2,4
Dårlig sammenheng mål - midler i psykisk helsearbeid	2,5	2,4	2,4	2,2	2,5
For liten kunnskap om psykisk helsearbeid i pol ledelse	2,7	2,7	2,9	2,6	2,6

Tabell V.22 *Vurdering av samarbeidsrelasjoner med ulike tjenester, etter organiseringsmodell. Estimated marginal means. 2002, 2005 og 2008.*

	Modell 1: Egen enhet (N=132-143)	Modell 2: Egen tjeneste (N=438-460)	Forskjell Modell 1 – modell 2
Pleie og omsorg	3,0	3,1	-0,1
Sosialtjenesten	3,2	3,2	0,0
Barneverntjenesten	3,0	2,0	0,1
PPT	2,3	2,4	-0,1
Barnehager/grunnskoler	2,3	2,4	-0,1
Helsestasjon/skolehelsetj.	3,1	3,2	-0,1
Legetjenesten	3,0	3,0	0,0
Annen helsetjeneste	2,5	2,7	-0,2
Kultur	2,1	2,3	-0,2*

* Signifikant på 0,1-nivå; ** Signifikant på 0,05-nivå; *** Signifikant på 0,01-nivå

Vedlegg 5

Intervjuguide

Organisering i kommunen

Målsettinger for psykisk helsearbeid

Hva er psykisk helsearbeids ansvar?

Finnes det noen dilemmaer eller motsetninger, eventuelt konflikter?

Hva er kjennetegnet på vellykkethet innenfor psykisk helsearbeid?

Hvem deltok i utarbeidelse av psykiatriplanen?

Hvordan ble brukere involvert?

Hvilke andre planer i kommunen påvirker planen?

Inntrykk av om politikere er engasjerte, resten av administrasjonen? Eller bare plikt?

Hva innebærer det at psykisk helsearbeid er organisert som

- Egen enhet
- Egen tjeneste
- Integreert i annen tjeneste
- Lagt direkte til rådmannsnivå

Hvordan er psykiaritjenesten utformet i kommunen

Antall brukere

Hvilke og hvor mange tiltak og tjenester?

Hvilke tiltak vektlegger brukermedvirkning? Bolig, arbeid, arbeidstrening, fritid, dagsenter, støttekontakt, antall ansatte, hvilke tjenestesteder, forebygging, informasjon.

Hvilke tjenester er det innenfor psykiatri i omsorgsapparatet? For voksne, for barn og unge.

Hvordan er de organisert?

Hva gjøres for å legge det til rette?

Koordinering og samarbeid

Hvilke etater samarbeides det med på kommunalt nivå?

Hvordan koordineres det med 2.linjen?

Hvilke institusjoner i 2. linjen samarbeides det med?

Er samarbeidet med DPS evt. andre institusjoner godt?

På hvilket nivå i kommunen foregår samordningen? På ledernivå eller er det yrkesgruppene rundt den enkelte bruker som koordinerer?

Hvordan fungerer psykisk helsearbeid i forhold til resten av helse- og omsorgstjenesten i kommunen?

I forhold til legene?

Psykisk helsearbeid i forhold til begreper som integrering og normalisering; hva betyr de for integrering av tjenesten?

Hvor viktig er individuell plan, ansvarsgrupper, eventuelt andre former for koordinering som har brukeren i sentrum?

Hvilken rolle spiller hjemmetjenesten og hjemmesykepleien?

Hvilken arbeidsdeling er det mellom disse tjenestene og psykisk helsearbeid?

Hvordan fungerer relasjonen til kvalitetsrådgiverne på fylkesnivå?

Hva gjør de i forhold til kommunen? Hjelp og tilrettelegging eller bare kontroll?

Målgruppe

Hvordan er målgruppen for tiltakene avgrenset? Barn og unge vs. voksne, yngre voksne vs. eldre, langtidssyke vs. nysyke, tunge vs. lettere lidelser etc.

Samarbeid med organisasjonene på feltet

Hvordan foregår samarbeidet med brukeres organisasjoner?

Har kommunen råd og utvalg, eventuelt andre former for systematisk samarbeid med brukere?

Gir kommunen økonomisk støtte til organisasjoner på feltet (Mental Helse, Landsforeningen for pårørende, Voksne for barn)?

Hvordan deltar de i forhold til planprosesser og lignende?

Utdanning og opplæring

Hvilke yrkesgrupper er ansatt?

Hvilke planer har kommunen for rekruttering og opplæring av personale innenfor psykisk helsearbeid? Hvilken type kursvirksomhet drives? For eksempel kurset støtte og lære?

Forholdet mellom tiltak som fordrer spisskompetanse og tiltak som fordrer bredde, hvordan er det ordnet?

Framover

Finansieringssituasjonen for tiltakene generelt?

Er det mulig å si noe om hvordan midlene fra Opptappingsplanen brukes spesielt?

Hvordan er de generelle trendene i det psykiske helsearbeidet i kommunen?

Integrering av tjenesten vs. arbeidsdeling og spesialisering?

Yrkesgrupper og involvering av brukere

Vedkommendes utdanning; antall år med spesialisering evt. videreutdannelse eller kurs.

Hvordan former du din yrkesrolle i psykisk helsearbeid her i kommunen (lover, utdanning, etisk kodeks, andre yrkesutøvere, kommunale retningslinjer, brukere)?

Hvordan utarbeider systemet rutiner for samhandling med brukere?

Hvordan utarbeider du dine rutiner for at brukere skal kunne medvirke?

Brukes det eventuelt noen redskaper som individuell plan, kontrakt, ansvarsgrupper, andre typer møter og samtaler om brukerne, eventuelt der brukere deltar?

Vedlegg 6

Kort sammendrag

Rapporten handler om hvordan kommunene organiserer sitt psykiske helsearbeid. Vi ser spesielt på involvering av ulike kommunale tjenester, og samarbeid mellom tjenestene, og på kommunenes samarbeid med statlige instanser, som spesialisthelsetjenesten og NAV.

Et av hovedmålene med rapporten er å studere utviklingen i involvering og samarbeid over tid. Vi sammenlikner derfor data fra tre spørreundersøkelser, gjennomført i 2002, 2005 og 2008. Vi analyserer også opplysninger fra to runder med casestudier i et mindre antall kommuner.

Kommunenes organisering av psykisk helsearbeid

I løpet av opptrappingsplanperioden har kommunene bygget opp egne enheter og egne tjenester for psykisk helsearbeid både for voksne og for barn og unge. Psykisk helsearbeid er utviklet til å bli et eget, definert politikkområde i mange kommuner. Etablering av en kommunal psykisk helsetjeneste har imidlertid i de fleste kommuner gått hånd i hånd med oppbygging av kompetanse på psykisk helse også i de ordinære tjenestene. Undersøkelsene viser en stadig sterkere involvering av de ordinære tjenestene i det psykiske helsearbeidet. Det kan synes som om kommunene strever med å finne den ideelle organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Det psykiske helsearbeidet skal ivareta mange hensyn og funksjoner, og ulike tilknytningspunkter for arbeidet har fordeler og ulemper i forhold til disse hensynene.

Hvilke tiltak benytter kommunene seg av for å samordne tilbudet til innbyggere med psykiske problemer?

De aller fleste kommunene har nå etablert en rekke tiltak for å samordne tilbudet til brukere med psykiske vansker: bl.a. koordinatorene, ansvarsgrupper og primærkontakter. De aller fleste tiltakene på systemnivå som benyttes for barn og unge omfatter også voksne brukere. Det er svært få kommuner som iversetter egne samordningstiltak for barn og unge med psykiske vansker.

Hvordan er utviklingen i bruken av individuell plan?

Bruken av individuell plan har økt betydelig i løpet av de siste årene. Samtlige kommuner i undersøkelsen sier nå at de benytter individuell plan for noen eller alle brukere med psykiske lidelser som har behov for en slik plan. Den anslåtte dekningsgraden for individuell plan er også økt, både for voksne og for barn/unge. Dekningsgraden er lavere blant barn og unge enn blant voksne.

Holdningene til bruken av individuelle planer har utviklet seg positivt de senere årene. Selv om bruken av individuelle planer er økt, og selv om holdningene til å bruke slike planer generelt er positive, ser vi at det fremdeles er ganske mange kommuner som i praksis har liten erfaring med å utvikle individuelle planer for sine innbyggere, spesielt for barn og unge. Mange kommuner har heller ikke oversikt over behovet for slike planer blant sine innbyggere.

Makter kommunene å gi et bredt tilbud til innbyggere med psykiske problemer? Hvordan er samarbeidet mellom tjenestene?

Kommunene har i noen grad har klart å mobilisere det ordinære tjenesteapparatet i forhold til psykisk helsearbeid. Samarbeidet mellom ulike tjenester synes å ha blitt bedre gjennom årene. Etter hver som det er blitt et sterkere fokus på å trekke legene mer med i det kommunale psykiske helsearbeidet, er legetjenesten også blitt mer involvert. Vi ser også klare indikasjoner på at barnehager, grunnskoler og helsestasjons-/skolehelsetjenesten spiller en klart viktigere rolle i det psykiske helsearbeidet nå enn for seks år siden. Samtidig har pleie- og omsorgstjenestens rolle blitt noe mindre sentral. Generelt ser det ut til at tjenester som møter ”alle” innbyggerne er blitt sterkere involvert i det psykiske helsearbeidet, mens tjenester som møter mer marginale grupper er blitt noe mindre sentrale. Enkelte kommunale tjenester, for eksempel

innenfor kultursektoren, er fremdeles i mange kommuner i liten grad mobilisert i forhold til det psykiske helsearbeidet.

Hvordan er samarbeidet mellom kommunen og instanser utenfor kommunen?

Kommunene og andrelinjen må samarbeide for at brukerne skal få et helhetlig tjenestetilbud. Samarbeidsproblemer med andrelinjen har vært sett som en av de største hindringene for kommunene i deres implementering av Opptappingsplanen. Over tid er samarbeidet noe bedret, og kommunene vurderer innbyggernes tilgang på andrelinjetjenester som bedre ved utgangen av Opptappingsplanens virkeperiode sammenliknet med seks år tidligere.

Det har skjedd en betydelig økning de senere årene i andel kommuner som har formelle samarbeidsavtaler med andrelinjen. Slike formelle avtaler ser imidlertid ut til å ha begrenset faktisk betydning. Det er ingen sammenheng mellom om kommunen har en formell avtale med andrelinjen, og kommunens vurdering av samarbeid med, og tilgang på tjenester fra, andrelinjen.

Kommunenes samarbeid med brukerorganisasjonene har bedret seg betraktelig i løpet av opptappingsperioden.

Betydningen av organisering og ledelse for involvering, samarbeid og fagmiljø

Den generelle utviklingen i retning av ”flat struktur” eller ”enhetsmodell” i kommunene, som innebærer mer eller mindre selvstendige tjenesteytende enheter, har trolig bidratt til at kommunene etablerer egne enheter eller distinkte tjenester for psykisk helsearbeid. Enhetsmodellens klare utfordringer knyttet til samordning og samarbeid ser vi også i det psykiske helsearbeidet. Mange kommuner har ulike tiltak for å sikre samarbeid og samordning, men inntrykket fra vår studie er at kommunene fremdeles finner det utfordrende å få tiltakene til å fungere godt.

Hvordan er utviklingen i tjenestene for barn og unge?

Etter at myndighetene fra 2004 satte et krav til kommunene om at 20 prosent av de øremerkede midlene innenfor psykisk helse skulle brukes til tiltak for barn og unge, kan vi se et styrket fokus på barn og unges psykiske helse. Denne utviklingen har fortsatt etter 2005, men fremgangen er beskjeden. Helsestasjons-/skolehelsetjenesten og legetjenesten er noe mer involvert i det psykiske helsearbeidet

for barn og unge i 2008, mens den positive utviklingen for skolenes involvering som vi så i 2005 ser ut til å ha stoppet opp.

En del kommuner har i løpet av Opptrappingsperioden fått det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge inn i mer faste former. Mange kommuner mener at kommunens eget tilbud til barn og unge er blitt vesentlig styrket i løpet av planperioden, men at tilgangen på andrelinjetjenester for denne gruppen ikke oppleves å ha blitt så mye bedre. Fremdeles vurderes tilbudet til barn og unge å være klart dårligere enn tilbudet til voksne.

Hvilke utfordringer står de minste kommunene overfor?

Vi finner klare forskjeller mellom store og små kommuner, selv om det på en del områder skjer en konvergering mellom store og små kommuners psykiske helsearbeid over tid. Småkommunene har færre institusjonaliserte samarbeidstiltak, men det er større tilfredshet med samarbeidet med andre tjenester. Samtidig er det en erkjennelse i mange små kommuner at fagmiljøene blir små og at kompetansen som finnes på psykisk helsearbeid spres på flere tjenester i kommuneorganisasjonen, i stedet for at den samles i et sterkere faglig miljø. De minste kommunene rapporterer om noe større problemer i implementeringen av Opptrappingsplanen, bl.a. knyttet til vansker med å rekruttere fagfolk.

Myndighetene anbefaler kommuner å samarbeide seg i mellom om tilbudet til innbyggere med psykiske vansker, og informantene fra små kommuner sier de har stor nytte av kontakt med fagfolk i andre kommuner. Likevel er det mange småkommuner som ikke har tjenestesamarbeid eller faglig samarbeid med ansatte i andre kommuner.

Mens det tidligere var mest vanlig at de største kommunene hadde samarbeidsavtaler med andrelinjen, er forskjellene mellom store og små kommuner nå betydelig mindre. Avtalene til de små kommunene omfatter imidlertid færre forhold enn større kommuners avtaler, og flere småkommuner rapporterer at de ikke får delta i beslutningsprosessene rundt utskrivning av pasienter. Samtidig er små kommuner langt mer tilfreds enn store kommuner med innbyggernes tilgang på spesialisthelsetjenester. Små kommuner vurderer også sin egen innsats i psykisk helsearbeid som god, og de mindre kommunene har hatt størst fremgang i vurderingen av egen innsats.